

POLSKI PACJENT Z CHOROBA COVID-19. AKTUALNA SYTUACJA I PROGNOZY NA PRZYSZŁOŚĆ

Warszawa, sierpień 2023



**POLSKI
PACJENT
Z CHOROBA
COVID-19.
AKTUALNA
SYTUACJA
I PROGNOZY
NA PRZYSZŁOŚĆ**



Warszawa, sierpień 2023

SPIS TREŚCI

Raport *Polski pacjent z chorobą COVID-19. Aktualna sytuacja i prognozy na przyszłość*, sierpień 2023

ISBN: 978-83-964461-3-8

Redakcja naukowa:

dr n. med. Jakub Gierczyński, MBA

ks. dr n. społ. Arkadiusz Nowak

Autorzy w kolejności alfabetycznej:

prof. dr hab. Marcin Czech, Instytut Matki i Dziecka, prezes Polskiego Towarzystwa Farmakoekonomicznego

prof. dr hab. med. Krzysztof J. Filipiak, rektor UM MSC w Warszawie, specjalista kardiolog, specjalista chorób wewnętrznych, specjalista hipertensjolog, specjalista farmakologii klinicznej

dr n. med. Jakub Gierczyński, MBA, ekspert systemu ochrony zdrowia

Igor Grzesiak, wiceprezes Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej

Prof. Jerzy Jaroszewicz, Kierownik Katedry Chorób Zakaźnych i Hepatologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

ks. dr Arkadiusz Nowak, prezes Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej

dr n. med. Michał Sutkowski, członek Narodowej Rady Rozwoju przy Prezydencie RP, prezes Warszawskich Lekarzy Rodzinnych, rzecznik prasowy Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce

prof. dr hab. Agnieszka Szuster-Ciesielska, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, Wydział Biologii i Biotechnologii, Instytut Nauk Biologicznych

prof. dr hab. med. Joanna Zajkowska, Klinika Chorób Zakaźnych i Neuroinfekcji Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Autorzy komentarzy:

dr Piotr Dąbrowiecki, Polska Federacja Stowarzyszeń Chorych na Astmę i Choroby Alergiczne i Przewlekłe Obturacyjne Choroby Płuc

Dagmara Samselska, prezes Zarządu Fundacji Łuszczycy i EZS AMICUS

Anna Śliwińska, prezes Zarządu Głównego Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków

Anna Kupiecka, Fundacja OnkoCafe

Krystyna Wechmann, Federacja Stowarzyszeń Amazonki

Agnieszka Wołczenko, Ogólnopolskie Stowarzyszenie Pacjentów ze Schorzeniami Serca i Naczyń EcoSerce

Violetta Zajk, Ogólnopolskie Stowarzyszenie Młodych z Zapalnymi Chorobami Tkanki Łącznej „3majmy się razem”

Raport przedstawia stan wiedzy na sierpień 2023 roku

Opracowanie wykonane na zlecenie Pfizer Polska Sp. z o.o. i finansowane przez nią. Autorzy nie zgłaszają innego rodzaju konfliktu interesów.

Cytacja: *Raport pt. Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Warszawa, sierpień 2023*

9 *Wprowadzenie, ks.dr Arkadiusz Nowak*

13 *Aktualna sytuacja epidemiologiczna w zakresie COVID-19, dr n. med. Jakub Gierczyński, MBA*

19 *Pacjent z COVID-19 w Polsce z perspektywy klinicznej, prof. dr hab. med. Joanna Zajkowska*

33 *Ścieżka diagnostyczno-terapeutyczna pacjenta z COVID-19, dr n. med. Jakub Gierczyński, MBA*

38 *Pacjent z COVID-19 w systemie ochrony zdrowia, prof. dr hab. Marcin Czech*

41 *Pacjent z COVID-19 w Polsce z perspektywy podstawowej opieki zdrowotnej, dr n. med. Michał Sutkowski*

44 *Pacjent z COVID-19 w Polsce z perspektywy opieki specjalistycznej, prof. dr hab. med. Krzysztof J. Filipiak*

47 *Rekomendacje europejskich organizacji pacjentów w zakresie niezaspokojonych potrzeb chorych na COVID-19 z grup wysokiego ryzyka, Igor Grzesiak*

50 *Komentarze organizacji pacjentów w zakresie niezaspokojonych potrzeb chorych na COVID-19 z grup wysokiego ryzyka*

58 *Pacjent z COVID-19 w Polsce - rekomendacje i zadania na przyszłość, prof. dr hab. Agnieszka Szuster-Ciesielska*

60 *Aktualne zalecenia i rekomendacje dotyczące COVID-19, prof. Jerzy Jaroszewicz, Kierownik Katedry Chorób Zakaźnych i Hepatologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach*

64 *Wnioski i rekomendacje dla systemu ochrony zdrowia*

COVID-19: STAŁY PROBLEM ZDROWOTNY

ŚWIAT¹

ŁĄCZNA LICZBA
POTWIERDZONYCH
PRZYPADKÓW



OK. 769 mln

ŁĄCZNA LICZBA
POTWIERDZONYCH ZGONÓW
Z POWODU COVID-19

BLISKO 7 mln

EUROPA

NAJBARDZIEJ
DOTKNIĘTY PANDEMIĄ
REGION ŚWIATA

7 249,7 mln
PONAD PRZYPADKÓW

Z POWODU COVID-19
ZANOTOWANO NAJWIĘCEJ
PRZYPADKÓW ŚMIERTELNYCH

2 mln

POLSKA²

ŁĄCZNA LICZBA
POTWIERDZONYCH
PRZYPADKÓW

> 6,5 mln
W TYM PONOWNE 190 612

ŁĄCZNA LICZBA
POTWIERDZONYCH ZGONÓW
Z POWODU COVID-19

119 635

Z wielką nadzieją ogłaszam koniec COVID-19 jako globalnego zagrożenia zdrowotnego, [...] Najgorszą rzeczą, jaką jakikolwiek kraj może teraz zrobić, jest wykorzystanie tej wiadomości jako powodu do utraty czujności, demontażu systemów, które zbudował, lub wysłania wiadomości swoim obywatelom, że nie ma się czym martwić.

DYREKTOR GENERALNY WHO TEDROS ADHANOM GHEBREYESUS

Walka jeszcze się nie skończyła. Wciąż mamy słabe punkty, które zostaną wystawione na próbę przez tego czy przez innego wirusa.

MICHAEL RYAN, DYREKTOR DS. SYTUACJI NADZWYCZAJNYCH WHO

Pojawiające się epidemie są nieustannym wyzwaniem. Jedynym sposobem na sprostanie ciągłemu wyzwaniu jest ciągła gotowość.

DR ANTHONY FAUCI, DYREKTOR NARODOWEGO INSTYTUTU ALERGII I CHORÓB ZAKAŻNYCH, GŁÓWNY DORADCA PREZYDENTA USA DS. PANDEMII

1. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard: <https://covid19.who.int/table>, dostęp 5 czerwca 2023.

2. <https://www.gov.pl/web/koronawirus/wykaz-zarazen-koronawirusem-sars-cov-2> dostęp sierpień 2023

WPROWADZENIE

+++



KS. DR ARKADIUSZ NOWAK

Oddajemy w Państwa ręce raport pt. „Polski pacjent z chorobą COVID-19. Aktualna sytuacja i prognozy na przyszłość”, którego celem jest wskazanie najważniejszych obszarów zdrowia publicznego wymagających dalszych rozwiązań, szczególnie w odniesieniu do osób będących w grupach ryzyka ciężkiego przebiegu choroby oraz jej długofalowych powikłań.

Pandemia COVID-19 przypomniła nam, jak niebezpieczne dla zdrowia i społeczeństw są choroby zakaźne. Jeszcze do niedawna wydawało się nam, że problem chorób zakaźnych został rozwiązany, a groźne wirusy mamy pod kontrolą. Skupiliśmy się więc na chorobach cywilizacyjnych i to w tym obszarze podejmowaliśmy najwięcej pracy i wysiłków, aby odwracać coraz bardziej przerażające statystyki chorób, takich jak nowotwory, choroby kardiologiczne czy cukrzyca. Choroby zakaźne nadal jednak pozostają jednym z głównych wyzwań dla zdrowia publicznego na świecie i zajmują czołowe miejsce wśród najważniejszych zagrożeń dla zdrowia publicznego.

O tym, że COVID-19 stanowi nadal poważne zagrożenie nie tylko dla zdrowia jednostek, ale także gospodarek i bezpieczeństwa, jest przekonanych wielu liderów biznesu, polityków i naukowców. W ostatnim raporcie „Global Risks Report 2023” opublikowanym w styczniu 2023 roku podczas Światowego Forum Ekonomicznego choroby zakaźne uznano za jedno z największych zagrożeń dla świata, gospodarek i społeczeństw obok takich problemów, jak ataki terrorystyczne, spowolnienie gospodarcze czy ataki bronią masowego rażenia³.

³ https://www3.weforum.org/docs/WEF_Global_Risks_Report_2023.pdf.

Uznaje się także, że gospodarcze skutki pandemii w połączeniu z nierównościami w poziomie zaszczepienia czy dostępie do leczenia i opieki medycznej wraz z pogłębiającymi się lukami edukacyjnymi będą nadal stanowić duże wyzwanie i mogą podzielić świat na rozbieżne trajektorie.

KS. DR ARKADIUSZ NOWAK

Szkoda, że nie wszyscy podzielają ten pogląd, a zdaje się, że choroby zakaźne to jedne z tych, których z jakiegoś powodu równocześnie boimy się najmniej. Patrząc wstecz na pandemie, w których od samego początku byłem zaangażowany – to jest na pandemię COVID-19, ale także HIV/AIDS, nasuwają się podobne konkluzje – w pewnym momencie oswajamy się z chorobami wirusowymi, w związku z tym redukujemy lęk i przyzwyczajamy się do czegoś, co wydawało się nam niebezpieczne jeszcze pół roku czy rok temu.

Warto jednak pamiętać, że w przypadku obu tych pandemii Polska – z różnych powodów – nie doświadczyła tak dramatycznych obrazów choroby jak na przykład w Stanach Zjednoczonych, Hiszpanii, we Włoszech czy w Brazylii.

Brak tych doświadczeń nie zwalnia nas jednak z odpowiedzialności. Przede wszystkim odpowiedzialności za osoby, które wymagają szczególnej opieki – osoby starsze, osoby z chorobami przewlekłymi, o obniżonej odporności – czyli te, które przez choroby zakaźne przechodzą ciężiej i najdotkliwiej odczuwają skutki długotrwałych powikłań i które częściej w ich wyniku umierają.

Po trzech latach pandemii w tym roku przewodniczący Światowej Organizacji Zdrowia ogłosił decyzję o zniesieniu globalnego stanu zagrożenia zdrowia publicznego o zasięgu międzynarodowym w odniesieniu do COVID-19. Jest wysoce prawdopodobne, że w najbliższych miesiącach zostaną ogłoszone kolejne decyzje związane z odwołaniem pandemii.

O ile zagrożenie na poziomie globalnym się zmniejszyło, to jednak na poziomie indywidualnym jest to problem zdrowotny o poważnych konsekwencjach. COVID-19 nadal z nami zostaje. A mówimy o chorobie, która do tej pory zabiła blisko 7 mln ludzi! To tak, jakby zginęli wszyscy mieszkańcy Hongkongu, jednej z największych aglomeracji miejskich na świecie.

Pomimo zatem przewidywanego końca pandemii nadal musimy traktować COVID-19 jako niebezpieczną chorobę, znacznie groźniejszą niż przeziębienie czy grypa, która wciąż jest jedną z głównych przyczyn zgonów na świecie. Oznacza to także konieczność prowadzenia odpowiednich działań, w tym modyfikacji diagnostyki, zwiększenia efektywności szczepień i możliwości leczenia tej choroby. Musimy się przygotować na kolejne trudne fale zachorowania, które nie będą tylko falami sezonowymi.

KS. DR ARKADIUSZ NOWAK

W poniższej publikacji po raz kolejny pragniemy wraz z zaproszonymi ekspertami oraz organizacjami pacjentów zwrócić uwagę na problemy pacjentów, którzy niezależnie od oficjalnych statystyk zostaną dotknięci chorobą COVID-19, i upomnieć się o odpowiednie wykorzystanie wszystkich możliwości, aby chronić ich przed zachorowaniem, ciężkim przebiegiem choroby, a co za tym idzie – przed hospitalizacją i przedwczesną śmiercią.

Uważamy, że obecnie jest potrzebne nowe podejście do COVID-19, a do najbardziej efektywnego zarządzania tą chorobą powinniśmy się już teraz przygotować, wykorzystując wszystkie możliwości terapeutyczne, a także dalszą edukację na jej temat.

AKTUALNA SYTUACJA EPIDEMIOLOGICZNA W ZAKRESIE COVID-19



DR N. MED. JAKUB GIERCZYŃSKI, MBA

Choroba koronawirusowa (COVID-19) to choroba zakaźna wywołwana przez wirusa SARS-CoV-2. W wyniku zakażenia u większości osób, które zachorują na COVID-19, wystąpią objawy o łagodnym lub umiarkowanym nasileniu. Takie osoby najczęściej nie wymagają specjalistycznego leczenia. Inne osoby, szczególnie powyżej 60. r.ż., obciążone przewlekłymi chorobami współistniejącymi mogą zachorować poważnie i będą wymagać leczenia⁴.

Zgodnie z danymi raportowanymi przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) od początku pandemii do 28 lipca 2023 roku na całym świecie odnotowano łącznie ok. 768 mln zachorowań na COVID-19, z czego w ciągu 7 ostatnich dni tego okresu ok. 300 tys. przypadków. Skumulowana łączna liczba zgonów wyniosła ok. 6,9 mln, a liczba zgonów nowo zgłoszonych w okresie 7 dni – 376⁵. Liczby te podlegają znacznym fluktuacjom, co jest uzależnione od aktualnej sytuacji epidemiologicznej. Dlatego bardzo istotne jest wykonywanie testów.

⁴ Agrawal U., Bedston S., McCowan C. et al., Severe COVID-19 outcomes after full vaccination of primary schedule and initial boosters: pooled analysis of national prospective cohort studies of 30 million individuals in England, Northern Ireland, Scotland, and Wales, *Lancet*, 2022 Oct 15, 400(10360): 1305-1320, doi: 10.1016/S0140-6736(22)01656-7. PMID: 36244382; PMCID: PMC9560746.

Kahn F., Bonander C., Moghaddassi M. et al., Risk of severe COVID-19 from the Delta and Omicron variants in relation to vaccination status, sex, age and comorbidities – surveillance results from southern Sweden, July 2021 to January 2022, *Euro Surveill*. 2022 Mar; 27(9): 2200121, doi: 10.2807/1560-7917.ES.2022.27.9.2200121. PMID: 35241215; PMCID: PMC8895467.

⁵ WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Table View, dostępne online pod adresem: <https://covid19.who.int/table>, data dostępu: 28.07.2023 r.

TABELA 1. Liczba zachorowań i zgonów z powodu COVID-19 w skali światowej wg WHO, stan na dzień 28.07.2023 r.

Skumulowana łączna liczba przypadków	Przypadki nowo zgłoszone w ciągu ostatnich 7 dni	Skumulowana łączna liczba zgonów	Zgony nowo zgłoszone w ciągu ostatnich 7 dni	Liczba osób w pełni zaszczepionych ostatnią dawką podstawowej serii szczepienia/100 osób	Liczba osób, które przyjęły dawkę przypominającą (booster)/100 osób
768 560 728	289 911	6 952 522	376	66,05	31,79

Liczbę zachorowań i zgonów z powodu COVID-19 w poszczególnych regionach geograficznych świata podsumowano poniżej. Największą liczbę zgonów odnotował region obu Ameryk (ok. 3 mln zgonów), następnie region Europy (ok. 2,2 mln zgonów) oraz region Azji Południowo-Wschodniej – ok. 0,8 mln zgonów.

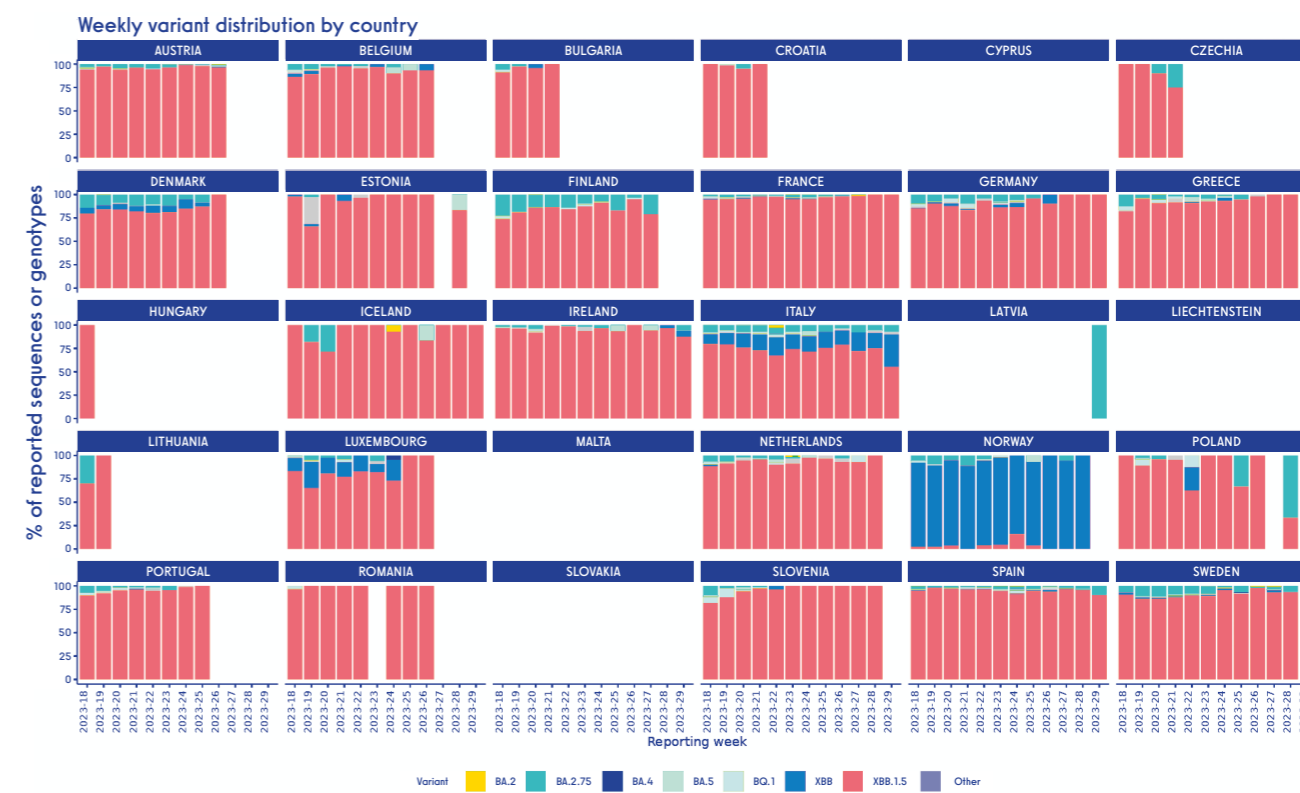
TABELA 2. Liczba zachorowań i zgonów z powodu COVID-19 w skali światowej w podziale na regiony wg WHO, stan na dzień 28.07.2023 r.

REGION	Europa	Obie Ameryki	Zachodni Pacyfik	Azja Południowo-Wschodnia	Wschodnia część Morza Śródziemnego	Afryka
ZACHOROWANIA	275 777 982	193 186 730	205 467 761	61 196 155	23 385 215	9 546 120
ZGONY	2 245 531	2 958 446	415 195	806 561	351 360	175 416

Na stronie ECDC są publikowane dane dotyczące rozpowszechnienia poszczególnych wariantów wirusa SARS-CoV-2. Zgodnie z nimi w chwili obecnej (stan na 27 lipca 2023 roku) większość zakażeń była powodowana przez wariant XBB.1.5 (97,7%), następnie wariant BA.2.75 (13%) i wariant XBB (7%)⁶.

⁶ Country overview report: week 29 2023. Produced on 27 July 2023 at 13.45, <https://www.ecdc.europa.eu/en/COVID-19/country-overviews>, data dostępu: 28.07.2023.

WYKRES 1. Rozpowszechnienie poszczególnych wariantów wirusa SARS-CoV-2 w ujęciu cotygodniowym w okresie do 16.07.2023 r. w poszczególnych krajach europejskich, wg ECDC 2023



Source: GISAID: Austria, Belgium, Bulgaria, Croatia, Czechia, Finland, France, Germany, Hungary, Iceland, Ireland, Liechtenstein, Lithuania, Luxembourg, Netherlands, Poland, Portugal, Romania, Slovakia, Slovenia, Spain and Sweden TESSy: Cyprus, Denmark, Estonia, Greece, Italy, Latvia, Malta and Norway ECDC. Figure produced 3 August 2023

W Polsce według danych przedstawianych przez Ministerstwo Zdrowia do dnia 28 lipca 2023 roku od początku pandemii (tj. od 4 marca 2020 roku) odnotowano 6 518 129 zakażeń wirusem SARS-CoV-2, z czego nowe zakażenia stanowiły 97% (6 327 538 zakażeń), a ponowne zakażenia 3% (190 591). W wyniku zakażeń wirusem SARS-CoV-2 zmarło 119 635 osób, a wyzdrowiało 5 335 776 osób⁷.

⁷ Raport zakażeń koronawirusem (SARS-CoV-2), Ministerstwo Zdrowia 2023, <https://www.gov.pl/web/koronawirus/wykaz-zarazen-koronawirusem-sars-cov-2>, data dostępu: 28.07.2023.

Analiza dostępnych danych na temat śmiertelności z powodu COVID-19 oraz zapowiedzianych prac i analiz w tym zakresie



W raporcie NIZP-PZH pt. „Analiza ryzyka zgonu z powodu ogółu przyczyn oraz z powodu COVID-19 osób zaszczepionych i niezaszczepionych przeciw COVID-19” odnotowano znacznie większe ryzyko zgonu z powodu ogółu przyczyn osób niezaszczepionych w stosunku do zaszczepionych przeciwko COVID-19 we wszystkich grupach wiekowych⁸. Stwierdzono, że **pandemia COVID-19 spowodowała znaczący wzrost umieralności ludności Polski**. W 2020 roku odnotowana liczba zgonów była wyższa od tej, jakiej można było oczekiwać na podstawie umieralności w okresie od 2017 do 2019 roku o 12,7% (95% CI: 12,4; 13,0%), co oznacza bezwzględną nadwyżkę liczby zgonów o 53,9 tys. osób. Ta nadwyżka zgonów w większości była spowodowana zgonami z powodu COVID-19 – 76,9% w nadwyżce zgonów (ok. 41,5 tys.).

Z kolei w opracowaniu pt. „Umieralność ludności Polski wg przyczyny zgonu w pierwszej połowie 2021 roku w porównaniu z sytuacją w latach 2017-2019 i 2020” według informacji zawartych na kartach zgonów, zweryfikowanych przez koderów, w 2020 roku z powodu COVID-19 zmarło 41 451 osób, natomiast według bieżących raportów zgonów z powodu COVID-19 w 2020 roku zgłoszono 26 518 zgonów, tzn. o 18 933 (42%) zgonów mniej.



W I połowie 2021 roku według danych GUS z powodu COVID-19 zmarło 56 897 osób, a według bieżących raportów do 26. tygodnia włącznie około 46 tys., tzn. o 19% mniej. **Istnieje więc problem dużego bieżącego niedoszacowania umieralności z powodu COVID-19** – dokładna ocena wpływu pandemii na umieralność ludności Polski w 2021 roku będzie możliwa dopiero po przygotowaniu przez GUS ostatecznego zbioru danych o zgonach w tym okresie⁹.



Według prognoz AOTMiT w najbardziej prawdopodobnym scenariuszu dzienna liczba zgonów osiągnie wartość 120 tys. skumulowanych raportowanych zgonów na 1 kwietnia 2023 roku oraz 119 tys. skumulowanych raportowanych zgonów na 1 kwietnia 2023 roku w scenariuszu dostępu do leków przeciwwirusowych. Potwierdzają to dane Ministerstwa Zdrowia z lutego 2022 roku stwierdzające, że wśród wszystkich zgonów osób zakażonych koronawirusem SARS-CoV-2 jedynie 5,69% stanowiły zgony osób zaszczepionych. Zgony nie były związane ze szczepieniem¹⁰.



Zespół Interdyscyplinarne Centrum Modelowania Matematycznego i Komputerowego Uniwersytetu Warszawskiego (ICM) na bieżąco współpracuje z Ministrem Zdrowia i Departamentem Analiz i Strategii MZ oraz z Rządowym Centrum Bezpieczeństwa. Jest członkiem zespołu ds. monitorowania i prognozowania epidemii COVID-19 powołanego przez Ministra Zdrowia. Zespół opracowuje model przebiegu pandemii COVID-19, współpracując z Ministrem Zdrowia i Departamentem Analiz i Strategii MZ oraz z Rządowym Centrum Bezpieczeństwa. Model epidemiologiczny ICM umożliwia przewidywanie potencjalnych ścieżek dalszego rozwoju epidemii, a także badanie różnych scenariuszy i efektów, jakie wprowadzają dynamicznie stosowane restrykcje administracyjne. Na stronie internetowej projektu nie ma jednak prognozy na okres od czerwca 2023 roku¹¹.

8 Analiza ryzyka zgonu z powodu ogółu przyczyn oraz z powodu COVID-19 osób zaszczepionych i niezaszczepionych przeciw COVID-19, NIZP-PZH 2021, <https://www.pzh.gov.pl/raport-analiza-ryzyka-zgonu-z-powodu-ogolu-przyczyn-oraz-z-powodu-COVID-19-osob-zaszczepionych-i-niezaszczepionych/>.

9 Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy (NIZP PZH – PIB). Umieralność ludności Polski wg przyczyny zgonu w pierwszej połowie 2021 r. w porównaniu z sytuacją w latach 2017-2019 i 2020, dostępne online pod adresem: <https://www.pzh.gov.pl/raport-umieralnosc-ludnosci-polski-wg-przyczyny-zgonu-w-pierwszej-polowie-2021-r/>.

10 https://twitter.com/mz_gov_pl/status/1464257638326226945.

11 Zespół Interdyscyplinarne Centrum Modelowania Matematycznego i Komputerowego Uniwersytetu Warszawskiego. Model epidemiologiczny ICM. Bieżące prognozy, <https://COVID-19.icm.edu.pl/biezace-prognozy/>, data dostępu: 28.07.2023.



W czerwcu 2022 roku Minister Zdrowia powołał zespół do spraw analizy sytuacji zdrowotnej ludności Polski w czasie pandemii COVID-19 oraz jej konsekwencji zdrowotnych¹². Zespół, poza analizą stanu zdrowia Polaków w trakcie pandemii koronawirusa, ma też wypracować rekomendacje dotyczące działań na rzecz ograniczenia konsekwencji zdrowotnych związanych z pandemią. Raport z jego prac miał być gotowy do końca marca, ale termin ten wydłużono do końca czerwca 2023 roku. Do 28 lipca 2023 roku raportu nie opublikowano.

Według wstępnych danych z prac zespołu, zaprezentowanych w Sejmie w dniu 14 kwietnia 2023 roku, wynika, że obciążenie pandemią COVID-19 było różne w latach 2020-2022.

Rok 2021 był najgorszy, jeśli chodzi o liczbę zgonów – 90% nadwyżki zgonów stanowiły zgony zakwalifikowane w kartach zgonu z przyczyną COVID-19. Na wysoką śmiertelność z powodu COVID-19 wpłynęło w Polsce wysokie obciążenie społeczeństwa niezakaźnymi chorobami przewlekłymi.

DR N. MED. JAKUB GIERCZYŃSKI, MBA

Od lat obciążenie niezakaźnymi chorobami przewlekłymi, czyli cukrzycą, nowotworami, chorobami układu krążenia, jest w Polsce większe niż w Unii Europejskiej [liczba lat korygowana o wskaźnik dotyczący utraconych lat życia w zdrowiu (DALY) też jest wyraźnie wyższa niż przeciętna dla Unii Europejskiej i to również jest widoczne w tej nadwyżce umieralności z okresu pandemii]. Było to szczególnie zauważalne w populacji osób w wieku podeszłym.

12 Zespół do spraw analizy sytuacji zdrowotnej ludności Rzeczypospolitej Polskiej w czasie pandemii COVID-19 oraz jej konsekwencji zdrowotnych. Minister Zdrowia, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zespol-do-spraw-analizy-sytuacji-zdrowotnej-ludnosci-rzeczypospolitej-polskiej-w-czasie-pandemii-COVID-19-oraz-jej-konsekwencji-zdrowotnych>, data dostępu: 28.07.2023.

Bez wątpienia umieralność z powodu COVID-19 jest wprost proporcjonalna do poziomu zaszczepienia. Jeżeli w Polsce mielibyśmy poziom zaszczepienia jak w państwach zachodnich (tj. o ok. 15% wyższy), to wtedy można by oczekiwać, że liczba zgonów z powodu COVID-19 spadłaby o ok. 30%.

DR N. MED. JAKUB GIERCZYŃSKI, MBA

Z dotychczas analizowanych danych widać, że w czasie pandemii odnotowano większą umieralność w przypadku chorób układu krążenia (udary, zawały). Jeżeli chodzi o choroby nowotworowe, takiego trendu nie zauważono. Nadwyżka umieralności była widoczna szczególnie wśród osób starszych. Mediana wieku to 75-80 lat. Ta grupa najbardziej ucierpiała, jeżeli chodzi o zgony. Widoczny jest także duży regionalizm, jeżeli chodzi o zgony, szczególnie w drugim okresie 2022 roku największy odsetek jest wśród państw Europy Wschodniej¹³.

¹³ Zapis posiedzenia podkomisji stałej do spraw zdrowia publicznego (nr 21) z dnia 14 kwietnia 2023 r., <https://orka.sejm.gov.pl/zapisy9.nsf/0/3A39ED99F66557F8C125899800438512/%24File/0067109.pdf>.



PACJENT Z COVID-19 W POLSCE Z PERSPEKTYWY KLINICZNEJ



PROF. DR HAB. MED. JOANNA ZAJKOWSKA

Z globalnej perspektywy COVID-19 nie stanowi już tak poważnego zagrożenia dla ludzkiej populacji, jak to miało miejsce rok temu, jednak nie oznacza to pełnego bezpieczeństwa, a problem zdrowotny wygląda nieco inaczej na poziomie jednostkowym. Musimy pamiętać, że nadal w różnych krajach, w tym także w Polsce, występują zgony związane z COVID-19.

Choroba COVID-19 pozostanie z nami na dłużej i na poziomie indywidualnym będzie nadal stanowiła poważne zagrożenie dla zdrowia i życia co najmniej dla osób starszych i przewlekle chorych.

PROF. DR HAB. MED. JOANNA ZAJKOWSKA

Grupy ryzyka ciężkiego przebiegu choroby. U każdego pacjenta z COVID-19 mogą szybko nastąpić progresja choroby i ryzyko wystąpienia poważnych powikłań, jednak choroby współistniejące, takie jak choroby układu sercowo-naczyniowego, cukrzyca, otyłość lub nowotwór, to niezależne czynniki ryzyka progresji do ciężkiego przebiegu COVID-19. Leczenie takich pacjentów jest już możliwe i jest zalecane w wytycznych dotyczących leczenia. Obecnie medycyna dysponuje

zarówno skutecznymi szczepionkami, które zmniejszają ryzyko zgonu i ciężkiego przebiegu choroby, miarodajnymi testami diagnostycznymi, jak i lekami, których skuteczność i bezpieczeństwo zostały potwierdzone nie tylko licznymi badaniami, ale także wiemy jako lekarze z oddziałów zakaźnych, jak się sprawdzą w codziennym stosowaniu.

Do grupy wysokiego ryzyka ciężkiego przebiegu COVID-19 zalicza się^{14,15}:

- wiek 60+,
- nadciśnienie,
- cukrzycę,
- choroby serca,
- przewlekłą chorobę płuc, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc,
- przewlekłą chorobę układu oddechowego,
- zaburzenia odporności,
- choroby neurologiczne,
- chorobę naczyń mózgowych, demencję, zaburzenia psychiczne,
- przewlekłą chorobę nerek,
- immunosupresję,
- nowotwory,
- otyłość (BMI >35),
- brak szczepienia przeciwko COVID-19.

PROF. DR HAB. MED. JOANNA ZAJKOWSKA

W tej chwili mamy opcje terapeutyczne możliwe do zastosowania w leczeniu pacjentów z wysokim ryzykiem progresji do ciężkiego przebiegu COVID-19. Zarówno dostępność skutecznych szczepionek, jak i leczenia ambulatoryjnego mają istotny wpływ na możliwość ograniczenia transmisji wirusa, a tym samym zmniejszenie ryzyka ciężkiego przebiegu choroby, a nawet śmierci u pacjentów z grup ryzyka.

14 Centers for Disease Control and Prevention. Underlying Medical Conditions Associated with Higher Risk for Severe COVID-19: Information for Healthcare Professionals. Available at: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-care/underlyingconditions.html>, dostęp sierpień 2023;

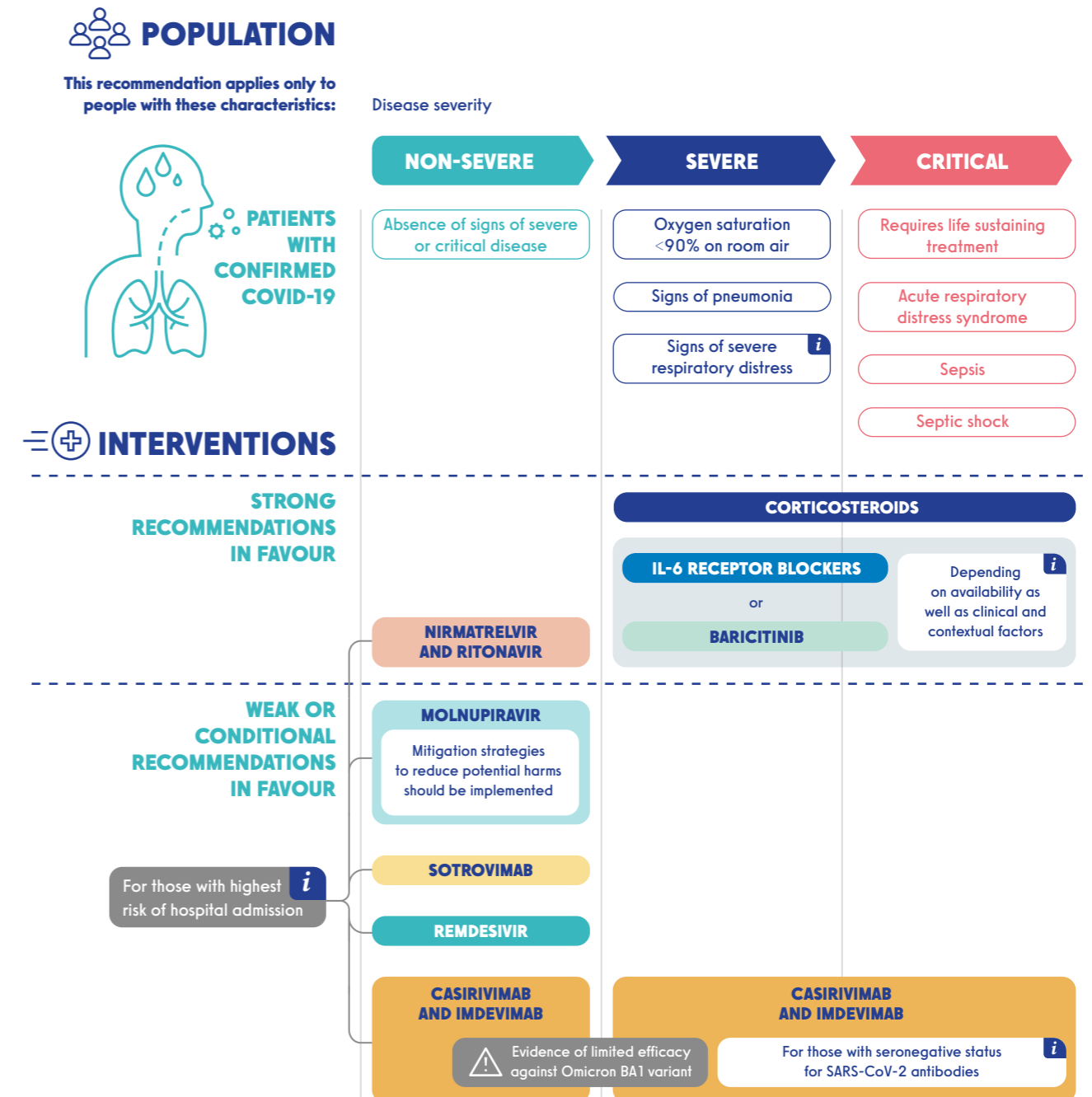
15 European Centre for Disease Prevention and Control. Risk factors and risk groups. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/COVID-19/latest-evidence/risk-factors-risk-groups>. dostęp sierpień 2023.

Jaki jest cel skutecznego i wczesnego leczenia COVID-19¹⁶:

- zapobieganie hospitalizacji i przewlekłym powikłaniom,
- poprawa wyników leczenia pacjentów,
- ograniczenie drogi transmisji choroby.

PROF. DR HAB. MED. JOANNA ZAJKOWSKA

ALGORYTM LECZENIA COVID-19 WG WHO¹⁷



Infographic co-produced by the BMJ and MAGIC; designer Will Stahl-Timmins (see BMJ Rapid Recommendations).

16 Kim P.S. et al., JAMA2020, 324(21): 49-50.

17 WHO-2019-nCoV-therapeutics-2022.3-eng.pdf.

Wczesne wykrywanie i leczenie COVID-19 są ważne, aby zapobiec poważnym powikłaniom. Już w ciągu 1 tygodnia od wystąpienia objawów może nastąpić progresja do ciężkiego przebiegu COVID-19^{18,19}. Objawy mogą się nasilić w ciągu kilku godzin od przyjęcia do szpitala. Identyfikacja pacjentów na wczesnym etapie ma zasadnicze znaczenie dla podejmowania decyzji dotyczących obserwacji, hospitalizacji i leczenia²⁰.

PROF. DR HAB. MED. JOANNA ZAJKOWSKA

Aby leczenie było skuteczne, należy je rozpocząć w ciągu kilku dni od wystąpienia pierwszych objawów²¹.

Ryzyko ciężkiego przebiegu choroby i hospitalizacji wzrasta wraz z wiekiem, a niektóre schorzenia mogą je dodatkowo zwiększać.

PROF. DR HAB. MED. JOANNA ZAJKOWSKA

Obciążenia związane z zachorowaniem na COVID-19. Wiek jest jednym z najsilniejszych czynników ryzyka ciężkiego przebiegu choroby. Około 50% przypadków hospitalizacji z powodu COVID-19 dotyczy osób w wieku powyżej 65 lat²². Jednocześnie zaobserwowano 10-krotnie wyższą umieralność wśród osób pomiędzy 40. a 49. r.ż. w porównaniu z osobami pomiędzy 18. a 29. r.ż. Z kolei 25-krotnie wzrasta umieralność osób również pomiędzy 50. r.ż. a 64. r.ż. w porównaniu z osobami pomiędzy 18. a 29. r.ż.²³

Schorzenia dodatkowo zwiększające ryzyko hospitalizacji związanych z COVID-19 to między innymi choroby układu sercowo-naczyniowego, przewlekła choroba układu oddechowego, otyłość, nadciśnienie, upośledzenie odporności, przewlekła choroba nerek, nowotwór złośliwy, schorzenia neurologiczne, cukrzyca a także palenie papierosów oraz ciąża.

18 World Health Organisation. Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19), dokument dostępny pod adresem: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-COVID-19-final-report.pdf>, dostęp: sierpień 2023 r.

19 Cevik M. et al., BMJ 2020, 371: m3862.

20 Jacob C.E.M. et al., Infection 2023, 50: 359-370.

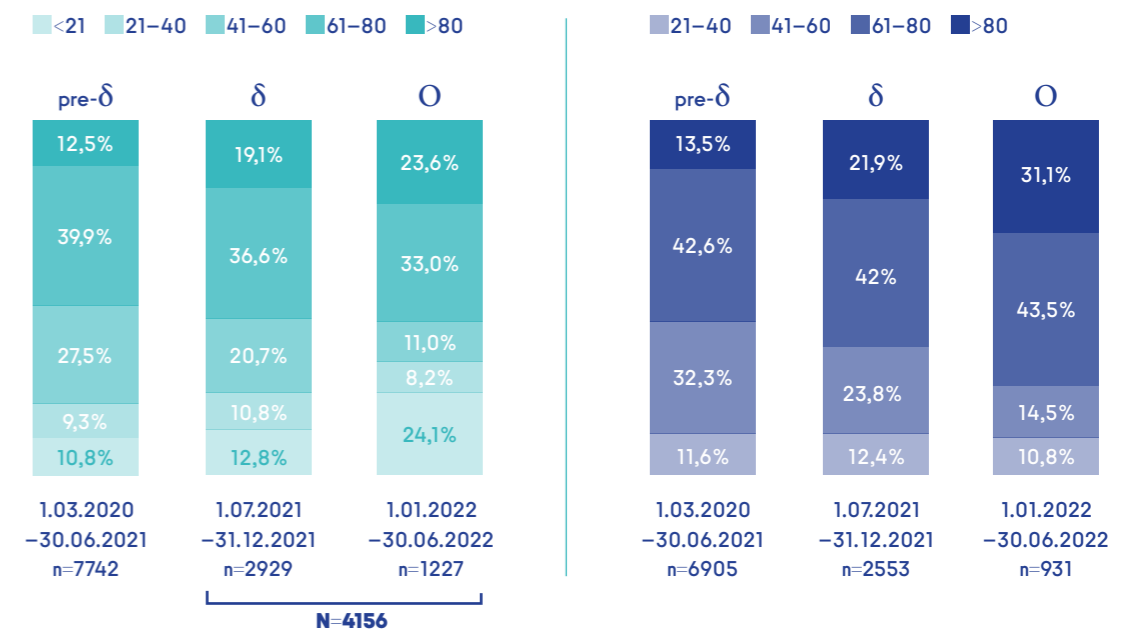
21 Centers for Disease Control and Prevention, COVID-19 Treatments and Medications, dokument dostępny pod adresem: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/your-health/treatments-for-severe-illness.html>, dostęp: marzec 2023 r.

22 Di Fusco M. et al., Health outcomes and economic burden of hospitalized COVID-19 patients in the United States, J Med Econ. 2021, 24(1): 308-317.

23 Centers for Disease Control and Prevention. Underlying Medical Conditions Associated with Higher Risk for Severe COVID-19: Information for Healthcare Professionals. Available at: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-care/underlyingconditions.html>, dostęp sierpień 2023.

Wobec powyższego szczepienia przeciw COVID-19 powinny być stosowane powszechnie ze szczególnym uwzględnieniem osób z grup ryzyka. Struktura wiekowa pacjentów hospitalizowanych z powodu COVID-19 związanych z dominacją różnych wariantów SARS-CoV-2 stanowi potwierdzenie, że do szczególnej grupy ryzyka należą osoby pomiędzy 41. r.ż. a 60. r.ż. oraz powyżej 60 r.ż.²⁴

WYKRES 2. Struktura wiekowa pacjentów hospitalizowanych z powodu COVID-19 w poszczególnych przedziałach wiekowych związanych z dominacją wariantów SARS-CoV-2.



ŹRÓDŁO: opracowanie własne na podstawie Flisiak R., Rzymiski P. et al., Variability in the Clinical Course of COVID-19 in a Retrospective Analysis of a Large Real-World Database.

24 Flisiak R., Rzymiski P., Zarębska-Michaluk D., Ciechanowski P., Dobrowolska K., Rogalska M., Jaroszewicz J., Szymanek-Pasternak A., Rorat M., Kozielowicz D. et al., Variability in the Clinical Course of COVID-19 in a Retrospective Analysis of a Large Real-World Database, Viruses 2023, 15, 149, <https://doi.org/10.3390/v15010149>.

Dlaczego niektóre osoby chorują bardziej – grupy ryzyka w COVID-19

- Prawie 50% umieralności z powodu COVID-19 odnotowano wśród osób z zaburzeniami metabolicznymi i naczyniowymi²⁵.
- Choroby współistniejące, takie jak choroby układu sercowo-naczyniowego, cukrzyca, otyłość lub nowotwór, to niezależne czynniki ryzyka progresji do ciężkiego przebiegu COVID-19²⁶.
- Wiek jest niezależnym czynnikiem ryzyka, podobnie jak choroby współistniejące występujące często u osób starszych, takie jak otyłość, cukrzyca i nadciśnienie tętnicze²⁷.
- Słaba kontrola glikemii jest czynnikiem ryzyka umieralności w przypadku COVID-19²⁸.
- Wzrost BMI wiąże się ze wzrostem ryzyka ciężkiego przebiegu COVID-19²⁹.
- U osób chorych na cukrzycę typu 2 często występują choroby współistniejące, np. choroby układu sercowo-naczyniowego i otyłość, które się wiążą z ryzykiem poważnych powikłań COVID-19³⁰.
- Osoby chore na nowotwory hematologiczne uznaje się za szczególnie wrażliwe z powodu istotnych deficytów immunologicznych oraz częstych zakażeń spowodowanych charakterem schorzenia i otrzymywaną intensywną terapią³¹.
- Większość pacjentów z nowotworami hematologicznymi przyjmuje leki przeciwnowotworowe, które hamują czynność szpiku kostnego, lub występują u nich nowotwory układu odpornościowego, z związku z czym są oni poddawani immunosupresji przez dłuższy czas niż pacjenci z guzami litymi³².
- Powszechnie stosowane metody terapeutyczne to chemioterapia i autologiczny przeszczep komórek macierzystych³³.

COVID-19 u pacjentów diabetologicznych. Ostra postać COVID-19 u pacjentów chorych na cukrzycę może nasilić istniejący stan zapalny, zmienność stężenia glukozy i uraz wielotkankowy.

25 World Health Organization. Therapeutics and COVID-19: Living Guideline, dokument dostępny pod adresem: <https://app.magicapp.org/#/guideline/nBk01E>, dostęp: sierpień 2023 r.

26 World Health Organization. COVID-19 symptoms and severity, dokument dostępny pod adresem: <https://www.who.int/westernpacific/emergencies/COVID-19/information/asymptomatic-covid-19>, dostęp: sierpień 2023 r.

27 Di Fusco M. et al., Health outcomes and economic burden of hospitalized COVID-19 patients in the United States, *J Med Econ.* 2021, 24(1): 308-317.

28 O'Rourke R.W. et al., *Obesity* 2021, 29(4): 645-653.

29 Kompaniyets L. et al., *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2021, 70: 355-361.

30 Feldman E.L. et al., *Diabetes* 2020, 69: 2549-2565.

31 Papakonstantinou E. et al., *Oncol Lett.* 2021, 22(6): 856.

32 Tehrani H.A. et al., *Health Sci Rep.* 2022, 5: e638.

33 Papakonstantinou E. et al., *Oncol Lett.* 2021, 22(6): 856.

Wybrane mechanizmy zwiększonego ryzyka progresji do ciężkiego przebiegu COVID-19 u pacjentów chorych na cukrzycę^{34,35,36}:

- U chorych na cukrzycę występuje przewlekły stan zapalny, który może powodować wystąpienie burzy cytokinowej w przebiegu COVID-19.
- U pacjentów chorych na cukrzycę i na COVID-19 zaobserwowano większe zmętnienia typu matowego szkła w płucach oraz bardziej opóźniony klirens wirusa niż u osób bez cukrzycy.
- Zaobserwowane u pacjentów chorych na cukrzycę znaczne obniżenie wyników badań czynnościowych płuc jest związane z podwyższonym poziomem glukozy we krwi.
- U pacjentów chorych na cukrzycę obserwowano również zmniejszoną odpowiedź oddechową na hipoksję i ryzyko wystąpienia bardziej cichej hipoksemii i szybkiej dekompensacji. U pacjentów chorych na cukrzycę najczęściej występują wady i zaburzenia czynności układu odpornościowego, w tym zmniejszone aktywność i liczba makrofagów i komórek dendrytycznych.
- Hiperglikemia skutkuje osłabieniem działania i zmniejszeniem proliferacji adaptacyjnych komórek układu odpornościowego, limfocytów T (CD4+, CD8+) i limfocytów B1. U chorych na cukrzycę występuje przewlekły stan zapalny, który może powodować wystąpienie burzy cytokinowej w przebiegu COVID-19.

COVID-19 u pacjentów z otyłością. Otyłość jest czynnikiem ryzyka ciężkiego COVID-19. Jeszcze w 2022 roku w ramach badania HEROS³⁷ naukowcy odkryli silną, liniową zależność między BMI (czyli miarą tkanki tłuszczowej na podstawie wzrostu i wagi) a ryzykiem zakażenia SARS-CoV-2. Każdy 10-punktowy wzrost percentyla BMI zwiększał ryzyko zakażenia o 9%. Uczestnicy z nadwagą lub otyłością mieli o 41% większe ryzyko zakażenia niż ci, których masa ciała nie była nadmierna.

Wybrane mechanizmy zwiększonego ryzyka progresji do ciężkiego przebiegu COVID-19 u pacjentów chorych z otyłością^{38,39}:

- Upośledzenie czynności układu odpornościowego z powodu otyłości obejmuje zmiany w liczbie leukocytów i w komórkowej odpowiedzi immunologicznej.
- Niedobór witaminy D może uszkodzić odpowiedź immunologiczną; u osób z otyłością często obserwuje się niedobór witaminy D. Otyłość wiąże się z niekorzystnym stanem hormonalnym, który może prowadzić do nieprawidłowej odpowiedzi immunologicznej. Tkanka tłuszczowa jest jednym z najwyższych czynników zwiększających ekspresję receptorów ACE2 (enzym konwertujący angiotensynę 2), więc może stanowić rezerwar dla SARS-CoV-2.

34 Figueroa-Pizano M.D. et al., *AIMS Public Health.* 2021, 8(4): 720-742.

35 Figueroa-Pizano M.D. et al., *AIMS Public Health.* 2021, 8(4): 720-742. 2. Sharma p. et al., *Biomed Pharmacother* 2022, 151: 113089.

36 Simonson T.S. et al., *J Physiol.* 2021, 599(4): 1057-1065.

37 Jackson D.J. et al., Association of Respiratory Allergy, Asthma and Expression of the SARS-CoV-2 Receptor, ACE2, *Journal of Allergy and Clinical* DOI: 10.1016/j.jaci.2020.04.009 (2020).

38 Yu W, et al., *J Diabetes Complications.* 2021, 35(3): 1078817.

39 de Heredia F.P. et al., *Proc Nutr Soc.* 2012, 17(2): 332-338.

- Ekspresja ACE2 jest wyższa w tkance tłuszczowej niż w płucach. U osób z otyłością występuje wyjściowy stan zapalny, który może zaostrzyć reakcję zapalną na zakażenie i może osłabiać odpowiedź układu odpornościowego na wirusa.
- Otyłość wiąże się z wysokim poziomem krążących cytokin prozapalnych, w tym TNF- α , IL-6 i CRP. Skutki otyłości w obrębie klatki piersiowej: ograniczenie podatności układu oddechowego, zmniejszona podatność ściany klatki piersiowej, zmniejszenie objętości płuc, nieefektywność mięśni oddechowych, upośledzona wymiana gazowa, zmniejszona rezerwa oddechowa w połączeniu z tendencją do niewydolności oddechowej w sytuacjach stanowiących wyzwanie takich jak np. zakażenie SARS-CoV-2.
- Obecność zwiększonej ilości nasierdziowej tkanki tłuszczowej może wpływać na czynność serca. Nasierdziowa tkanka tłuszczowa jest bogata w mediatory prozapalne, które przyczyniają się do powstawania tzw. burzy cytokinowej.
- **Nadmierna krzepliwość krwi** – wyższe ryzyko wystąpienia zatorowości płucnej z powodu dysfunkcji śródbłonna, podwyższonej ekspresji ACE2 w komórkach nabłonka oskrzeli, wzmożonych odpowiedzi zapalnych.

COVID-19 u pacjentów z chorobą sercowo-naczyniową. Obecność choroby układu sercowo-naczyniowego może zwiększać podatność pacjenta na zakażenia, a dodatkowo choroba układu sercowo-naczyniowego często się wiąże z chorobami współistniejącymi predysponującymi pacjentów do częstszego występowania zakażeń oraz do ich cięższego przebiegu⁴⁰.

Wybrane mechanizmy zwiększonego ryzyka progresji do ciężkiego przebiegu COVID-19 u pacjentów z chorobą sercowo-naczyniową^{41,42,43}:

- Wiadomo, że ostre zakażenia układu oddechowego powodują lub nasilają chorobę układu sercowo-naczyniowego. Głównym celem SARS-CoV-2 może być układ sercowo-naczyniowy. ACE2 wykazuje wysoką ekspresję w sercu. Zwiększenie stężenia ACE2 u pacjentów z migotaniem przedsionków może się wiązać z wyższym ryzykiem chorobowości i umieralności związanej z COVID-19.
- Zakażenie ogólnoustrojowe zwiększa ogólnoustrojowe zapotrzebowanie metaboliczne, co może zaostrzyć wcześniej stabilną niewydolność serca. Współistniejąca choroba układu sercowo-naczyniowego powoduje uszkodzenie narządów; nasila to wpływ burzy cytokinowej związanej z ciężkim przebiegiem COVID-19.
- COVID-19 wiąże się z koagulopatią, która może prowadzić do ostrego zespołu wieńcowego lub do ostrego zawału mięśnia sercowego. Istnieje potencjalny synergistyczny związek pomiędzy uszkodzeniem serca spowodowanym chorobą układu sercowo-naczyniowego a reakcją zapalną na zakażenie SARS-CoV-2.

40 Bae S. et al., Heart 2021, 107: 373-380.

41 Bae S. et al., Heart. 2021, 107: 373-380.

42 Hessami A, et al. Am J Emerg Med. 2021;46:382-391;

43 CDC. Underlying Medical Conditions Associated with Higher Risk for Severe COVID-19: Information for Healthcare Professionals, dokument dostępny pod adresem: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-care/underlyingconditions.html>, dostęp: sierpień 2023r.

- Reakcja zapalna na zakażenie SARS-CoV-2 może prowadzić do zespołu zaburzeń oddechowych, uszkodzenia mięszu, wynaczynienia płynu, hipoksemii, co powoduje **nasilenie stresu** w odniesieniu do układu sercowo-naczyniowego. Poinfekcyjny stan zapalny i zmiany hemodynamiczne mogą zwiększać ryzyko pęknięcia płytki miażdżycowej u osób z chorobą niedokrwienną serca w wywiadzie.
- Z przeprowadzonych obserwacji wynika, że choroba sercowo-naczyniowa w wywiadzie zwiększa ryzyko rozwoju dalszych powikłań i utrzymywania się objawów związanych z COVID-19.

COVID-19 u pacjentów z chorobą nowotworową. Choroba nowotworowa ma istotny wpływ na zwiększone ryzyko cięższego przebiegu COVID-19, co jest związane z upośledzeniem układu immunologicznego oraz niektórymi lekami stosowanymi w leczeniu onkologicznym. Największe ryzyko zakażenia występuje u chorych na nowotwory hematologiczne i na raka płuca, w przypadku których układ odpornościowy jest mocniej upośledzony niż w przypadku chorych z guzami litymi.

Wybrane mechanizmy zwiększonego ryzyka progresji do ciężkiego przebiegu COVID-19 u pacjentów z chorobą nowotworową^{44,45,46}:

- Obniżona odporność immunologiczna. Makrofagi M2, które hamują odpowiedź immunologiczną, są aktywowane w przypadku nowotworu.
- Synergiczna reakcja zapalna. Podwyższone stężenia IL-6, które wywołują wytwarzanie cytokin prozapalnych, wiążą się zarówno z nowotworem, jak i z COVID-19.
- Przewlekły stan zapalny. Kortykosteroidy i inne leki immunosupresyjne zmniejszają odpowiedź immunologiczną.
- Leki cytotoksyczne mogą powodować supresję szpiku kostnego, co może prowadzić do małopłytkowości i neutropenii.
- Zgłaszano, że radioterapia powoduje uszkodzenie limfocytów, co prowadzi do limfopenii.
- Zahamowanie aktywności punktów kontrolnych układu immunologicznego może spowodować nadmierne wytwarzanie cytokin i może przyczyniać się do rozwoju burzy cytokinowej.
- Niektóre rodzaje nowotworów wykazują nadekspresję ACE2. Pacjenci z chorobą nowotworową są narażeni na wyższe ryzyko wystąpienia zdarzeń zakrzepowo-zatorowych niż osoby zdrowe. Komórki nowotworowe zwiększają wytwarzanie czynników krzepnięcia oraz cytokin prozapalnych, co prowadzi do aktywacji szlaków krzepnięcia i zwiększenia ryzyka zdarzeń zakrzepowo-zatorowych.

Hospitalizacje z powodu COVID-19⁴⁷. Według dostępnych polskich danych zebranych danych w opracowaniu *Variability in the Clinical Course of COVID-19 in*

44 Sinha S. & Nath Kundu C., Med Oncol. 2021, 38(9): 101.

45 Han H.J. et al., Int Immunopharmacol. 2021, 90: 107247.

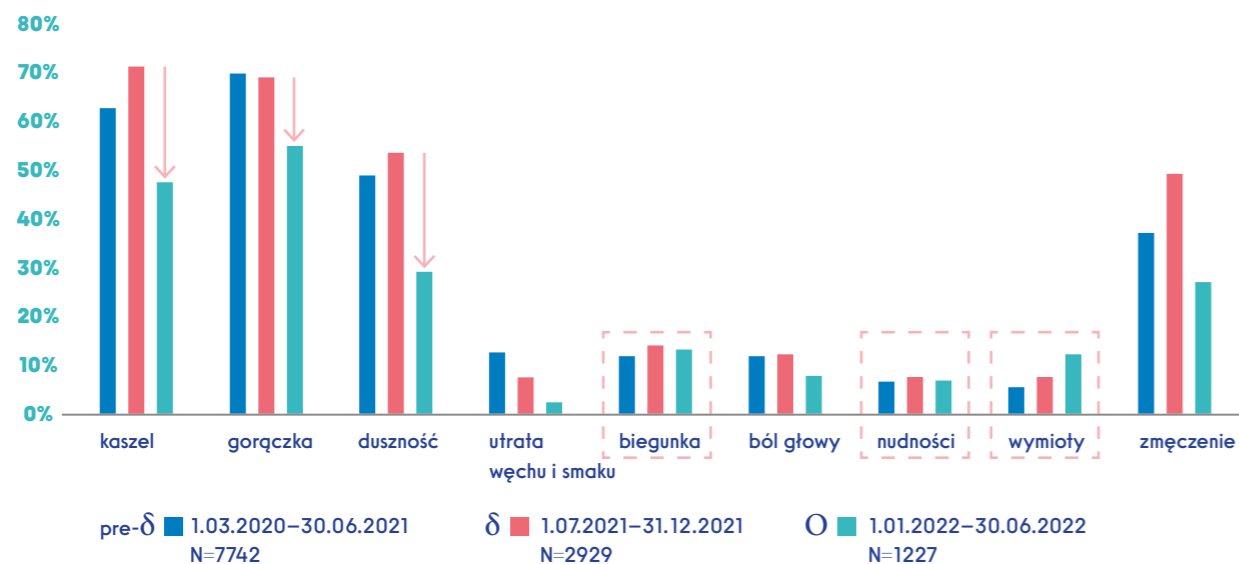
46 Zong Z. et al., Molecular Cancer 2021, 20: 76.

47 Flisiak R., Rzymiski P., Zarębska-Michaluk D., Ciechanowski P., Dobrowolska K., Rogalska M., Jaroszewicz J., Szymanek-Pasternak A., Rorat M., Kozieliwicz D. et al., Variability in the Clinical Course of COVID-19 in a Retrospective Analysis of a Large Real-World Database, Viruses 2023, 15, 149, <https://doi.org/10.3390/v15010149>.

a Retrospective Analysis of a Large Real-World Database, Viruses 2023 w Polsce wśród najczęstszych powodów hospitalizacji pacjentów z COVID-19 występowała konieczność tlenoterapii. Do czerwca 2021 roku dotyczyła blisko 50% pacjentów, kolejno od lipca 2021 roku do grudnia 2021 roku konieczność tlenoterapii dotyczyła ponad 57% pacjentów objętych badaniem, a od stycznia 2022 roku do czerwca 2022 roku tlenoterapia jako parametr kliniczny wejściowy do hospitalizacji dotyczyła już blisko 37% pacjentów objętych badaniem. Na drugim miejscu pod względem klinicznych parametrów wejściowych do hospitalizacji w objętych analizą okresach znajduje się wysycenie tlenem hemoglobiny poniżej 91%, co było powodem hospitalizacji wśród blisko 40% objętych badaniem od lipca 2021 roku do grudnia 2021 roku.

Z kolei wśród objawów klinicznych u osób hospitalizowanych z powodu COVID-19 w tych samych trzech przedziałach czasowych najczęściej występowały objawy, takie jak kaszel, i kolejno: gorączka, duszność, zmęczenie. Objawy te były zróżnicowane na różnych etapach pandemii COVID-19 – od marca 2020 roku do czerwca 2021 roku wymienione objawy dotyczyły powyżej 50% pacjentów objętych badaniem, kolejno od lipca 2021 roku do grudnia 2021 roku objawy, takie jak kaszel, gorączka i duszność, utrzymywały się na zbliżonym poziomie. Równie często wymienianym objawem były ogólne zmęczenie, ale także biegunka, nudności, wymioty czy utrata wężu i smaku, a także ból głowy.

WYKRES 3. Częstość występowania objawów klinicznych u hospitalizowanych z powodu COVID-19 w poszczególnych przedziałach czasowych



ŹRÓDŁO: opracowanie własne na podstawie Flisiak R., Rzymski P. et al., Variability in the Clinical Course of COVID-19 in a Retrospective Analysis of a Large Real-World Database.

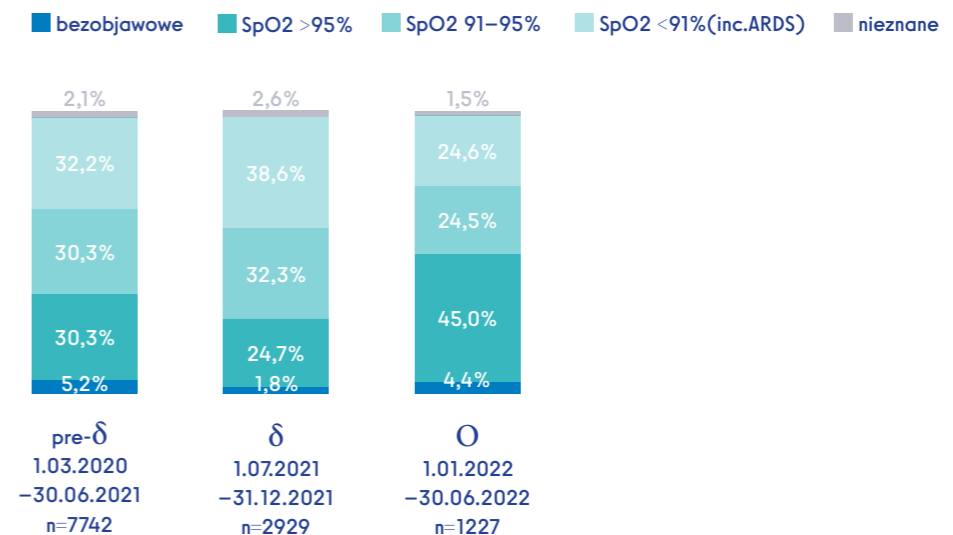
Również wysoką zmiennością w poszczególnych okresach charakteryzował się stan kliniczny przy przyjęciu pacjentów do szpitala z powodu COVID-19. Stan kliniczny był mierzony poziomem wysycenia tlenem hemoglobiny. Od marca

2020 roku do czerwca 2021 roku u największej liczby pacjentów wysycenie tlenem hemoglobiny kształtowało się na poziomie poniżej 91% – dotyczyło to ponad 30% pacjentów objętych badaniem. Powyżej 30% pacjentów miało poziom wysycenia tlenem hemoglobiny od 91% do 95% oraz tyle samo pacjentów miało poziom wysycenia tlenem hemoglobiny powyżej 95%. Znikoma część pacjentów została hospitalizowana bez objawów lub przy innych nieznanymi objawach.

Wyższe wartości w poziomach wysycenia tlenem hemoglobiny charakteryzowały okres od lipca 2021 roku do grudnia 2021 roku. Wówczas ponad 38% pacjentów uzyskało poziom wysycenia tlenem hemoglobiny poniżej 91%. Natomiast poziom ten w przedziale od 91% do 95% dotyczył blisko 33% pacjentów objętych badaniem, a poziom powyżej 95% dotyczył blisko 25% pacjentów objętych badaniem.

Z kolei od stycznia 2022 roku do czerwca 2022 roku proporcje te się zmieniły. Najwięcej pacjentów poddanych hospitalizacji z powodu COVID-19 miało poziom wysycenia tlenem hemoglobiny powyżej 95%. Natomiast u blisko 25% pacjentów poziom wysycenia tlenem hemoglobiny wynosił zarówno od 91% do 95%, jak i poniżej 91% (patrz wykres 4.).

WYKRES 4. Stan kliniczny pacjentów hospitalizowanych z powodu COVID-19 po przyjęciu do szpitala w poszczególnych przedziałach czasowych



ŹRÓDŁO: opracowanie własne na podstawie Flisiak R., Rzymski P. et al., Variability in the Clinical Course of COVID-19 in a Retrospective Analysis of a Large Real-World Database.

Śmiertelność z powodu COVID-19⁴⁸. Od marca 2020 roku do czerwca 2020 roku najwyższą śmiertelność obserwowano wśród pacjentów powyżej 80. r.ż. – dotyczyło to ponad 30% pacjentów objętych badaniem. Blisko 14% pacjentów objętych badaniem zmarło z powodu COVID-19 w wieku pomiędzy 60. r.ż. a 80. r.ż. Z kolei najmniej pacjentów – blisko 25% – zmarło w wieku poniżej 60. r.ż.

⁴⁸ Ibidem

Śmiertelność z powodu COVID-19 wyraźnie wzrosła od lipca 2021 roku do grudnia 2021 roku. Aż 42% pacjentów objętych badaniem zmarło z powodu COVID-19 w wieku powyżej 80. r.ż. w tym okresie – tj. o 10 punktów procentowych więcej niż w okresie poprzednim. Natomiast blisko 19% pacjentów w wieku od 60. r.ż. do 80. r.ż. zmarło z powodu COVID-19 od lipca 2021 roku do grudnia 2021 roku. A w tym samym czasie blisko 3% pacjentów zmarło w wieku poniżej 60. r.ż.

Najmniej pacjentów zmarło z powodu COVID-19 w ostatnim z objętych analizą okresów – tj. od stycznia 2022 roku do czerwca 2022 roku. W grupie powyżej 80. r.ż. było to 24% pacjentów objętych badaniem – blisko o połowę mniej niż w drugiej połowie 2021 roku. Z kolei blisko 13% pacjentów zmarło w wieku od 60. r.ż. do 80. r.ż., a tylko 1,7% pacjentów w wieku do 60. r.ż.

WYKRES 5. Śmiertelność z powodu COVID-19 w poszczególnych przedziałach wiekowych



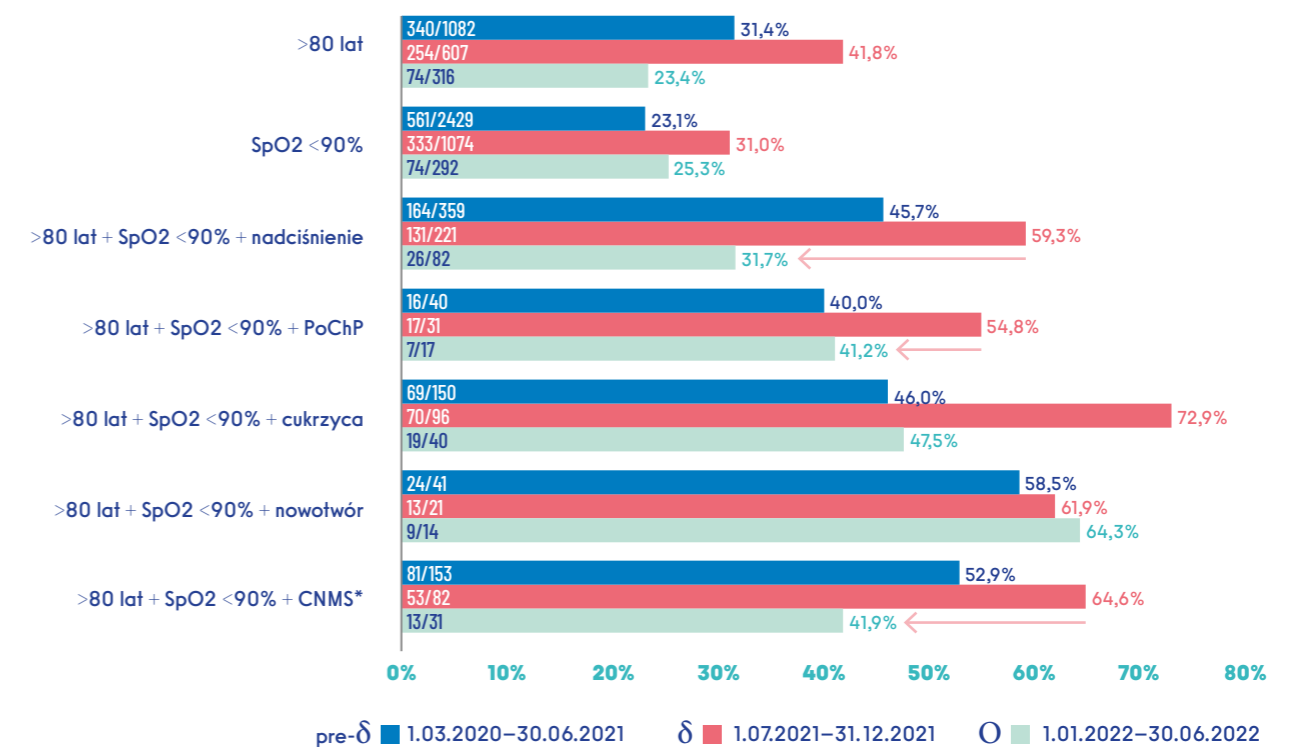
Analiza wielu czynników składających się na zwiększoną śmiertelność z powodu COVID-19, w tym analiza w różnych wariantach uwzględniających wiek, choroby towarzyszące oraz stan kliniczny obrazowany jako poziom procentowy wysycenia tlenem hemoglobiny, wskazuje na to, że najwyższa śmiertelność w trzech wskazanych przedziałach czasowych dotyczyła osób powyżej 80. r.ż., których stan kliniczny wskazywał na poziom wysycenia tlenem hemoglobiny poniżej 90% oraz nowotwór. Do 2021 roku śmiertelność w tej grupie dotyczyła blisko 60% pacjentów objętych badaniem. Od lipca do grudnia 2021 roku zmarło z powodu COVID-19 w tej grupie aż 62% pacjentów oraz od stycznia do czerwca 2022 roku zmarło w tej grupie aż 65% pacjentów.

Porównywalną śmiertelnością charakteryzowała się grupa pacjentów również w wieku powyżej 80. r.ż. z tym samym wysyceniem tlenem hemoglobiny, ale z rozpoznaną cukrzycą. Blisko 50% pacjentów w tej grupie objętych badaniem zmarło z powodu COVID-19 od marca do grudnia 2021 roku oraz tyle samo od stycznia do

czerwca 2022 roku. Najwyższa śmiertelność w tej grupie – ponad 73% pacjentów, wystąpiła od lipca do grudnia 2021 roku.

Na porównywalnym poziomie pod względem śmiertelności znajdowały się grupy pacjentów powyżej 80. r.ż. z wysyceniem tlenem hemoglobiny utrzymującym się na poziomie poniżej 90% oraz z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc, nadciśnieniem czy chorobą niedokrwienną serca. Jednocześnie najwyższe wzrosty śmiertelności w tych grupach występowały od lipca do grudnia 2021 roku.

WYKRES 6. Śmiertelność w zależności od wieku, chorób towarzyszących i stanu klinicznego w poszczególnych przedziałach czasowych



ŹRÓDŁO: opracowanie własne na podstawie Flisiak R., Rzymski P. et al., Variability in the Clinical Course of COVID-19 in a Retrospective Analysis of a Large Real-World Database.

Long COVID jako problem, który lekarzom zakaźnym jest dobrze znany. Odległe powikłania wynikające z zakażenia wirusami są od dawna znane lekarzom zakaźnikom – powikłania układu oddechowego często występują w wyniku zakażenia grypą, pneumokokami, a groźne powikłania neurologiczne obserwujemy m.in. w przypadku zakażenia wirusem KZM. Nie inaczej jest w przypadku wirusa SARS-CoV-2.

Zgodnie z ostrożnymi szacunkami zespół tzw. long COVID dotknął co najmniej 65 milionów osób na całym świecie, ale prawdziwa liczba jest prawdopodobnie znacznie wyższa⁴⁹. Podłoże tej przypadłości jest kompleksowe, a jej objawy są

⁴⁹ Davis H.E., McCorkell L., Moore Vogel J., Topol E.J., Long COVID: Major findings, mechanisms and recommendations, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36639608/>.



różnorodne. Pacjenci często napotykają na brak zrozumienia w związku ze swoimi dolegliwościami (np. nadmierną sennością, chronicznym zmęczeniem). Long COVID to stan, w którym doskwierające objawy utrzymują się przez długi czas po przebyciu infekcji SARS-CoV-2 lub pojawiają się zupełnie nowe. Dlatego mówiąc o chorobie COVID-19, musimy uwzględnić zarówno okres przejścia przez chorobę, jak i jej długofalowe konsekwencje, które także są grupą schorzeń medycznych.

Ustępowanie objawów COVID-19 ma miejsce po kilku tygodniach od zachorowania. Niemniej jednak w wybranych sytuacjach czas występowania tych objawów może się wydłużyć. Zjawisko to jest określane mianem long COVID.

Znaczna część osób zakażonych koronawirusem niezależnie od wieku może doświadczyć długofalowych skutków choroby, czyli long COVID. Ogólna częstość występowania powikłań po COVID-19 dotyczyła ponad 43% osób w ramach wykonanego przeglądu systematycznego 50 badań. Spośród tych 43% osób, u których występują powikłania, 54% było hospitalizowanych, a 34% nie było poddanych hospitalizacji^{50,51,52,53}.

Częstość oraz nasilenie objawów long COVID zależą między innymi od czasu od wystąpienia zakażenia koronawirusem, zajęcia narządów i tkanek, statusu szczepień, wariantu wirusa odpowiedzialnego za zakażenia, nasilenia choroby czy regionu geograficznego.

Jednocześnie u osoby w każdym wieku po przebyciu COVID-19 mogą się rozwinąć powikłania. Powikłania mogą wpłynąć na wiele różnych układów narządów u osób dorosłych. Wśród nich wymienia się układ nerwowy, układ sercowo-naczyniowy, powikłania ze strony układu pokarmowego czy ze strony skóry i przydatków, powikłania płucne, hematologiczne, nerkowe, a także powikłania w zakresie układu hormonalnego⁵⁴.

Ponowne zachorowanie na COVID-19. Coraz więcej badań potwierdza również, że ponowny przebieg zachorowania na COVID-19 ma wpływ na dodatkowe ryzyko dla zdrowia w stosunku do pierwszej przebytej infekcji. Każda ponowna infekcja przyczynia się do dodatkowego ryzyka zdrowotnego, w tym uszkodzenia narządów i tkanek, a także śmiertelności z powodu następstw w płucach i powikłań pozapłucnych.

50 Chen C. et al., Global Prevalence of Post-Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Condition or Long COVID: A Meta-Analysis and Systematic Review, *J Infect Dis.*, published online 16 April 2022, doi: 10.1093/infdis/jiac136.

51 Groff D. et al., Short-term and Long-term Rates of Postacute Sequelae of SARS-CoV-2 Infection, *JAMA Netw Open.* 2021, 4(10): e2128568, doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.28568.

52 Tacquet M. et al., Incidence, co-occurrence, and evolution of long-COVID features: A 6-month retrospective cohort study of 273,618 survivors of COVID-19, *PLoS Med.* 2021, 18(9): e1003773, doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003773>.

53 Centers for Disease Control and Prevention. Long Covid. Accessed 6 October 2022, https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/long-term-effects/index.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2F2019-ncov%2Flong-term-effects.html.

54 Davis H.E. et al., *Nat Rev Microbiol.* 2023, 21: 133-146.

ŚCIEŻKA DIAGNOSTYCZNO- -TERAPEUTYCZNA PACJENTA Z COVID-19



DR N. MED. JAKUB GIERCZYŃSKI, MBA

4 maja 2023 r. Komitet Nadzwyczajny ds. Międzynarodowych Regulacji Zdrowotnych WHO zarekomendował zmianę kategorii zagrożenia wirusem SARS-CoV-2 z zagrożenia dla zdrowia publicznego w wymiarze międzynarodowym (PHEIC) na określony i stały problem zdrowotny⁵⁵.

Zarówno eksperci, jak i WHO podkreślają, że odwołanie stanu pandemii o znaczeniu globalnym nie oznacza, że SARS-CoV-2 przestał być groźny, a choroba koronawirusowa 2019 została opanowana. Wirus każdego dnia infekuje nowe osoby, wiele z nich ze skutkiem śmiertelnym, nadal mutuje, a nowe warianty mogą być dużym wyzwaniem dla nas wszystkich. SARS-CoV-2 wciąż się rozprzestrzenia, wirus ewoluje i pozostaje globalnym zagrożeniem dla zdrowia, ale na niższym poziomie niepokoju.

Najgorszą rzeczą, jaką jakkolwiek kraj może teraz zrobić, jest wykorzystanie tej wiadomości jako powodu do utraty czujności, demontażu systemów, które zbudował, lub wysłania wiadomości swoim obywatelom, że nie ma się czym martwić – podkreślił podczas ogłoszenia tej decyzji dyrektor generalny WHO Tedros Adhanom Ghebreyesus⁵⁶.

55 Statement on the fifteenth meeting of the IHR (2005) Emergency Committee on the COVID-19 pandemic, WHO, [https://www.who.int/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-\(COVID-19\)-pandemic](https://www.who.int/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(COVID-19)-pandemic), data dostępu: 28.07.2023.

56 WHO Director-General's opening remarks at the media briefing – 5 May 2023. WHO, <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing--5-may-2023>, data dostępu: 28.07.2023.

Spodziewana od dłuższego czasu decyzja wzbudziła sprzeczne odczucia wśród ekspertów, którzy podkreślają, że choroba koronawirusowa COVID-19 to nie jest lekka infekcja ani nie znika definitywnie wraz z przechorowaniem, dlatego że pozostawia trwałe ślady w organizmie człowieka. Każde kolejne przechorowanie znacząco osłabia układ odpornościowy i negatywnie wpływa także na wszystkie układy ludzkiego ciała – oddechowy, sercowo-naczyniowy, także układ nerwowy⁵⁷.

– Pandemia nie została odwołana, lecz zniesiono tylko PHEIC z powodu COVID-19. Są to dwa odrębne dokumenty – PHEIC określa narzędzia pozwalające ograniczyć globalne rozprzestrzenianie się wirusa, czyli mowa o skoordynowanej reakcji międzynarodowej, w tym także wsparciu krajów słabiej radzących sobie z pandemią. Natomiast sama pandemia oznacza pojawienie się nowego patogenu w skali globalnej, szybko się rozprzestrzeniającego, o znaczącym poziomie patogenności – mówiła prof. Agnieszka Szuster-Ciesielska w rozmowie z portalem Termedia.

COVID-19 pozostaje globalnym zagrożeniem dla zdrowia i w przyszłości nadal będzie częścią naszego życia. Dlatego wraz z państwami członkowskimi, ECDC, EMA i HERA należy kontynuować monitorowanie i nadzór oraz zapewnić szczepienia i leczenie osobom szczególnie narażonym⁵⁸.

Ponadto COVID-19 jest chorobą wieloukładową – dotyka nie tylko płuc, ale również serca, naczyń krwionośnych, skóry, nerek, układu nerwowego, wątroby i narządów endokrynnych – dlatego jej diagnostyka i leczenie dotyczy lekarzy różnych specjalności⁵⁹.

U każdego pacjenta z COVID-19 mogą szybko nastąpić progresja choroby i ryzyko wystąpienia poważnych powikłań, jednak obecnie znamy już całą konstelację chorób współistniejących, które pogarszają rokowania w COVID-19 (choroby układu sercowo-naczyniowego, cukrzyca, otyłość lub nowotwór to niezależne czynniki ryzyka progresji do ciężkiego przebiegu choroby), co ma kluczowe znaczenie dla kierowania pacjenta do szpitala, ale ma też kluczowe znaczenie dla stosowania leków hamujących rozwój COVID-19⁶⁰.

W obliczu najnowszej wiedzy medycznej i możliwości terapeutycznych jest konieczne nowe podejście do choroby COVID-19. W przypadku tej choroby – pojawiających się nowych mutacji wirusa, spadającego odsetka osób wyszczepionych – nie wystarczy tylko profilaktyka. Szczepienia i leczenie przeciwwirusowe muszą działać

57 Bove B., Xie Y., Al-Aly Z., Acute and postacute sequelae associated with SARS-CoV-2 reinfection, Nat Med. 2022 Nov, 28(11): 2398-2405, doi: 10.1038/s41591-022-02051-3.

Winheim E., Rinke L., Lutz K. et al., Impaired function and delayed regeneration of dendritic cells in COVID-19, PLoS Pathog. 2021 Oct 6, 17(10): e1009742, doi: 10.1371/journal.ppat.1009742.

Jing Y., Luo L., Chen Y. et al., SARS-CoV-2 infection causes immunodeficiency in recovered patients by downregulating CD19 expression in B cells via enhancing B-cell metabolism, Signal Transduct Target Ther. 2021 Sep 22, 6(1): 345. doi: 10.1038/s41392-021-00749-3.

58 Statement by President von der Leyen on the end of the COVID-19 pandemic, 05.05.2023, European Commission, https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/STATEMENT_23_2628, data dostępu: 28.07.2023.

59 Ścieżka diagnostyczno-terapeutyczna pacjenta z COVID-19. Raport Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej 2022, <https://ippez.prowly.com/193226-sciezka-diagnostyczno-terapeutyczna-pacjenta-z-covid-19>, data dostępu: 28.07.2023.

60 Therapeutics and COVID-19 Guideline Development, WHO, <https://www.who.int/teams/health-care-readiness/COVID-19/therapeutics>, data dostępu: 28.07.2023.

w tandemie, szczególnie w grupach wysokiego ryzyka progresji do ciężkiego przebiegu COVID-19, czyli wśród starszych pacjentów i osób przewlekle chorych.

Szczepienia ochronne są uważane za jedno z najważniejszych osiągnięć naukowych w medycynie. Szczepionki, według szacunków, zapobiegały 4-5 mln zgonów rocznie na całym świecie przed pandemią COVID-19. Szybki rozwój i wprowadzenie na rynek szczepionek przeciw COVID-19 uratowało kolejne miliony istnień ludzkich. Tym samym szczepionki te stały się kluczowym instrumentem w walce z pandemią i odwróciły losy skutków zdrowotnych i ekonomicznych, a w przyszłości ciągle będą kluczowym elementem profilaktyki choroby COVID-19⁶¹.

DR N. MED. JAKUB GIERCZYŃSKI, MBA

Według najnowszej wiedzy medycznej szczepienie przeciwko COVID-19 zapewnia najlepszą ochronę zapobiegawczą przed infekcją, ciężką chorobą, utratą życia i długotrwałymi konsekwencjami choroby⁶². Same szczepionki jednak nie wystarczą. Aktualne strategie profilaktyki i leczenia COVID-19 muszą uwzględniać zarówno dostęp do szczepień przeciw COVID-19, jak i leczenie przeciwwirusowe – muszą one działać w tandemie, aby złagodzić skutki wirusa SARS-CoV-2, szczególnie w grupach podwyższonego ryzyka ciężkiego przebiegu COVID-19⁶³.

Chociaż podejmowane są decyzje znoszące restrykcje związane z COVID-19, zagrożenie ze strony tego wirusa nie minęło na poziomie jednostek. Należy traktować COVID-19 jako niebezpieczną chorobę, znacznie groźniejszą niż grypa, jest to bowiem choroba, która zostanie z nami na dłużej i znacząco wpłynie na systemy ochrony zdrowia. Konieczne i pilne są zatem zmiany w zarządzaniu – modyfikacja diagnostyki i zwiększenie dostępu do leczenia. Należy właściwie się przygotować na kolejne fale zachorowań, a wśród niezbędnych działań należy przeprowadzić uzupełnienie szczepień, również wśród uchodźców z Ukrainy, kontynuowanie systemu testowania i wdrożenie terapii przeciw COVID-19, zwłaszcza w przypadku osób z grup wysokiego ryzyka⁶⁴.

61 State of Vaccine Confidence in the European Union, Komisja Europejska, 2022, https://health.ec.europa.eu/system/files/2023-02/2022_confidence_rep_en.pdf, data dostępu: 28.07.2023.

62 COVID-19 Vaccine Effectiveness, Centers for Disease Control and Prevention, <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/effectiveness/work.html>, data dostępu: 28.07.2023.

63 Treatments for COVID-19, Harvard, <https://www.health.harvard.edu/diseases-and-conditions/treatments-for-COVID-19>, data dostępu: 28.07.2023.

64 Portmann L., de Kraker M.E.A., Fröhlich G. et al., Hospital Outcomes of Community-Acquired SARS-CoV-2 Omicron Variant Infection Compared With Influenza Infection in Switzerland, JAMA Netw Open. 2023 Feb 1, 6(2): e2255599, doi: 10.1001/jamanetworkopen.2022.55599.

Kluczowe jest szybkie zdiagnozowanie choroby, które jest warunkiem włączenia odpowiedniego leczenia przeciwwirusowego. Pozwoli to przenieść ciężar leczenia ze szpitali do podstawowej opieki zdrowotnej i domów. Niestety, w Polsce bagatelizuje się wykonywanie testów, a Polacy nie mają potrzeby testowania się nawet testami z apteki. Samo testowanie może odciążać znacząco system ochrony zdrowia.

DR N. MED. JAKUB GIERCZYŃSKI, MBA

Wyzwaniem dla organizacji optymalnej ścieżki pacjenta jest bardzo krótkie okienko terapeutyczne – leczenie przeciwwirusowe musi zostać zastosowane jak najwcześniej.

Wzorcową ścieżką diagnostyczno-terapeutyczną pacjenta z COVID-19 została opracowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) i jest regularnie aktualizowana na stronie internetowej organizacji. Ma być narzędziem wspierającym pracowników ochrony zdrowia w wizualizacji aktualnych zaleceń klinicznych i terapeutycznych, które należy uwzględnić w planie opieki nad chorymi z COVID-19⁶⁵.

Lokalne ścieżki diagnostyczno-terapeutyczne powinny być oparte na wytycznych klinicznych towarzystw naukowych, które są opracowywane na podstawie wiarygodnych dowodów naukowych i powinny być przestrzegane przez interdyscyplinarne zespoły opieki w celu zapewnienia skutecznej i bezpiecznej opieki nad pacjentem.

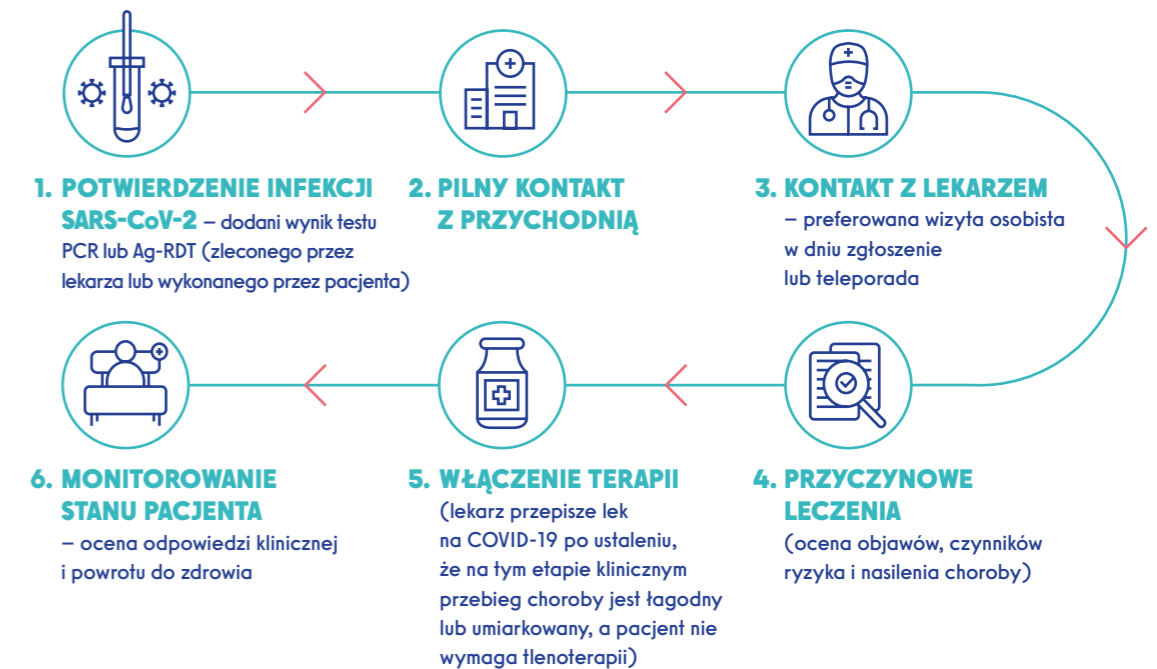
Według danych podanych przez Ministerstwo Zdrowia z 28 lipca 2023 roku:

- liczba wykonanych szczepień przeciwko COVID-19 w Polsce ogółem wyniosła 58 023 208, a liczba osób w pełni zaszczepionych – 22 648 826,
- jedną dawką zostało zaszczepionych 22 876 860 osób,
- dwiema dawkami – 19 759 941 osób,
- trzecią dawkę przyjęło 194 054. Dawka przypominająca została podana 15 192 353 osobom⁶⁶.

65 The COVID-19 Clinical Care Pathway was updated on 10 November 2022, WHO, <https://www.who.int/tools/COVID-19-clinical-care-pathway>, data dostępu: 28.07.2023.

66 Raport szczepień przeciwko COVID-19, Ministerstwo Zdrowia, <https://www.gov.pl/web/szczepimysie/raport-szczepien-przeciwko-COVID-19>, data dostępu: 28.07.2023.

RYCINA. Ścieżka diagnostyczno-terapeutyczna pacjenta z COVID-19 w Polsce



ŹRÓDŁO: Ścieżka diagnostyczno-terapeutyczna pacjenta z COVID-19. Raport Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej 2022.

Według raportu European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) na dzień 16 czerwca 2023 roku szczepienie jedną dawką wykonało **60,8% populacji Polski vs. 75,6% populacji państw członkowskich Unii Europejskiej (UE) i państw członkowskich Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu (EFTA)**.

- Pełny schemat szczepienia wykonało 60% populacji Polski vs. 73,1% populacji EU/EFTA.
- Pierwsza dawka szczepienia przypominającego (ang. first booster) została wykonana u 33,1% populacji Polski vs. 54,8% populacji EU/EFTA.
- Szczepienie przypominające drugą dawką szczepionki (ang. second booster) wykonało 7,7% populacji Polski vs. 14,3% populacji EU/EFTA.
- Szczepienie przypominające trzecią dawką szczepionki (ang. third booster) przyjęło 1,9% populacji EU/EFTA – danych dla Polski brak⁶⁷.

Obecnie w Unii Europejskiej jest zarejestrowanych w leczeniu COVID-19 osiem leków⁶⁸. Leki nie stanowią alternatywy dla szczepień, lecz ich uzupełnienie. Obecnie to szczepienia są nadal najważniejszym narzędziem przeciwdziałania COVID-19. W części krajów Unii Europejskiej leczenie przeciw COVID-19 polega na leczeniu ambulatoryjnym lekami dostępnymi na receptę i refundowanymi publicznie.

67 European Centre for Disease Prevention and Control, <https://vaccinetracker.ecdc.europa.eu/public/extensions/COVID-19-vaccine-tracker.html#uptake-tab>, data dostępu: 28.07.2023.

68 COVID-19 medicines, EMA, <https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/overview/public-health-threats/coronavirus-disease-COVID-19/COVID-19-medicines#authorised-COVID-19-treatments-section>, data dostępu: 28.07.2023.

PACJENT Z COVID-19 W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA



PROF. DR HAB. MARCIN CZECH

Globalna strategia podejścia do COVID-19 się zmieniła. WHO zaczyna traktować tę chorobę jako jedną z chorób zakaźnych takich jak np. grypa.

Również Unia Europejska (UE) złagodziła silną kontrolę pandemii, co miało w przeszłości olbrzymie konsekwencje społeczne, ekonomiczne, gospodarcze, medyczne, kliniczne i demograficzne. Dziś Europa jest znowu otwarta: nie ma granic, gdzie sprawdzane byłyby testy, powrócił swobodny przepływ ludzi, nie istnieją jakiegokolwiek obostrzenia pandemiczne. W Polsce nie ma obowiązku noszenia maseczek.

Ale koronawirus nie zapomniał o nas, nadal jest. Tyle tylko, że mamy duży procent zaszczepionej populacji i olbrzymią liczbę osób, które przechorowały zakażenie SARS-CoV-2, co przekłada się na stosunkowo dużą odporność.

W związku z tym UE w coraz mniejszym stopniu wymaga od swoich członków ostrego nadzoru.

Obiektywną ocenę obecnej sytuacji epidemiologicznej utrudnia fakt, że UE praktycznie nie monitoruje zachorowań ani czynników etiologicznych (wariantów wirusa), które powodują zachorowania. Mamy niski poziom testowania pacjentów z objawami, co daje dużą niejasność odnośnie do szacunków liczby zakażeń SARS-CoV-2. W Polsce mamy dostępną pełną diagnostykę, ale rzadko ją stosujemy, dlatego nie wiemy, czy mamy do czynienia z koronawirusem, grypą, coraz powszechniejszym wirusem RSV czy pneumokokami jako czynnikami etiologicznymi.

To utrudnia monitorowanie różnych podtypów koronawirusa w poszczególnych krajach. Niektóre kraje raportują testy pozytywne, niektóre tylko przyjęcia

do szpitala, a inne wyłącznie zgony spowodowane COVID-19. Zmniejszenie liczby testów PCR i stosunkowo niski poziom transmisji w okresie letnim doprowadziły do ograniczenia ilości sekwencjonowania przez Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC).

Z drugiej strony europejskie dokumenty np. ECDC zachęcają do wykorzystania danych reprezentatywnych z badań nadzoru populacyjnego (podstawowej czy wtórnej ochrony zdrowia) w celu monitorowania przenoszenia ciężkich zachorowań.

Choć badania wskazują, że liczba zakażeń jest wciąż duża, to obecny przebieg COVID-19 jest bardziej łagodny niż wcześniej.

Niemniej należy się spodziewać (jak co roku) wzrostu zachorowań w okresie jesienno-zimowym.

Systemowo nadal powinniśmy traktować COVID-19 jako niebezpieczną, sezonową chorobę zakaźną, która będzie do nas wracała z szybko mutującym wirusem, a więc w innych wersjach. Będzie to stawiać wyzwania zdrowotne, zwłaszcza jeśli zakażenia będą masowe, a ich przebiegi ciężkie.

Truizmem jest mówić, że najlepszą metodą jest profilaktyka, czyli szczepienia ochronne obejmujące populację osób dorosłych i dzieci. Wszyscy powinni być zaszczepieni przeciwko COVID-19 na wzór szczepień przeciwko grypie sezonowej, która w zeszłym roku zebrała większe żniwo niż w czasie pandemii (kiedy to masowo stosowaliśmy środki ochrony indywidualnej).

Prewencję pierwotną obu chorób można zrealizować w jednym szczepieniu – obie szczepionki można podać razem.

W ślad za akcją szczepień powinna iść kampania informacyjna skierowana do społeczeństwa, że koronawirus może powodować obciążenie zdrowotne, szczególnie u osób z elementami ryzyka.

Doczekaliśmy się też działających przyczynowo leków. Są one dostępne zarówno w leczeniu szpitalnym, jak i (głównie w wymiarze rynkowym) w przychodniach POZ (po potwierdzeniu czynnika etiologicznego). Istotne jest, by podać je szybko.

W momencie wzrostu zachorowań powinny dobrze działać placówki POZ, ewentualnie pomoc specjalistyczna, a w razie powikłań – szpitale. Nie będzie najprawdopodobniej już potrzebna alokacja specjalnych łóżek covidowych. Można je zabezpieczyć w ramach opieki specjalistycznej czy szpitalnej na oddziałach internistycznych lub zakaźnych (gdy wystąpią powikłania).

W systemie ochrony zdrowia wszystko jest spięte systemem informatycznym – możemy odtworzyć to, co działało przy poprzednich szczepieniach przeciwko COVID-19, czyli elektroniczny system zapisywania się na szczepienia, szczepienia w aptekach, które można łączyć ze szczepieniami przeciwko grypie. Jeśli te przeciwko grypie połączy się w jeden system informatyczny, będzie wiadomo, kto jest zaszczepiony.

Mamy w Polsce rezerwy szczepionek, a skuteczność szczepionek przeciw nowym wariantom ocenia EMA.



COVID-19 to jedna z najlepiej poznanych chorób, do których umiemy podchodzić systemowo. Ważne, by pacjenci chcieli się szczepić, do czego powinny zachęcać skuteczne, celowane w różne grupy społeczne kampanie.

Osoby, które zachorują, będą najczęściej przechodzić chorobę bezobjawowo lub skąpoobjawowo. Niektórym zdarzą się komplikacje w postaci zapalenia płuc, oskrzeli, mięśnia sercowego.

Wtedy trzeba wdrożyć wsparcie na etapie POZ czy rehabilitacji, a w wypadkach duszności czy spadku poziomu tlenu – hospitalizację w ramach intensywnej opieki.

Mamy coraz doskonalsze i tańsze testy, warto z nich korzystać. Istotne byłoby stworzenie przez instytucje zdrowia publicznego listy najlepszych, tych, którym można zaufać.

Wielochorobowa diagnostyka przyspiesza skuteczne działanie: gdy wiadomo, jaka to jednostka chorobowa, to leczymy w sposób celowany albo kontrolujemy objawy.

COVID-19 to nadal sfera dużej niepewności – nie wiemy, jaki będzie przebieg pandemii, w jakim kierunku będzie mutował wirus, jak szybko się będzie rozprzestrzeniał i jak migrował ani skąd trafi, jak jest zjadliwy, jak skutecznie szczepionki będą na niego działały.

Możemy natomiast przestrzegać elementarnych zasad profilaktyki.

- Gdy jesteśmy chorzy, nie idziemy do pracy ani nie wysyłamy dziecka do szkoły. Nie zarażamy innych.
- Gdy musimy przebywać w zbiorowiskach ludzkich, zakładamy maseczkę, by chronić otoczenie.
- Nie zbliżamy się, gdy kaszлемy czy kichamy. Nie stajemy w kolejce do kasy czy w autobusie blisko innych – zachowujemy dystans.
- Myjemy i dezynfekujemy ręce.

PACJENT Z COVID-19 W POLSCE Z PERSPEKTYWY PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ



DR N. MED. MICHAŁ SUTKOWSKI

Wzorcem postępowania z pacjentem zakażonym koronawirusem SARS-CoV-2 dla lekarza POZ jest „Stanowisko konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny rodzinnej z dnia 22.12.2021 roku dotyczące postępowania z pacjentami zakażonymi SARS-CoV-2 w trakcie izolacji w warunkach domowych”⁶⁹.

Ze względu na podobieństwo objawów klinicznych infekcji dróg oddechowych wywołanych przez wirusy nie jest możliwe zidentyfikowanie czynnika etiologicznego wyłącznie na podstawie badania podmiotowego i przedmiotowego pacjenta. W ustaleniu etiologii infekcji pomocne mogą być przesłanki epidemiologiczne (np. kontakt z osobą z potwierdzonym zakażeniem). Testowanie pozwala na dokładniejszą diagnozę, a co za tym idzie – trafniejszy dobór leczenia (np. decyzja o włączeniu leczenia przeciwwirusowego w przypadku rozpoznania grypy, uniknięcie stosowania niepotrzebnej antybiotykoterapii). Zidentyfikowanie czynnika wywołującego infekcję ułatwia podejmowanie decyzji o zastosowaniu profilaktyki u osób z otoczenia chorego, które są narażone na ciężki przebieg i powikłania (fragment stanowiska)

⁶⁹ Stanowisko konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny rodzinnej z dnia 22.12.2021 dotyczące postępowania z pacjentami zakażonymi SARS-CoV-2 w trakcie izolacji w warunkach domowych, https://ptmr.info.pl/wp-content/uploads/2021/12/Stanowisko_KK_med_rodz_ws_COVID-19_pozaszpitalnie.pdf.

COVID-19, choroba spowodowana infekcją wirusem SARS-CoV-2, obecnie w większości przypadków przebiega w sposób łagodny, niewymagający hospitalizacji. Pacjent przebywający w izolacji domowej wymaga stałego monitorowania stanu zdrowia z uwagi na charakter choroby, w której trakcie może dojść do gwałtownego pogorszenia, a także do stopniowo narastającej niewydolności oddechowej będącej bezwzględny wskazaniem do hospitalizacji. Każde podejrzenie COVID-19 powinno skutkować skierowaniem pacjenta na test (antygenowy lub PCR).

Gdy wynik jest pozytywny – należy ustalić miejsce leczenia: dom lub szpital (ew. izolatorium). Saturacja <94% (w POChP <88%) jest wskazaniem do hospitalizacji, inne wskazania należy ocenić indywidualnie. Obecnie w leczeniu pozaszpitalnym stosuje się kortykosteroidy, leki przeciwgorączkowe/przeciwzapalne, leki przeciwkaszlowe, leczenie nefarmakologiczne: nawodnienie, gimnastykę oddechową, wypoczynek. W niektórych jednak sytuacjach klinicznych zasadna byłaby także możliwość stosowania przeciwwirusowego leczenia.

W leczeniu COVID-19 należy zwrócić uwagę na – o ile to możliwe – **nieprzerywanie terapii chorób przewlekłych**. Pacjent chory przewlekle, obciążony czynnikami ryzyka, powinien być jeszcze dokładniej monitorowany. Nie zaleca się sterydów systemowych i tlenoterapii domowej – poza wskazaniami w innych schorzeniach niż COVID-19. Nie zaleca się antybiotyków, jeśli nie stwierdza się nadkażenia bakteryjnego. Każdy pacjent podczas izolacji domowej powinien mieć udzielone co najmniej dwie porady (teleporady lub – jeśli stan zdrowia pacjenta tego wymaga – wizyty osobiste w gabinecie lub domowe).

Lekarze i pielęgniarki powinni informować pacjentów o programie Domowej Opieki Medycznej⁷⁰, który pozwala na ciągle monitorowanie stanu zdrowia, w tym saturacji, oraz zachęcać chorych do włączenia się do tego programu. **Jako lekarze bardzo się cieszymy z faktu, że pojawiają się skuteczne leki przeciwwirusowe w COVID-19, jednocześnie ubolewamy nad brakiem ich praktycznego zastosowania ze względu na ograniczony dostęp.** W opinii lekarzy medycyny rodzinnej ukierunkowane leki przeciwwirusowe COVID-19 powinny być refundowane, przede wszystkim dla osób z grup ryzyka – starszych, chorych przewlekle – ponieważ dla tych osób są to leki ratujące życie.

Ścieżka diagnostyczno-terapeutyczna pacjenta z COVID-19 wygląda w Polsce różnie, niestety niekiedy jest drogą prowadzącą do zgonu chorego. Dzieje się tak z różnych powodów, które są zarówno po stronie pacjenta, jak i systemu ochrony zdrowia.

⁷⁰ <https://www.gov.pl/web/szczepimysie/program-domowa-opieka-medyczna>.

Rolą państwa powinno być usprawnienie tej drogi i dostarczenie pacjentowi wszystkich możliwości diagnostyczno-terapeutycznych, począwszy od szczepień, poprzez diagnostykę, aż po leczenie przeciwwirusowe i – o czym także musimy pamiętać – leczenie długofalowych konsekwencji choroby COVID-19.

DR N. MED. MICHAŁ SUTKOWSKI

Szczepienia nadal powinny być podstawowym środkiem zaradczym przeciwko COVID-19, dlatego wciąż są konieczne działania edukacyjne skierowane zarówno do pacjentów, jak i środowiska medycznego. **Droga pacjenta powinna być oparta na odpowiedzialności chorego, jego rodziny, każdego lekarza i pracownika medycznego. Ścieżka pacjenta powinna rozpoczynać się od telefonu do lekarza rodzinnego.** Czasem wystarczy teleporada, ale bardzo często u chorych z towarzyszącymi chorobami przewlekłymi teleporada to za mało. Trzeba do tego chorego dotrzeć, trzeba tego chorego zaprosić do przychodni, wtedy też trzeba mieć odpowiednie narzędzia do zarządzania tą chorobą w warunkach domowych.

Pomimo ogłoszenia końca pandemii nie możemy bagatelizować choroby, która dla wielu pacjentów, szczególnie z grup ryzyka, nadal może być chorobą śmiertelną. Dlatego też liczę, że COVID-19 jak i inne choroby zakaźne – grypa, pneumokoki, RSV – staną się priorytetem polityki zdrowotnej i wkrótce doczekamy się strategicznych działań wobec POZ, AOS i lecznictwa szpitalnego w realizacji ścieżki pacjenta z COVID-19 na najbliższe lata.

PACJENT Z COVID-19 W POLSCE Z PERSPEKTYWY OPIEKI SPECJALISTYCZNEJ



PROF. DR HAB. MED. KRZYSZTOF J. FILIPIAK

Choroby zakaźne i wywołane przez nie pandemie są niewątpliwie klęskami zdrowotnymi, które powodują ogromną liczbę zgonów i znacząco wpływają na dobrostan zdrowotny społeczeństw. Współcześnie doświadczyliśmy pandemii, która bez wątpienia była jednym z najważniejszych kryzysów, pierwszym na taką skalę od stu lat. Szczęśliwie medycyna dość szybko uporała się z wyzwaniem – bardzo szybko zostały opracowane miarodajne testy diagnostyczne, w ciągu roku pojawiły się pierwsze szczepionki przeciw SARS-CoV-2, a następnie skuteczne leki przeciwwirusowe. Nie bez znaczenia był także fakt, że wirus SARS-CoV-2 przy ogromnej zakaźności, kilkudniowym okresie inkubacji umożliwiającym szybkie rozprzestrzenianie się po świecie okazał się wirusem o relatywnie małej śmiertelności 1-2%. Warto zatem sobie uświadomić, jak ważne jest doświadczenie, które zdobyliśmy, w kontekście przygotowania do tego typu zdarzeń w przyszłości. Jak ważne okazały się wprowadzone szczepionki w technologii mRNA, które umożliwią nam potencjalne rozwiązania podobnych sytuacji kryzysowych w przyszłości. Jak ważne są nowe leki przeciwwirusowe, które potencjalnie mogą być przydatne w przypadku innych koronawirusów. W przypadku COVID-19 mieliśmy zatem bardzo szybko skuteczne narzędzia do zatrzymania pandemii, dzięki czemu liczba zgonów nie była aż tak wysoka, jak mogłaby być.

Należy jednak skonstatować, że pomimo doświadczenia pandemii obecnie ochrona przed chorobami zakaźnymi nadal nie jest traktowana priorytetowo jako

jedno z podstawowych zadań państwa ani nie znajduje odzwierciedlenia w polityce zdrowotnej. Polska, jako jeden z nielicznych krajów, nie dysponuje żadnym dokumentem strategicznym dotyczącym szczepień dla osób dorosłych, swego rodzaju „kalendarzem szczepień dla dorosłych”. Jesteśmy społeczeństwem o bardzo niskiej świadomości dotyczącej tej formy profilaktyki. Jesteśmy bardzo podatni na hasła tzw. ruchów antyszczepionkowych, których siła oddziaływania w Europie rośnie według zasady, im bardziej na wschód, tym większa nieufność do szczepień.

5 maja 2023 roku WHO ogłosiła zakończenie stanu zagrożenia zdrowia publicznego o zasięgu międzynarodowym. Musimy zdawać sobie jednak sprawę, że choroba z nami pozostanie, nadal będzie stanowić poważny problem zdrowotny i obciążenie dla systemów zdrowia. ECDC (Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób) prognozuje, że co dwa, trzy miesiące będziemy mieć wzrosty zachorowań na COVID-19. W przyszłości prawdopodobnie będzie podobnie jak z grypą – będą zachorowania z większą lub mniejszą intensywnością, ale wirus cały czas mutuje, a to może zmienić bieg wydarzeń. Co więcej, część ekspertów wskazuje, że jak na razie wirus SARS-CoV-2 nie charakteryzuje się typową sezonowością jak grypa.

Zanim więc odwołamy pandemię w Polsce, przygotujmy system ochrony zdrowia do zarządzania chorobą, którą pandemia zostawiła nam w spadku – chorobą, która dla wielu pacjentów, zwłaszcza tych starszych i obciążonych chorobami przewlekłymi, nadal będzie śmiertelna i która nadal będzie generowała ogromne koszty z powodu związanych z nią hospitalizacji. Co prawda, od jakiegoś czasu kolejne kraje znoszą ograniczenia pandemiczne, ale warto się przyjrzeć, czy są to kraje, w których jest porównywalny poziom wyszczepienia społeczeństwa do wyszczepienia w Polsce (a z reguły jest o wiele wyższy), czy dostępne są tam leki przeciwwirusowe działające na SARS-CoV-2 (a z reguły są i są odpowiednio refundowane dla grup ryzyka) i czy osoby z grup ryzyka – seniorzy i chorzy przewlekle – otoczeni są tam odpowiednią opieką zdrowotną (należy porównać poziom opieki geriatrycznej w Polsce i pozostałych krajach Unii Europejskiej).

Niestety, może dojść do sytuacji, że pomimo ogłoszenia przez WHO zakończenia globalnego zagrożenia związanego z pandemią COVID-19 nadal będziemy obserwować endemię, czyli lokalne ogniska wygasłej pandemii, zwłaszcza w niektórych krajach, np. w tych mniej wszczepionych, ze słabą dostępnością leków przeciwwirusowych i słabym poziomem organizacji ochrony zdrowia. Polska, niestety, jak na razie idealnie pasuje do takiego profilu krajów, dlatego szczególnie istotna jest w naszym kraju edukacja na temat szczepień przeciw COVID-19, w tym dawek przypominających, a także strategii leczenia choroby wywołanej przez wirusa SARS-CoV-2.

W trakcie ostatniej fali zakażeń, którą mieliśmy wiosną b.r., Polska była w pierwszej dziesiątce państw z najwyższą liczbą zakażeń, gorsza sytuacja była jedynie w Rosji, Stanach Zjednoczonych i Japonii. Nie znamy także faktycznej liczby osób, które nadal umierają z powodu COVID-19, bo oficjalne raporty uwzględniają tylko część rzeczywistej skali zachorowań (nie wszystkie są diagnozowane i zgłaszane).



Należy również pamiętać, iż śmiertelność całkowita z powodu COVID-19 obejmuje zgony występujące nie tylko w bezpośredniej konsekwencji zakażenia, ale również spowodowane odległymi skutkami, np. incydentami sercowo-naczyniowymi.

O ile się wydaje, że nasze społeczeństwo zapomniało już o COVID-19 pomimo bezprecedensowej nadwyżki 250 000 zgonów w okresie pandemii, o tyle my, lekarze, nadal spotykamy tych pacjentów w gabinetach. Wirus – co już dziś doskonale wiemy – uszkadza serce i układ krążenia, wzmacnia ryzyko powikłań zakrzepowo-zatorowych, prowadzi do zaburzeń rytmu serca, napadów migotania przedsionków, przetrwałej tachykardii, zaostrzenia niewydolności serca, konieczności optymalizacji kontroli ciśnienia tętniczego. Mamy pacjentów ze zwłóknieniami płuc po COVID-19, obserwujemy także przypadki long COVID, w których pacjenci nawet pół roku po przejściu zakażenia czują się senni, zmęczeni, mają niespecyficzne objawy krążeniowo-płucne, neurologiczne, zaburzenia pamięci, utratę smaku i nie mogą wrócić do kondycji sprzed choroby.

Mówimy tutaj o pacjentach zdrowych, a przecież ogromną grupę chorych stanowią pacjenci wysokiego ryzyka, tj. osoby starsze i chore przewlekle – pacjenci z cukrzycą, przewlekłą chorobą nerek, niewydolnością serca, przewlekłą obturacyjną chorobą płuc, osoby z chorobą nowotworową, zaburzeniami odporności, u których konsekwencje zdrowotne przejścia przez COVID-19 będą jeszcze bardziej dotkliwe. Wielu z nich dozna poważnych, nie zawsze odwracalnych powikłań, a wielu nie przeżyje takiej choroby.

Wśród tych pacjentów istotną grupą są pacjenci kardiologiczni, tj. pacjenci podwyższonego ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, dla których szczególnie istotne jest objęcie ich kompleksową opieką i opracowanie szybkiej ścieżki leczenia. Z pewnością nadal konieczne będzie regularne szczepienie przeciwko COVID-19, które ma w tej grupie na celu nie tylko ochronę przed ciężkim przebiegiem choroby koronawirusowej, ale także zapobieganie zgonom, zawałom serca i udarom mózgu jako konsekwencjom zakażenia wirusem SARS-CoV-2.

Same szczepienia jednak nie wystarczą. Profilaktyka COVID-19 nie może się ograniczać wyłącznie do szczepień. Szczepienia stanowią jeden aspekt, ale aktywne leczenie przeciwwirusowe również odgrywa istotną rolę w grupach podwyższonego ryzyka. Stosowanie terapii przeciwwirusowej w przypadku zakażenia wirusem SARS-CoV-2 może zmniejszyć ryzyko wystąpienia incydentów sercowo-naczyniowych, zawałów serca, udarów mózgu i hospitalizacji w tej grupie pacjentów.

REKOMENDACJE EUROPEJSKICH ORGANIZACJI PACJENTÓW W ZAKRESIE NIEZASPOKOJONYCH POTRZEB CHORYCH NA COVID-19 Z GRUP WYSOKIEGO RYZYKA



IGOR GRZESIAK

Pandemia COVID-19 oprócz tego, że przyniosła niewyobrażalną liczbę zachorowań i zgonów, obnażyła także kruchość europejskich systemów opieki zdrowotnej i uwidoczniła konsekwencje braku odpowiednich inwestycji w dziedzinie zdrowia publicznego oraz niedostateczną gotowość państw do skutecznego reagowania na tego typu zagrożenia.

Słabość systemów ochrony zdrowia została uwidoczniła przez nadzwyczajne obciążenie personelu medycznego, braki w zasobach medycznych i sprzęcie ochronnym, a także problemy z zapewnieniem wystarczającej liczby łóżek szpitalnych i respiratorów dla pacjentów wymagających intensywnej opieki.

Ponadto pandemia wyeksponowała luki w komunikacji między różnymi sektorami opieki zdrowotnej, niewystarczającą koordynację działań oraz niedostateczne zaplecze laboratoryjne do skutecznego przeprowadzania testów diagnostycznych.

Niewystarczające okazały się inwestycje w zdrowie publiczne, obejmujące prewencję, badania laboratoryjne, zdolność do szybkiego reagowania i zarządzanie kryzysowe. Z kolei niedostateczne zasoby finansowe oraz brak priorytetowego traktowania dziedziny zdrowia publicznego w polityce państwowej także znacząco przyczyniły się do ograniczenia możliwości odpowiedniego reagowania na pandemię.

Kryzys wywołany wirusem SARS-CoV-2 postawił nas bowiem w obliczu bezprecedensowego globalnego zagrożenia dla zdrowia, które przestało być już tylko kwestią zdrowotną, ale stało się także kwestią ekonomiczną i polityczną.

IGOR GRZESIAK

Z perspektywy czasu możemy ocenić wiele rozwiązań i wyciągnąć wnioski na przyszłość, aby na bazie tych doświadczeń nie tylko przygotować systemy ochrony zdrowia do zarządzania „nową” chorobą koronawirusową COVID-19, ale także przygotować się na kolejne pandemie chorób zakaźnych.

W tym celu w lutym 2023 roku europejskie organizacje pacjentów działające w ramach koalicji przy Active Citizen Network opracowały rekomendacje dotyczące niezaspokojonych potrzeb chorych na COVID-19 z grup wysokiego ryzyka, takich jak chorzy onkologiczni, diabetologiczni, kardiologiczni. Uznano za **konieczne określenie aktualnych wyzwań i wskazanie barier związanych z COVID-19 dla grup wysokiego ryzyka oraz utworzenie drogi do poprawy ścieżek opieki nad pacjentem zakażonym COVID-19.**

Jednym z kluczowych punktów dyskusji była analiza ścieżki pacjentów z COVID-19. Po przedstawieniu ogólnej struktury tej ścieżki, obejmującej wczesne objawy, diagnozę, testowanie, leczenie i monitorowanie, uczestnicy dyskutowali o lokalnie wciąż występujących problemach oraz przedstawili konkretne działania mające na celu ich rozwiązanie.

Wyniki dyskusji wykazały **powszechny brak świadomości zarówno wśród pacjentów, jak i pracowników ochrony zdrowia w zakresie jasnych wytycznych dotyczących postępowania w przypadku podejrzenia choroby**, które zapewniałyby terminową diagnozę, dostępność leczenia przeciwwirusowego oraz wykorzystanie e-zdrowia w celu optymalizacji monitorowania pacjentów i obserwacji choroby.

W odniesieniu do środków zapobiegawczych i wykrywania uczestnicy uznali zalety utrzymania takich działań, jak dystans społeczny, szczepienia oraz noszenie masek, szczególnie w przypadku pacjentów z obniżoną odpornością. **Wzywano również do zniesienia odpłatności za testy na COVID-19, zwłaszcza w grupach wysokiego ryzyka.**

W kontekście leczenia zauważono, że **dostępność leków przeciwwirusowych w Europie jest niewystarczająca. Przedstawiciele pacjentów nawoływali do zwiększenia liczby terapii oraz punktów dostępu do nich.** W tym celu, według organizacji pacjentów, farmaceuci powinni odgrywać większą rolę w zapewnianiu dostępu do szczepień.

Zebrane wnioski w większości się pokrywają z rekomendacjami, które zostały przedstawione w ostatnim rozdziale tego dokumentu, a także w pierwszej edycji tego raportu, tj. „Ścieżce diagnostyczno-terapeutycznej pacjenta z COVID-19”⁷¹. Celem zebrania tego typu wniosków i rekomendacji przez ekspertów i organizacje pacjentów jest wsparcie decydentów w działaniach na rzecz zapewnienia optymalnej opieki najbardziej potrzebującym grupom, tj. osobom starszym oraz osobom z chorobami przewlekłymi, a także wskazanie na potrzebę promowania lepszej edukacji wśród pracowników ochrony zdrowia i wzmocnienie potrzeby dalszego budowania gotowości krajowego systemu opieki zdrowotnej w odniesieniu do choroby COVID-19.

Pomimo najnowszych decyzji WHO dotyczących zniesienia globalnych restrykcji związanych z COVID-19 wirus wciąż stanowi poważne zagrożenie dla zdrowia publicznego i trzeba wyraźnie podkreślać, że choroba nadal istnieje i pozostaje śmiertelna, zwłaszcza dla pacjentów, którzy są w grupie podwyższonego ryzyka, ponieważ towarzyszą im choroby przewlekłe, oddechowe, sercowo-naczyniowe, onkologiczne lub inne.

IGOR GRZESIAK

Tym bardziej że mimo ogromnego wysiłku włożonego w opracowanie szczepionek i leków przeciwwirusowych ich wdrażanie i dostępność nadal pozostają wyzwaniem w wielu krajach europejskich, co utrudnia skuteczne zwalczanie wirusa i jego groźnych dla zdrowia i życia konsekwencji.

71 Ścieżka diagnostyczno-terapeutyczna pacjenta z COVID-19. Raport Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej 2022.

KOMENTARZE ORGANIZACJI PACJENTÓW W ZAKRESIE NIEZASPOKOJONYCH POTRZEB CHORYCH NA COVID-19 Z GRUP WYSOKIEGO RYZYKA



KRYSTYNA WECHMANN, PREZES POLSKIEJ KOALICJI PACJENTÓW ONKOLOGICZNYCH, PREZES FEDERACJI STOWARZYSZEŃ AMAZONKI, CZŁONKINI RADY DS. OCHRONY ZDROWIA PRZY PREZYDENCIE RP.

Żyjąc od wielu lat z chorobą nowotworową i stojąc na czele największej organizacji pacjentów onkologicznych, jestem szczególnie uwrażliwiona na zagrożenia, jakie w nasza, i tak daleką od stabilizacji, codzienność wprowadziło pojawienie się COVID-19.

Rok 2021 był w Polsce najgorszym czasem, jeśli chodzi o statystyki zgonów, na co, w opinii ekspertów, ogromny wpływ miał poziom obciążenia naszego społeczeństwa niezakaźnymi chorobami przewlekłymi, który w Polsce od wielu lat jest wyższy niż w innych krajach Unii Europejskiej.

Świadoma faktu, iż ja i moi podopieczni stanowimy grupę wysokiego ryzyka ciężkiego przebiegu infekcji ze wszelkimi owego stanu konsekwencjami, podpisuję się pod apelem ekspertów o:

- intensyfikację działań edukacyjnych adresowanych do wszystkich grup wiekowych naszego społeczeństwa. Ze swej strony mocno akcentuję konieczność

- dotarcia z przekazem czytelnym także dla obywateli innych krajów, którzy znaleźli w Polsce swój nowy lub tymczasowy dom,
- łatwy dostęp do skutecznej profilaktyki wspierany systematycznym informowaniem o znaczeniu i bezpieczeństwie szczepionek,
- łatwy dostęp do diagnostyki dla wszystkich, co w konsekwencji będzie chronić grupy ryzyka, dla których testy powinny być bezpłatne. Istnieje konieczność dalszego propagowania znaczenia testów oraz zapewnienia właściwie przygotowanego zaplecza laboratoryjnego,
- decyzje systemowe gwarantujące dostęp osobom z grup wysokiego ryzyka do terapii przeciwwirusowych o udowodnionej skuteczności, uwzględniające fakt, że tylko szybka interwencja terapeutyczna jest efektywna,
- stworzenie sprawnie działającego systemu monitorowania stanu chorych po przebyciu COVID-19, szczególnie seniorów i osób cierpiących na choroby przewlekłe,
- zapewnienie wystarczającej liczby miejsc i kadr prowadzących rehabilitację po-covidową dla wszystkich, którym pomoże ona w powrocie do pełni sił i zdrowia,
- stałą edukację środowiska medycznego na temat wyzwań zakaźniczych,
- wzmacnianie w przestrzeni publicznej zaufania do przedstawicieli zawodów medycznych i ich rekomendacji odnoszących się do naszego bezpieczeństwa zdrowotnego.

Wysoko ceniąc osiągnięcia telemedycyny i jej znaczenie w pandemii, apeluję jednocześnie o to, by w przypadku podejrzenia choroby nowotworowej priorytetem było osobiste spotkanie pacjenta z lekarzem.

Tragiczne doświadczenia pandemii stają się dla nas wszystkich lekcją współpracy ponad podziałami i granicami. Komisja Europejska koordynuje wspólną europejską reakcję na pandemię koronawirusa. Powstał tu zespół ds. szybkiego reagowania na COVID-19.

Powołano też Europejski Urząd ds. Gotowości i Reagowania na Stany Zagrożenia (HERA), który ma zapobiegać sytuacjom zagrożenia zdrowia, wykrywać je i sprawnie na nie reagować. Uważam, że tego typu współpraca jest szalenie istotna w procesie wychodzenia z popandemicznych zagrożeń i stałego ich monitorowania. W przypadku kolejnych pandemii jej rola będzie krytyczna w zapewnianiu krajom członkowskim dostępu do szczepionek i nowoczesnych terapii.

Wspólnym wyzwaniem na dziś stają się też przełamywanie szczepionkowego sceptycyzmu i przeciwdziałanie ruchom jawnie antyszczepionkowym w Europie.



DR PIOTR DĄBROWIECKI, PRZEWODNICZĄCY POLSKIEJ FEDERACJI STOWARZYSZEŃ CHORYCH NA ASTMĘ I CHOROBY ALERGICZNE I PRZEWLEKŁE OBTURACYJNE CHOROBY PŁUC

Z perspektywy pacjentów przewlekle chorych na choroby układu oddechowego raport stanowi cenne uzupełnienie stanowiska z 12 listopada 2022 roku „Choroby zakaźne układu oddechowego – wyzwania i rekomendacje na przyszłość”. Obecny raport, pisany już z perspektywy zakończenia pandemii COVID-19, jeszcze bardziej skłania do refleksji, a jednocześnie obfituje w konkretne zalecenia, które po wdrożeniu mają szansę odmienić sytuację wszystkich pacjentów, nie tylko chorych z przewlekłymi chorobami płuc. Edukacja na temat szczepień prowadzona przez media, a także aktywnie wspierana przez personel medyczny i organizacje pacjenckie może zmienić nastawienie do szczepień jako podstawowej metody zapobiegania chorobom infekcyjnym układu oddechowego.

Szczepienia przeciwko COVID-19 w bardzo istotny sposób zmniejszyły ryzyko ciężkiego przebiegu covidowego zapalenia płuc i ryzyko intensywnej terapii oraz zgonu chorych. Dodatkowo możliwość zastosowania nowoczesnego leczenia (głównie w grupie chorych zagrożonych ciężkim przebiegiem COVID-19) stwarza nadzieję na opanowanie groźnych powikłań skazujących chorych na ryzyko inwalidztwa oddechowego lub utratę życia. Wprawdzie tylko 10-20% chorych na zapalenie płuc wywołane zakażeniem SARS-CoV-2 wymaga leczenia w szpitalu, a około 5% na oddziale intensywnej opieki medycznej, ale ciężki przebieg zapalenia płuc i późne powikłania płucne obserwuje się u wielu chorych leczonych ambulatoryjnie.

To na etapie rozpoznania choroby (w pierwszych dniach infekcji) trafne postawienie diagnozy, możliwe m.in. dzięki bezpłatnemu dostępowi do testów, i optymalna terapia, możliwa dzięki dostępowi do terapii, mogą zagwarantować bezpieczeństwo chorym i dać nadzieję lekarzom na opanowanie problemu przed jego eskalacją.

AGNIESZKA WOŁCZENKO, PREZES OGÓLNOPOLSKIEGO STOWARZYSZENIA PACJENTÓW ZE SCHORZENIAMI SERCA I NACZYŃ ECOSERCE



Pandemia COVID-19 dobitnie pokazała, że Polska nie jest gotowa na walkę z żadną epidemią, zarówno w kontekście infrastrukturalnym, jak i organizacyjnym. Niektóre jednostki nie mając procedur na wypadek epidemii, nie podejmowały żadnych działań, w efekcie czego doszło do paraliżu ze szkodą dla pacjentów z COVID-19, z chorobami przewlekłymi, a także w nagłych wypadkach.

Pacjenci z chorobami przewlekłymi nie mieli szans się dostać do lekarza, nawet badanie EKG było niemożliwe do wykonania w placówkach świadczących usługi odpłatnie. Tak duża ostrożność bez uzyskania pewności co do szkodliwości COVID-19

doprowadziła do śmierci wielu pacjentów.

W mojej opinii konieczne jest ustanowienie procedur na wypadek podobnych zdarzeń w przyszłości, w tym możliwie szybkie ustanowienie sposobu dalszego działania oraz priorytetyzacja poszczególnych elementów ochrony zdrowia (aby placówki wiedziały, którymi chorymi zająć się w pierwszej kolejności).

Pandemia COVID-19 była testem, który uwydatnił pewne luki w systemie ochrony zdrowia i pokazał, że liczą się nie tylko infrastruktura i organizacja, ale również umiejętność zarządzania kryzysem. Wielu pacjentów z chorobami przewlekłymi miało poczucie, że są dla systemu ochrony zdrowia niewidzialni. I choć z jednej strony nie dziwi skupienie rządzących na walce z pandemią, to z drugiej zmusza do wyciągania wniosków i nauki z tej ważnej lekcji. A była to lekcja ważna, bo bolesna. COVID-19 pociągnął za sobą wiele ofiar, nie tylko bezpośrednio, ale przede wszystkim pośrednio. Ofiarą stała się każda osoba z innym schorzeniem, która nie otrzymała pomocy na czas, która dostała zawału, udaru i innych powikłań z powodu braku zainteresowania. Ofiarą stała się również każda osoba, która nie została dostatecznie poinformowana o przyjętym modelu zarządzania pandemią i o samym wirusie SARS-CoV-2, w wyniku czego sięgała po niesprawdzone, szkodliwe źródła informacji. Koszty pandemii, również niefinansowe, ponieśli przedsiębiorcy. Warto więc wyciągnąć wnioski i wdrożyć takie rozwiązania, które możliwie zminimalizują skutki podobnych sytuacji w przyszłości oraz zapobiegają chaosowi organizacyjnemu i komunikacyjnemu.

ANNA KUPIECKA, PREZES FUNDACJI ONKOCAFE – RAZEM LEPIEJ



Dla pacjentów onkologicznych pandemia COVID-19 okazała się bardzo dużym wyzwaniem i zagrożeniem. Przekształcenia oddziałów, odwoływanie planowanych zabiegów i jeszcze większe trudności związane z dostępem do specjalistów stanowiły ogromne wyzwanie dla naszych podopiecznych. Apelowaliśmy o stosowanie wszelkich dostępnych środków ochrony osobistej, prowadziliśmy działania edukacyjne i świadomościowe, ale przede wszystkim z ogromną nadzieją wyczekiwaliśmy na opracowanie i zapewnienie szczepionek. Dzięki postępowi nauki w rekordowo krótkim czasie udało się opracować skuteczne i bezpieczne szczepionki przeciwko COVID-19, a priorytetem naszej, a także wielu innych organizacji pacjentów, stało się dążenie do jak najszybszego udostępnienia tej formy profilaktyki pacjentom z grup ryzyka, w szczególności pacjentom onkologicznym. Dzięki skonsolidowanemu wysiłkowi naszej społeczności osoby chore na raka znalazły się wśród grup pacjentów o najwyższym stopniu wyszczepialności. To wspólny sukces całego środowiska pacjenckiego oraz dowód na sens i skuteczność konsekwentnych i mądrych działań edukacyjnych.

W połowie 2023 roku, kiedy sytuacja związana z COVID-19 na całym świecie

wyduje się opanowana, wirus przestał być tematem numer 1 w przestrzeni medialnej, zniesiono także niemal wszystkie obostrzenia. Mogłoby się wydawać, że potrzeba profilaktyki w tym zakresie została zaspokojona. Nic bardziej mylnego. Wirus nie przejmuje się doniesieniami medialnymi, rozporządzeniami ministrów czy komunikatami WHO. Wciąż jest obecny, wciąż mutuje i wciąż stanowi zagrożenie, zwłaszcza dla grup pacjentów z upośledzeniem odporności. Nawet nie stanowiąc bezpośredniego zagrożenia życia pacjenta, zakażenie wirusem SARS-CoV-2 może mieć wpływ na leczenie choroby podstawowej, np. w postaci niemożności przeprowadzenia określonych procedur medycznych. A w przypadku schorzeń onkologicznych czy hematologicznych czas ma szczególne znaczenie. Dlatego nie możemy spoczywać na laurach ani stracić czujności i nieustannie powinniśmy kontynuować edukację pacjentów, udostępniać im szczepienia ochronne i aktywnie do nich zachęcać, a także zapewniać szybki dostęp do wszelkich innych form profilaktyki mogących stanowić uzupełnienie szczepień.

DAGMARA SAMSELSKA, PREZES ZARZĄDU FUNDACJI ŁUSZCZYCY I ŁZS AMICUS



Łuszczycyca i łuszczycowe zapalenie stawów są chorobami ogólnoustrojowym, przewlekłymi, zapalnymi, a wśród osób zmagających się z nimi częściej niż w populacji ogólnej występują nadciśnienie tętnicze, miażdżyca, dyslipidemia, cukrzyca, a także depresja. Według raportu „British Journal of Dermatology” z 2021 roku osoby z łuszczycą mają o 36% zwiększone ryzyko infekcji i o 33% zwiększone ryzyko zgonu z powodu infekcji. Chorzy są również bardziej narażeni na choroby współistniejące, takie jak otyłość i nadciśnienie – stany, które zostały powiązane z ciężkimi infekcjami COVID-19. Obciążenie wielochorobowe i stosowanie ogólnoustrojowych leków immunosupresyjnych u osób z łuszczycą mogą zwiększać ryzyko wystąpienia działań niepożądanych związanych z COVID-19.

Chorzy przewlekłe, szczególnie narażeni na ciężki przebieg COVID-19, powinni mieć dostęp zarówno do szczepień, jak i skutecznego leczenia przeciwwirusowego. Może to mieć istotny wpływ na stan zdrowia pacjenta, a co za tym idzie, także na koszt ewentualnej hospitalizacji czy późniejszego leczenia powikłań – w tym pogorszenia łuszczycy czy łuszczycowego zapalenia stawów.

Eksperci sygnalizują, że COVID-19 zostanie z nami na długo. Szczepienia ochronne oraz dostęp do leczenia przeciwwirusowego powinny być narzędziami, które pozwolą skutecznie kontrolować ryzyko znacznego pogorszenia stanu zdrowia pacjentów szczególnie obciążonych przez choroby przewlekłe.



VIOLETTA ZAJK, PREZES OGÓLNOPOLSKIEGO STOWARZYSZENIA MŁODYCH Z ZAPALNYMI CHOROBYMI TKANKI ŁĄCZNEJ „ZMAJMY SIĘ RAZEM”

Raport *Polski pacjent z chorobą COVID-19. Aktualna sytuacja i prognozy na przyszłość* jest opracowaniem syntetycznym i całościowym. Obejmuje m.in. takie kwestie, jak aktualna sytuacja epidemiologiczna, opis ścieżki diagnostyczno-epidemiologicznej pacjentów z COVID-19 i rekomendacje wysunięte przez europejskie organizacje pacjentów. Prócz tego zawiera również analizę pacjenta z COVID-19 z trzech kluczowych perspektyw, do których należą: perspektywa podstawowej opieki zdrowotnej, opieki specjalistycznej, a także perspektywa kliniczna. Najistotniejszym elementem raportu są, moim zdaniem, rekomendacje na przyszłość dla systemu ochrony zdrowia, które można potraktować jako zestaw praktycznych dyrektyw działania dla lekarzy, pracowników opieki zdrowotnej, a także organizacji pacjentów.

Należy zaznaczyć, że raport ukazuje się w dość trudnym czasie. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) podjęła decyzję o zniesieniu globalnych restrykcji związanych z COVID-19. Z kolei w Polsce obostrzenia te zostały anulowane 1 lipca 2023 roku. Prócz tego w przestrzeni społecznej coraz więcej ludzi zaczyna sceptycznie odnosić się do szczepień przeciwko COVID-19, choć wirus nadal istnieje i jak wszystkie inne wirusy może ewoluować, co może prowadzić do powstawania nowych wariantów, czego jaskrawym przykładem jest Eris. Głównym źródłem tego stanu rzeczy jest brak zaufania ludzi do władz, lekarzy, firm farmaceutycznych oraz mediów. Nie da się ukryć, że po wybuchu wojny w Ukrainie, do czego doszło w wyniku rosyjskiej inwazji, problematyka związana z COVID-19 w zasadzie zniknęła z przestrzeni informacyjnej. Niechęć do szczepień jest tłumaczona również ich niską skutecznością, wolnością wyboru, błędnym przekonaniem, że SARS-CoV-2 nie istnieje, lub tym, że COVID-19 doprowadził do marginalizacji innych chorób.

Bez wątpienia SARS-CoV-2 w dalszym ciągu stanowi ogromne zagrożenie dla zdrowia publicznego, a przede wszystkim dla pacjentów chorych na schorzenia przewlekłe, oddechowe, sercowo-naczyniowe czy onkologiczne. Jak słusznie wskazano w raporcie, „istnieje obawa o zaprzestanie działań mających na celu utrzymanie postrzegania realnych zagrożeń związanych z COVID-19, co może się przyczynić do ich lekceważenia, groźnego zwłaszcza w przypadku populacji wysokiego ryzyka”⁷². Stąd też tak ważne jest nieustanne podnoszenie w tej w kwestii świadomości społecznej na podstawie zweryfikowanej wiedzy naukowej. Ważne jest również zwiększenie zaufania do lekarzy i firm farmaceutycznych, co z kolei się wiąże z koniecznością systematycznego podnoszenia kwalifikacji pracowników ochrony zdrowia.

⁷² Polski pacjent z chorobą COVID-19. Aktualna sytuacja i prognozy na przyszłość, red. J. Gierczyński, A. Nowak, Warszawa 2023, s. 36.

PACJENT Z COVID-19 W POLSCE – REKOMENDACJE I ZADANIA NA PRZYSZŁOŚĆ



PROF. DR HAB. AGNIESZKA SZUSTER-CIEŚIELSKA

Obecnie sytuacja epidemiczna na świecie związana z COVID-19 wykazuje pewną stabilizację, jednak statystyki różnią się między poszczególnymi państwami. W niektórych krajach, takich jak Francja, Irlandia czy Grecja, liczba zakażeń i zgonów wzrasta, podczas gdy w innych, na przykład na Łotwie, obserwuje się spadek. W Polsce sytuacja jest w miarę stabilna, choć nadal musimy pamiętać, że odnotowuje się zgony związane z COVID-19.

Pomimo tego że w Polsce od 1 lipca br. zostały zniesione ostatnie obostrzenia związane z zagrożeniem COVID-19, choroba nadal z nami pozostaje, ponadto wszystkie wirusy, w tym SARS-CoV-2, ewoluują i możliwe jest pojawienie się nowych wariantów, które mogą mieć wpływ na przebieg zachorowań na COVID-19. Dlatego obecnie istotnym wyzwaniem i koniecznością pozostaje wdrożenie działań systemowych, które pozwolą nam lepiej się przygotować do kolejnych fal choroby i ewentualnych pandemii innych chorób zakaźnych.

Nie możemy zapominać, że pandemia COVID-19 dotknęła cały świat, przyniosła ze sobą znaczne straty zdrowotne, społeczne i gospodarcze. Dlatego w mojej opinii istnieją konkretne działania, które mogą się przyczynić do skutecznego zarządzania tą chorobą zakaźną i minimalizacji jej negatywnego wpływu na społeczeństwo.

- **Szczepienia ochronne jako priorytet.** Rola szczepień jest kluczowa w przeciwdziałaniu niebezpiecznym skutkom COVID-19. Ważne są dalsze promowanie

idei szczepień ochronnych, edukacja społeczeństwa na temat ich skuteczności i bezpieczeństwa oraz zapewnienie łatwego dostępu do szczepionek.

- **Dostęp do leków przeciwwirusowych.** Należy zapewnić dostęp do skutecznych leków przeciwwirusowych, które mogą skrócić czas trwania objawów choroby i zmniejszyć ryzyko hospitalizacji i zgonów związanych z COVID-19. Szczególnie ważne, aby dostęp do leków przeciwwirusowych zapewnić poprzez refundację pacjentom z grup ryzyka, takim jak seniorzy i osoby z chorobami przewlekłymi.
- **Edukacja społeczeństwa.** Niezwykle istotnym aspektem jest dalsza edukacja społeczeństwa i dostarczanie rzetelnych informacji na temat COVID-19, szczepień i skutecznych działań profilaktycznych. Poprawna komunikacja może pomóc w zwiększeniu zaufania społecznego i zmniejszeniu oporu wobec szczepień oraz innych rekomendowanych działań.
- **Organizacja i monitorowanie.** Skuteczne zarządzanie taką chorobą jak COVID-19 wymaga dobrze zorganizowanych działań oraz monitorowania jej przebiegu. Jednym z takich działań może być monitorowanie ścieków jako metody przewidywania wzrostu zachorowań i odpowiedniego przygotowania się na kolejne fale.
- **Walka z dezinformacją.** Dezinformacja jest coraz większym wyzwaniem nie tylko w obszarze COVID-19 – rządy muszą stawić czoła problemowi i zacząć wdrażanie odpowiednich i stanowczych regulacji prawnych wobec osób szerzących dezinformację i antynaukowe treści, które mogą wpływać na decyzje społeczeństwa dotyczące szczepień i działań zapobiegawczych.

AKTUALNE ZALECENIA I REKOMENDACJE DOTYCZĄCE COVID-19



DR HAB. N. MED. JERZY JAROSZEWICZ

COVID-19 to nadal groźna choroba i pomimo, że WHO odwołała pandemię, to nadal występuje pandemicznie na całym świecie. Pandemia przechodzi z fazy ostrej do przewlekłej. Ani liczba przypadków zachorowań, ani śmiertelność w niektórych populacjach, nie pozwala nam traktować COVID-19 jako chorobę sezonową.

Nie do końca jeszcze wiemy, jak będzie przebiegać ewolucja wariantów wirusa. W żadnym razie nie powinniśmy przyzwyczajać się do myśli, że SARS-CoV-2 złagodniał i tak już zostanie. Ewolucja wirusa z fazy alfa do delta pokazała, że może on zmienić się zarówno w wirusa bardziej zakaźnego jak i bardziej patogennego (śmiertelnego). Co więcej, dalszej jego ewolucji sprzyja niewielki odsetek wyszczepionej populacji świata.

Kolejną niewiadomą w tej układance jest fakt, że SARS-CoV-2 jest wirusem odzwierzęcym. Jeśli zakaża zwierzęta i w rezerwuarze zwierzęcym mutuje, to jego zmienność może być jeszcze bardziej nieprzewidywalna i może dochodzić do przeskoków międzygatunkowych wirusa.

Zalecenia Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych (PTE-ILCHZ) dotyczące COVID19 pozostają niezmiennione od około roku. Nie było potrzeby ich zmieniać, ponieważ mamy do dyspozycji świetne narzędzia: bardzo dobre szczepionki (znacząco zmniejszają śmiertelność, ryzyko powikłań i hospitalizacji) i bardzo dobre leki przeciwwirusowe. To, czym dysponujemy, jest wystarczająco skuteczne.

Zalecamy diagnostykę w każdym przypadku wystąpienia objawów wskazujących na infekcję górnych dróg oddechowych (gorączka, kaszel, duszność, bóle gardła), a najważniejsze, by ją zrobić szybko i od razu rozpocząć leczenie.

Należy je podjąć w ciągu pierwszych 5 dni od wystąpienia objawów. Wyjątek

stanowią pacjenci z zaburzeniami odporności, np. pacjenci onkologiczni, pacjenci przyjmujący leczenie immunosupresyjne. W tych przypadkach okres rozpoczęcia leczenia może się wydłużyć do 10 dni.

Moim zdaniem najwyżej po dobie od wystąpienia objawów powinno się wykonać test w kierunku SARS-CoV-2. To maksymalnie przyspiesza diagnostykę i leczenie.

Leczenie przeciwwirusowe zaleca się u wszystkich chorych, którzy potencjalnie mogą mieć ciężki przebieg COVID-19. To dotyczy osób po 65. r. życia, pacjentów z chorobami przewlekłymi: z niewydolnością serca, z chorobami płuc, neurologicznymi, nowotworowymi, metabolicznymi, leczonych immunosupresyjnie.

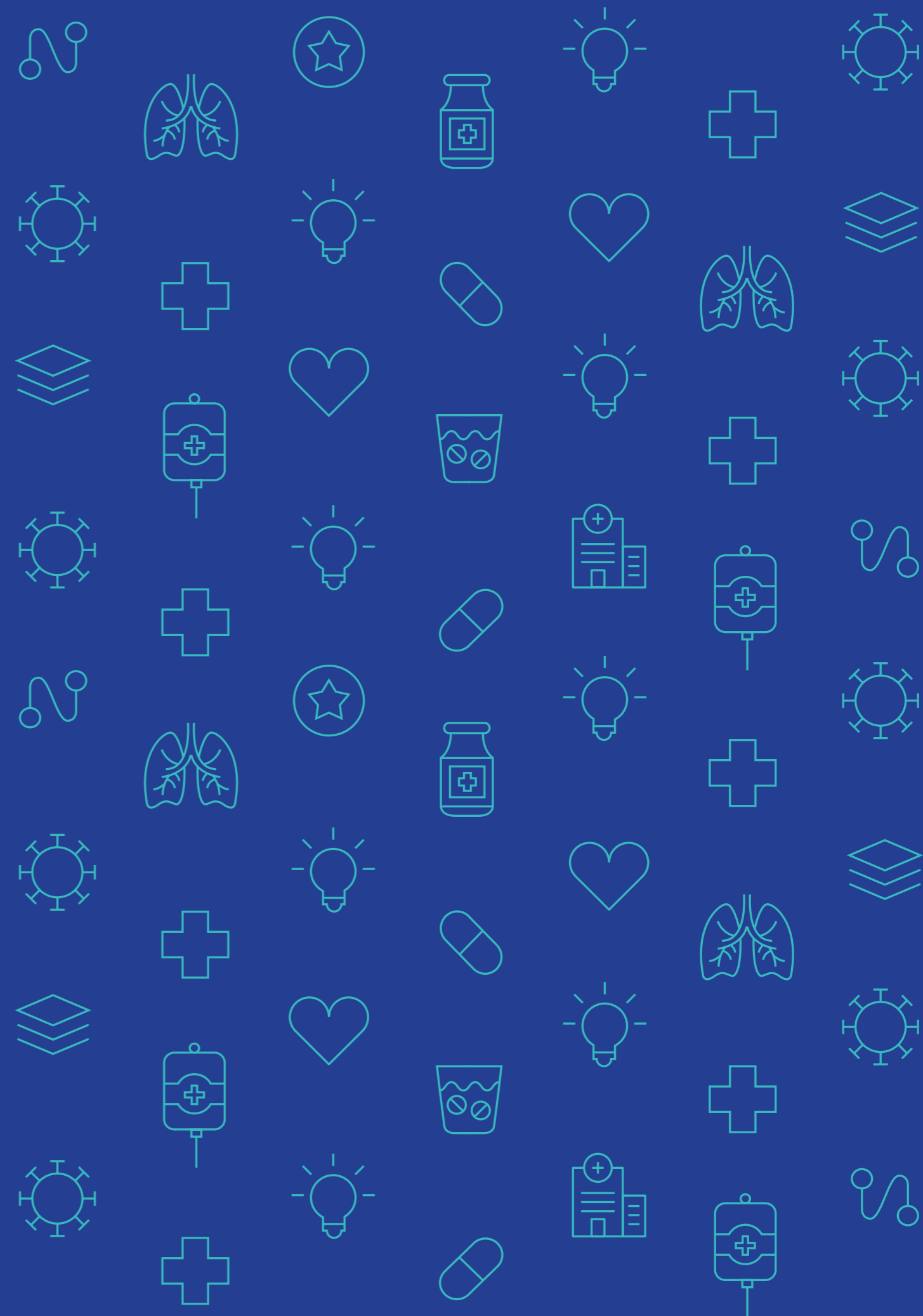
Wracając do profilaktyki. Szczepienia były kluczowym elementem, który pozwolił na złagodzenie skutków pandemii. To nadal najskuteczniejszy sposób prewencji COVID-19. Problem stosunkowo niskiej wyszczepialności dawką przypominającą jest z całą pewnością wielowarstwowy, ale być może jedną z powodów jest zbyt zawiła komunikacja wskazań i schematów szczepień. Zarówno w stosunku do lekarzy i personelu medycznego, jak i do społeczeństwa. Trzeba to uprościć. Moim zdaniem wystarczyłaby informacja, że każdy obywatel powinien zaszczepić się raz do roku (przyjąć booster) aktualną wersją szczepionki.

Polskie społeczeństwo nauczyło się w czasie pandemii, że trzeba nosić maseczki i dezynfekować dłonie. Jeśli ktoś ma objawy infekcji górnych dróg oddechowych, izoluje się, a gdy to niemożliwe, wkłada maseczkę, która chroni innych przed przeniesieniem infekcji. Nieodzowna jest higiena rąk. Choć podajniki z substancjami dezynfekującymi pojawiły się w wielu miejscach publicznych (w galeriach handlowych, urzędach, kinach), to coraz częściej są puste, a przecież powinny spełniać swoją rolę. Covid dużo zmienił w naszej świadomości, ale dobre nawyki trzeba utrzymywać i to od małego.

Dużymi krokami zbliża się sezon infekcji. Jesień za pasem. To ostatni dzwonek, żeby jak najszybciej wdrożyć pewne kroki systemowo, aby utrzymać śmiertelność z powodu COVID-19 na jak najniższym poziomie. Moim zdaniem należy:

- Zapewnić nieograniczoną dostępność do testowania (samodzielnego czy u lekarza pierwszego kontaktu). Testy powinny być łatwo dostępne, tanie i osiągalne dla pacjenta 7 dni w tygodniu, o każdej porze dnia i nocy.
- Uprościć informacji na temat szczepień przypominających, które optymalnie przyjąć raz do roku, najlepiej na progu jesieni.
- Skierować akcje edukacyjne na temat szczepień, leków i testów do lekarzy, pielęgniarek i personelu medycznego, bo są to osoby kluczowe w dalszym szerzeniu informacji dla pacjentów. Personel medyczny musi być przekonany.
- Umożliwienie dostępu do leków przeciwwirusowych. Na zachorowanie najbardziej narażone są osoby po 65. r. życia i pacjenci obciążeni chorobami współistniejącymi. Leki powinny być dostępne w dwóch systemach: ambulatoryjnym (pacjent może zgłosić się do lekarza rodzinnego, który powinien móc je przepisać na receptę, albo nawet wydać) i w szpitalach. Tego w Polsce nie mamy. Obydwa zarejestrowane leki przeciwwirusowe są nierefundowane, a dostęp do nich jest iluzoryczny.

- Poprawić dostępność opieki medycznej w obszarach mniej zurbanizowanych, czyli niwelować nierówności, w ochronie zdrowia.
- Dostęp do lekarzy, leków i testów w dużych miastach jest o wiele łatwiejszy niż w obszarach niezurbanizowanych, we wsiach. Aby pandemia się nie rozwinęła, musimy zapewnić podobny poziom ścieżki pacjenta: szybki test, szybką dostępność do leku, ale też informację dla pacjenta, który jeszcze nie choruje. Poza tym łatwy dostęp do dawki przypominającej. Na obecnych dysproporcjach cierpią przede wszystkim osoby starsze – mniej mobilne, często niepełnosprawne. Takim osobom należałoby dowieźć szczepionkę do domu, albo zapewnić transport do miejsca, gdzie będą zaszczepione. Skoro żyjemy w kraju, który deklaruje równy dostęp do opieki zdrowotnej, to trzeba go również zapewnić pacjentom wykluczonym.
- Wdrożyć program rewitalizacji zakaźnictwa, które uległo zapaści z powodu małej ilości nowych kadr oraz braku nowoczesnej infrastruktury.
- Zakaźnictwo polskie zabezpieczało pandemię przed pierwszymi miesiącami pandemii dając czas, żeby stworzyć oddziały buforowe i tymczasowe. Wpłynęło to nie tylko na zapewnienie opieki zakażonym, ale też zmniejszyło dług zdrowotny innych specjalności lekarskich (onkologia, kardiologie i inne).
- Mając na uwadze różne możliwe scenariusze, trzeba stworzyć - na wszelki wypadek - rezerwę epidemiczną: utrzymywać pewną ilość wolnych łóżek, jednorazowego sprzętu, sprzętu ochrony osobistej, leków, testów, szczepionek. 20% powinna stanowić rezerwa strategiczna, która musi być finansowana.
- I już na koniec monitorujmy sytuację zdrowotną, zbierajmy dane, prowadźmy sekwencjonowanie w większej ilości przypadków, abyśmy mieli pełną orientację co do skali pandemii.



WNIOSKI I REKOMENDACJE DLA SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA

WYZWANIE 1. ODWOŁANIE PANDEMII COVID-19 I ZNIESIENIE RESTRYKCJI

Pojawienie się nowych szczepionek i leków przeciwwirusowych przeciwko SARS-CoV-2 doprowadziło do spadku liczby przypadków i zgonów z powodu COVID-19. W związku z tym istnieje obawa o zaprzestanie działań mających na celu utrzymanie postrzegania realnych zagrożeń związanych z COVID-19, co może się przyczynić do ich lekceważenia, groźnego zwłaszcza w przypadku populacji wysokiego ryzyka.

WNIOSKI I REKOMENDACJE: COVID-19 MUSI POZOSTAĆ PRIORYTETEM W KRAJOWEJ POLITYCE ZDROWOTNEJ

- Zasadnicze znaczenie ma nadanie priorytetu inwestycjom w krajowy system podstawowej opieki zdrowotnej oraz wspieranie dalszego europejskiego rozwoju w celu zwiększenia zasobów świadczeniodawców, poprawy jakości opieki zdrowotnej i życia pacjentów oraz dalszego rozwoju innowacyjnych narzędzi diagnostycznych i metod leczenia, które mogą optymalizować ścieżki opieki medycznej.
- Rząd powinien wspierać politykę zdrowotną w zakresie choroby COVID-19, która nadal pozostaje znaczącym problemem zdrowotnym dla kraju, obciążającym w dużym stopniu nie tylko system ochrony zdrowia, ale także gospodarkę i system ubezpieczeń.

UELASTYCZNIE NIE SYSTEMU ZDROWIA I PRZYGOTOWANIE NA SZYBSZE REAGOWANIE W SYTUACJACH KRYZYSOWYCH ZWIĄZANYCH Z POJAWIENIEM SIĘ NOWYCH GROŹNYCH MUTACJI WIRUSA SARS-CoV-2

- Aby zapewnić wystarczającą ogólną reakcję krajowych systemów opieki zdrowotnej na ewentualne wybuchy przyszłych pandemii, konieczne jest stworzenie odpowiedniej i elastycznej polityki zdrowotnej, która pozwoli lepiej reagować na wyzwania związane z rozwiązywaniem kryzysów zdrowotnych.
- Rozwinięcie elastycznych struktur i procedur w systemie ochrony zdrowia, które mogą być dostosowane do różnych sytuacji kryzysowych. To pozwoli na szybką reakcję na zmieniające się warunki i potrzeby społeczeństwa.

KONTYNUOWANIE WSPÓŁPRACY MIĘDZYNARODOWEJ W CELU WYMIANY INFORMACJI I WSPÓLNEJ POLITYKI REAGOWANIA W PRZYPADKU ZAGROŻENIA

- Kontynuowanie współpracy międzynarodowej w celu monitorowania globalnych zagrożeń zdrowotnych oraz szybkiego udostępniania informacji, badań i rozwiązań jest kluczowym elementem w zapobieganiu przyszłym pandemiom i skutecznym zarządzaniu globalnymi zagrożeniami zdrowotnymi.
- Współpraca międzynarodowa jest kluczowa dla zapewnienia bezpieczeństwa epidemiologicznego w przypadku szybko rozprzestrzeniającego się wirusa SARS-CoV-2. Dzięki skoordynowanym działaniom, wymianie informacji i wspólnym badaniom można skuteczniej reagować na zagrożenia zdrowotne oraz tworzyć bardziej efektywne strategie prewencyjne i interwencyjne.

WYZWANIE 2. MALEJĄCA WYSZCZEPIALNOŚĆ PRZECIWKO COVID-19 ZARÓWNO WŚRÓD PRACOWNIKÓW MEDYCZNYCH, JAK I OSÓB Z GRUP WYSOKIEGO RYZYKA ORAZ OGÓŁU SPOŁECZEŃSTWA

Szacuje się, że szczepionki przeciwko COVID-19 zapobiegły 14,4 mln zgonów na całym świecie przed końcem 2021 roku, co jest imponującym globalnym osiągnięciem w zakresie zdrowia publicznego. Tym bardziej że ta procedura medyczna została wprowadzona w niezwykle trudnym czasie trwającej pandemii. Pomimo tego jednak w całej Unii Europejskiej notuje się stałe zmniejszanie się zaufania do szczepień. Polska, która pod względem wyszczepialności przeciw COVID-19 mocno odstaje od europejskiej średniej, plasuje się w gronie krajów, które są sceptycznie nastawione do tego szczepienia.

Konieczne jest stworzenie spójnego i skutecznego podejścia do promocji szczepień zarówno w kontekście ochrony przed COVID-19, jak i innych zagrożeń zdrowotnych. Ważne jest, aby uwzględnić różnorodność społeczności i dostosować działania do ich specyficznych potrzeb, w tym do osób starszych, rodziców dzieci, a także uchodźców, którzy mogą być bardziej narażeni na ryzyko chorób zakaźnych.

WNIOSKI I REKOMENDACJE: UZUPEŁNIENIE SZCZEPIEŃ I AKTUALIZACJA O NOWE DAWKI PRZYPOMINAJĄCE

- Zapewnienie dostępu do szczepień uzupełniających w przyjazny i wygodny sposób, aby umożliwić wszystkim osobom pełne zakończenie procesu szczepień.
- Opracowanie skutecznych systemów przypominających, które informują osoby zaszczepione o konieczności uzupełnienia szczepień lub otrzymania dawki przypominającej.

DALSZA PROMOCJA SZCZEPIEŃ PRZECIW COVID-19 I KONTYNUOWANIE KAMPANII ZACHĘCAJĄCYCH DO SZCZEPIEŃ ORAZ BUDOWANIE ZAUFANIA DO SZCZEPIEŃ

- Kontynuacja kampanii zachęcających do szczepień i edukacja na ten temat mają potencjał przyczynić się do zwiększenia poziomu zaufania do szczepień. Istotne jest przekazywanie dokładnych i rzetelnych informacji skupionych na bezpieczeństwie, skuteczności i korzyściach szczepień przeciw COVID-19.
- Planując działania komunikacyjne, należy uwzględnić różnice w poziomie edukacji, kulturze i przekonaniach, aby przekaz był zrozumiały i przekonujący dla wszystkich. Współpraca z ekspertami medycznymi i influencerami zdrowia w celu skutecznego przekazu informacji o szczepieniach, a także wykorzystanie różnych kanałów komunikacji, w tym mediów społecznościowych, plakatów, spotów radiowych i telewizyjnych, aby dotrzeć do różnych grup społecznych.

EDUKACJA PRZEDSTAWICIELI ZAWODÓW PERSONELU MEDYCZNEGO

- Przeszkolenie personelu medycznego i pracowników ochrony zdrowia w zakresie aktualnych zaleceń dotyczących szczepień, komunikacji odnośnie do szczepień i zarządzania przeciwdziałaniem dezinformacji oraz dostosowaniem komunikacji z pacjentem do różnorodnych grup pacjentów.

MONITOROWANIE OBAW SPOŁECZNYCH I REAGOWANIE NA NIE

- Utrzymanie bieżącego monitorowania obaw społecznych związanych ze szczepieniami i skuteczne reakcje na nie.
- Rozwijanie elastycznych strategii komunikacyjnych, które uwzględniają zmieniającą się obawę i kierunki dezinformacji.

WYZWANIE 3. BRAK JASNYCH WYTYCZNYCH POSTĘPOWANIA Z PACJENTAMI Z GRUP RYZYKA CHORUJĄCYMI NA COVID-19

Aby lepiej reagować na ewentualne przyszłe kryzysy zdrowotne, należy stworzyć wielodyscyplinarne i wszechstronne ścieżki postępowania diagnostyczno-terapeutycznego łagodzące obecne wyzwania i zmniejszające bariery.

Systemy opieki zdrowotnej muszą zmodernizować istniejące ścieżki diagnostyczno-terapeutyczne w celu zaradzenia ewentualnym kryzysom zdrowotnym. Wnioski wyciągnięte z pandemii COVID-19 wraz z najnowszymi osiągnięciami medycyny, w tym w dziedzinie telemedycyny i e-zdrowia, powinny zostać uwzględnione w celu ustanowienia optymalnej ścieżki pacjenta prowadzącej do zmniejszenia wyzwań i barier napotykanych przez pacjentów w zarządzaniu chorobą COVID-19.

WNIOSKI I REKOMENDACJE:

OPRACOWANIE I WDROŻENIE ŚCIEŻKI DIAGNOSTYCZNO--TERAPEUTYCZNEJ W COVID-19

- Należy wprowadzić i propagować określoną ścieżkę diagnostyczno-terapeutyczną pacjenta z COVID-19 w polskim systemie ochrony zdrowia. Podstawą ścieżki pacjenta jest łatwo dostępne i szybkie testowanie w kierunku wirusa SARS-CoV-2, które umożliwi rozpoznanie i zastosowanie wczesnego leczenia przeciwwirusowego.

PODNOSENIE KOMPETENCJI PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA

- Konieczne jest wyposażenie pracowników ochrony zdrowia w niezbędne informacje, wiedzę fachową i zasoby, których potrzebują, aby zapewnić optymalną diagnostykę i leczenie. W dłuższej perspektywie pomoże to zoptymalizować zarządzanie pacjentami i obniżyć koszty finansowe, a tym samym zmniejszyć obciążenie, jakie pacjenci z COVID-19 mogą stanowić dla systemów opieki zdrowotnej.
- Aby podnieść poziom wiedzy pacjentów na temat zagrożeń związanych z COVID-19 i ogólne zaufanie do opieki zdrowotnej, konieczne jest zapewnienie wsparcia pracownikom ochrony zdrowia w celu poprawy ich umiejętności komunikacyjnych. W związku z tym należy inwestować w podnoszenie umiejętności komunikacyjnych pracowników ochrony zdrowia w zakresie znaczenia identyfikacji wczesnych objawów COVID-19.
- Ministerstwo Zdrowia we współpracy ze stowarzyszeniami medycznymi (w tym towarzystwami naukowymi) powinno przeznaczyć zasoby na wspieranie zdobywania przez pracowników ochrony zdrowia wiedzy na temat istniejących metod leczenia COVID-19 oraz ścieżki pacjenta z COVID-19.

WYKORZYSTANIE POTENCJAŁU WSZYSTKICH ZAWODÓW MEDYCZNYCH

- Wykorzystane potencjału aptek, w których farmaceuci mogą pomóc w testach na COVID-19 i szczepieniach na obszarach o niedostatecznym zasięgu, ułatwi osobom na tych obszarach dostęp do testów i szczepień, a także do edukacji w zakresie COVID-19.
- Dodatkowo farmaceuci mogą się przyczynić do zarządzania lekami pacjentów z COVID-19 i zapewnić im odpowiedni schemat leczenia przepisany przez lekarza.
- Konieczna jest zatem ściślejsza współpraca farmaceutów z innymi podmiotami świadczącymi opiekę zdrowotną, co zapewni cenne wsparcie tym zespołom w zarządzaniu pacjentami z COVID-19.
- Wzmocnienie roli farmaceutów jest także istotne w aspekcie zwiększania zaufania do systemu opieki zdrowotnej, ponieważ farmaceuci cieszą się wysokim poziomem zaufania, szczególnie wśród pacjentów starszych. Dodatkowo apteki, dostępne w każdej mniejszej miejscowości, jako centra informacji dotyczących COVID-19 mogłyby się przyczynić do zmniejszenia istniejących dysproporcji zdrowotnych.

DOTARCIE Z INFORMACJĄ I ŚWIADCZENIAMI DO OSÓB Z GRUP RYZYKA

WYZWANIE 4. DOSTĘP DO AKTUALNYCH I SKUTECZNYCH TECHNOLOGII MEDYCZNYCH STOSOWANYCH W PROFILAKTYCE I LECZENIU COVID-19, SZCZEGÓLNIE DLA OSÓB Z GRUP PODWYŻSZONEGO RYZYKA CIĘŻKIEGO PRZEBIEGU CHOROBY

U każdego pacjenta z COVID-19 mogą szybko nastąpić progresja choroby i ryzyko wystąpienia poważnych powikłań, jednak choroby współistniejące, takie jak choroby układu sercowo-naczyniowego, cukrzyca, otyłość lub nowotwór, to niezależne czynniki ryzyka progresji do ciężkiego przebiegu COVID-19.

W obliczu najnowszej wiedzy medycznej i możliwości terapeutycznych jest konieczne nowe podejście do choroby COVID-19. W przypadku tej choroby – pojawiających się nowych wariantów wirusa, spadającego odsetka osób zaszczepionych – nie wystarczy tylko profilaktyka. Szczepienia i leczenie przeciwwirusowe muszą działać w tandemie, szczególnie w grupach podwyższonego ryzyka ciężkiego przebiegu COVID-19, czyli u starszych pacjentów i osób przewlekle chorych.

Obecnie medycyna dysponuje zarówno skutecznymi szczepionkami, które zmniejszają ryzyko zgonu i ciężkiego przebiegu choroby, miarodajnymi testami diagnostycznymi, jak również lekami, których skuteczność i bezpieczeństwo zostały potwierdzone licznymi badaniami. Dostępność zarówno skutecznych szczepionek, jak i leczenia przeciwwirusowego ma istotny wpływ na możliwość ograniczenia transmisji wirusa, a tym samym na zmniejszenie ryzyka ciężkiego przebiegu choroby, a nawet śmierci pacjentów z grup ryzyka.

WNIOSKI I REKOMENDACJE:

AKTUALIZACJA PROGRAMU SZCZEPIEŃ, ZABEZPIECZENIE DOSTAW I ZAPEWNIENIE DOSTĘPU DO SKUTECZNYCH SZCZEPIONEK PRZECIW COVID-19

- Szczepienia przeciw SARS-CoV-2 pozostają najbardziej skuteczną bronią w walce z wirusem i następstwami zakażenia. Szczepienia zmniejszają ryzyko zachorowania, ale przede wszystkim ciężkiego przebiegu choroby, w tym hospitalizacji i zgonu.
- Dostępne dane naukowe jednoznacznie wskazują, że dawki przypominające przywracają i wzmacniają ochronne działanie naszego układu odpornościowego, dlatego rząd powinien zabezpieczyć odpowiednią liczbę szczepionek skutecznych wobec dominujących aktualnie wariantów/subwariantu wirusa SARS-CoV-2.

ZWIĘKSZENIE DOSTĘPNOŚCI DO LEKÓW PRZECIWWIRUSOWYCH DLA OSÓB Z GRUP PODWYŻSZONEGO RYZYKA CIĘŻKIEGO PRZEBIEGU COVID-19

- Implementacja aktualnych zaleceń postępowania w zakażeniach SARS-CoV-2 Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych we wszystkich placówkach systemu ochrony zdrowia.
- Dostępność leków przeciwwirusowych w lecznictwie otwartym - rekomendowana jest refundacja publiczna terapii COVID-19 według określonych kryteriów dla chorych z grup wysokiego ryzyka. Terapia powinna być również dostępna w receptariuszu szpitalnym, a także w opcji pełnopłatnej dla wszystkich pozostałych pacjentów spoza grup ryzyka w aptece – wydawana na podstawie recepty lekarskiej.

ZWIĘKSZENIE ODSETKA OSÓB WYKONUJĄCYCH TESTY NA COVID-19 WŚRÓD OSÓB Z GRUP PODWYŻSZONEGO RYZYKA CIĘŻKIEGO PRZEBIEGU CHOROBY

- Koszt testu na COVID-19 może być obciążeniem finansowym dla wielu osób i rodzin, zwłaszcza tych, które są narażone na zwiększone ryzyko infekcji. Zapewnienie w pełni refundowanych badań może zmniejszyć obciążenie finansowe związane z COVID-19 z perspektywy pacjenta i zapewnić grupom ryzyka dostęp do podstawowych świadczeń zdrowotnych, a także przyczynić się do zmniejszenia skutków ekonomicznych ciężkiego przebiegu choroby.

PRZYGOTOWANIE REZERW I ZAPASÓW MEDYCZNYCH

- Rolą państwa jest także utrzymywanie odpowiednich rezerw środków medycznych, sprzętu ochronnego, leków i testów diagnostycznych, co pozwoli na lepsze przygotowanie w razie nagłego wzrostu zapotrzebowania na te zasoby.

WYZWANIE 5. NISKA ŚWIADOMOŚĆ NA TEMAT COVID-19 I MALEJĄCE ZAINTERESOWANIE PROBLEMEM

COVID-19 będzie problemem coraz bardziej oswajany, a zainteresowanie nim w debacie społecznej będzie się zmniejszać, co jest naturalnym procesem. Jednak trzeba pamiętać, że wielu pacjentów wysokiego ryzyka ma duży odsetek błędnych lub niewystarczających informacji na temat choroby i zagrożeń dla zdrowia, jakie wiążą się dla nich z przebyciem COVID-19 oraz z jej długofalowymi konsekwencjami. Dlatego kwestie komunikacyjne pozostają kluczowym obszarem ryzyka związanym ze skutecznym zarządzeniem chorobą COVID-19 jako zagrożeniem dla zdrowia publicznego. Kontynuacja wysiłków w dziedzinie edukacji i świadomości zdrowotnej jest niezbędna, aby utrzymać zdrowie i dobrostan społeczeństwa.

WNIOSKI I REKOMENDACJE:

DALSZE PODNOSZENIE ŚWIADOMOŚCI SPOŁECZNEJ NA TEMAT ZAGROŻENIA, JAKIM JEST COVID-19, NA PODSTAWIE AKTUALNYCH I RZETELNYCH INFORMACJI NAUKOWYCH

- Kluczowe znaczenie ma zapewnienie, że dokładne i aktualne informacje dotyczące objawów, wczesnych badań i leczenia są rozpowszechniane wśród osób z grup podwyższonego ryzyka, ponieważ szybka diagnoza jest niezwykle istotna dla lepszego przebiegu klinicznego. Pozostawienie pacjentów niedostatecznie poinformowanych o tym, jak można zminimalizować ryzyko związane z COVID-19, stanowi bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia, a nawet życia.
- Edukacja na temat właściwego postępowania w przypadku wystąpienia objawów chorobowych jest niezwykle istotna, szczególnie dla osób starszych i chorych przewlekłe, tj. podwyższonego ryzyka ciężkiego przebiegu choroby. Osoby te powinny wiedzieć, kiedy powinny pozostać w domu, skonsultować się z lekarzem lub poddać się testom diagnostycznym.
- Konieczne jest dalsze podnoszenie świadomości społecznej na temat zagrożeń związanych z COVID-19 i równoczesne przeciwdziałanie dezinformacji na temat koronawirusa.
- Współpraca z mediami, blogerami i influencerami może znacznie zwiększyć skuteczność kampanii edukacyjnych. Wykorzystanie tych kanałów do przekazywania wiarygodnych informacji i porad zdrowotnych pomoże dotrzeć do liczniejszej grupy odbiorców i wzbudzić większe zainteresowanie.

SPÓJNA I PROSTA STRATEGIA KOMUNIKACYJNA DOTYCZĄCA COVID-19 SKIEROWANA DO GRUP WYSOKIEGO RYZYKA, DOSTOSOWANA DO RÓŻNYCH POSZCZEGÓLNYCH GRUP ODBIORCZYCH

- Transparentna i klarowna komunikacja obejmująca również działania edukacyjne, skierowana do grup wysokiego ryzyka, a także ich rodzin na temat znaczenia zdrowia publicznego oraz korzyści wynikających ze szczepień ochronnych jest kluczowa dla budowania społecznego zrozumienia i zaufania do pracowników ochrony zdrowia.
- Kampanie komunikacyjne powinny być dostosowane do różnych kategorii grup wysokiego ryzyka i na podstawie aktualnej wiedzy na temat choroby wyjaśniać konieczność kolejnych szczepień i podnosić świadomości co do możliwości wdrożenia leczenia przeciwwirusowego.
- Rolą państwa, organizacji pacjentów, lekarzy i mediów jest dalsze wspieranie edukacji w zakresie chorób zakaźnych układu oddechowego, w tym COVID-19. Celem działań musi być zwiększanie świadomości społecznej na temat aktualnych zagrożeń związanych z COVID-19, szczególnie wśród osób starszych i pacjentów z chorobami przewlekłymi lub obniżoną odpornością, którzy znajdują się w grupie podwyższonego ryzyka.

WYZWANIE 6. NIERÓWNOŚCI W DOSTĘPIE DO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Sprostanie wyzwaniom stojącym przed pacjentami z COVID-19, zwłaszcza przed mieszkającymi na obszarach wiejskich, wiąże się z nadaniem priorytetu inwestycjom w infrastrukturę e-zdrowia, w tym w telemedycynę, elektroniczną dokumentację medyczną i systemy wymiany informacji zdrowotnych. Następstwa pandemii pokazały, że telemedycyna jest skuteczną metodą walki z sytuacjami kryzysowymi dotyczącymi zdrowia publicznego. Jeśli chodzi o pacjentów wysokiego ryzyka, telemedycyna umożliwia im otrzymanie pomocy medycznej bez wychodzenia z domu, co znacząco zmniejsza ryzyko zachorowania na COVID-19 przez zarażenie się w placówkach ochrony zdrowia.

WNIOSKI I REKOMENDACJE:

INWESTYCJE W INFRASTRUKTURĘ OCHRONY ZDROWIA

- Wprowadzenie zintegrowanych systemów gromadzenia i analizy danych zdrowotnych, które umożliwią szybkie monitorowanie sytuacji zdrowotnej populacji oraz identyfikację trendów i zagrożeń.
- Wyrównanie dysproporcji w dostępie do usług e-zdrowia wśród różnych populacji pacjentów, w tym pacjentów mieszkających na obszarach wiejskich lub terenach oddalonych od placówek medycznych oraz pochodzących ze społeczności znajdujących się w niekorzystnej sytuacji materialnej lub zmarginalizowanych.
- Rozwinięcie zdolności do świadczenia zdalnej opieki zdrowotnej, co pomoże w unikaniu zbędnych wizyt w placówkach medycznych oraz umożliwi monitorowanie stanu zdrowia pacjentów na odległość.

WYKORZYSTANIE POTENCJAŁU WSZYSTKICH ZAWODÓW MEDYCZNYCH

- Wykorzystanie potencjału aptek, w których farmaceuci mogą pomóc w testach na COVID-19 i szczepieniach na obszarach o niedostatecznym zasięgu, ułatwi osobom na tych obszarach dostęp do testów i szczepień, a także do edukacji w zakresie COVID-19.
- Dodatkowo farmaceuci mogą się przyczynić do zarządzania lekami pacjentów z COVID-19 i zapewnić im odpowiedni schemat leczenia przepisany przez lekarza.
- Konieczna jest zatem ściślejsza współpraca farmaceutów z innymi podmiotami świadczącymi opiekę zdrowotną, co zapewni cenne wsparcie tym zespołom w zarządzaniu pacjentami z COVID-19.

ZAANGAŻOWANIE LOKALNYCH INSTYTUCJI

- Szybkie reakcje lokalne – opracowanie mechanizmów szybkiej reakcji na pojawienie się lokalnych ognisk choroby, tak aby można było skutecznie je izolować i zapobiec ich rozprzestrzenianiu.
- Wykorzystanie struktur lokalnych sanepidów – wzmocnienie pozycji regionalnych struktur GIS, reforma pionu sanitarnego, zainwestowanie w infrastrukturę i kadry.

WYZWANIE 7. NARASTAJĄCA DEZINFORMACJA DOTYCZĄCA CHORÓB ZAKAŻNYCH, W TYM COVID-19

Wczesna identyfikacja objawów COVID-19 ma kluczowe znaczenie dla zapobiegania rozprzestrzenianiu się wirusa i zminimalizowania jego wpływu na zdrowie publiczne. Niedostateczna wiedza wśród pacjentów, ograniczone zaufanie chorych do opieki zdrowotnej, a także niewystarczająca edukacja stanowią główne bariery w terminowym wykonywaniu testów i diagnozowaniu COVID-19.

Wpływ dezinformacji na walkę z COVID-19 był ogromny i miał poważne konsekwencje dla zdrowia publicznego, działań antyepidemicznych oraz poziomu zaufania do władz i instytucji.

Trwająca ponad 3 lata pandemia COVID-19 spowodowała, że internet i media społecznościowe zostały zalane fałszywymi i wprowadzającymi w błąd informacjami, a także teoriami spiskowymi na temat koronawirusa, które w dużym stopniu przełożyły się na decyzje zdrowotne. Osoby ulegające dezinformacji mogą bowiem zrezygnować z działań, które byłyby korzystne dla ich zdrowia lub zdrowia innych, takich jak na przykład szczepienia.

Obecnie ogromna ilość różnych form dezinformacji jest znaczącym wyzwaniem dla zdrowia publicznego, szczególnie w obszarze chorób zakaźnych. Nieprawdziwe, wprowadzające w błąd informacje na temat chorób zakaźnych, szczepień lub innych zagadnień zdrowotnych będą mieć poważne konsekwencje dla zdrowia publicznego.

WNIOSKI I REKOMENDACJE:

PROMOWANIE EDUKACJI ZDROWOTNEJ, ZWIĘKSZANIE KOMPETENCJI ZDROWOTNYCH I DOSTĘPU DO RZETELNYCH ŹRÓDEŁ INFORMACJI

- Aby przeciwdziałać dezinformacji, rządy powinny monitorować fałszywe informacje, ujawniać źródła, a także rozważyć pociągnięcie do odpowiedzialności nadawców fałszywych informacji.
- Eksperti ds. zdrowia publicznego i przedstawiciele instytucji powinni używać jasnych, zrozumiałych i wiarygodnych, popartych rzetelnymi źródłami komunikatów w celu zwalczania fałszywych informacji.
- Instytucje, organizacje pacjentów, przedstawiciele zawodów medycznych, a także pracownicy mediów powinni budować zaufanie publiczne poprzez dostarczanie sprawdzonych informacji na tematy związane ze zdrowiem, powinny być także dostępne szkolenia w zakresie rozpoznawania i przeciwdziałania dezinformacji.
- W erze powszechnego dostępu do internetu istotna jest również edukacja na temat rozpoznawania dezinformacji i fałszywych informacji związanych ze zdrowiem. Dlatego należy podjąć działania mające na celu opracowanie narzędzi i wyposażenie w umiejętności, które pozwolą oceniać źródła informacji, weryfikować fakty i unikać propagowania nieprawdziwych informacji.

WYZWANIE 8. TWORZENIE INTERDISCYPLINARNYCH ZESPOŁÓW I WSPÓŁPRACA LEKARZY RÓŻNYCH SPECJALNOŚCI

COVID-19 jest chorobą interdyscyplinarną – dotyczy układu oddechowego, ale również serca, naczyń krwionośnych, skóry, nerek, układu nerwowego, wątroby i narządów endokrynych – dlatego jej diagnostyka i leczenie dotyczy lekarzy różnych specjalności.

W obliczu złożoności klinicznej i skutków zdrowotnych związanych z COVID-19 w przypadku chorych przewlekle (np. osób z cukrzycą, POChP, chorych kardiologicznie) optymalne jest wprowadzenie interdyscyplinarnego podejścia do leczenia i opieki nad pacjentami.

Takie podejście jest kluczowe dla osiągnięcia najlepszych wyników zdrowotnych i poprawy jakości życia pacjentów. Wymaga to współpracy różnych specjalistów oraz dostosowania systemu opieki do indywidualnych potrzeb każdego pacjenta. Wprowadzenie takiego podejścia ma na celu zapewnienie holistycznej i spójnej opieki medycznej, psychologicznej oraz rehabilitacyjnej.

WNIOSKI I REKOMENDACJE:

TWORZENIE ZINTEGROWANYCH ZESPOŁÓW MEDYCZNYCH

- Tworzenie zintegrowanych zespołów medycznych obejmujących lekarzy różnych specjalności (np. pulmonologów, internistów, kardiologów), pielęgniarki, terapeutów fizycznych, psychologów itp.
- Wprowadzenie między specjalistami różnych dziedzin konsultacji, które pozwalają na wspólne podejmowanie decyzji dotyczących leczenia, dostosowania terapii i monitorowania postępów pacjenta z grupy podwyższonego ryzyka ciężkiego przebiegu COVID-19.
- Zapewnienie płynności i ciągłości opieki na różnych etapach choroby, od hospitalizacji przez rehabilitację po powrót do codziennego życia.

OPRACOWANIE AKTUALNYCH WYTYCZNYCH I REKOMENDACJI ODNOŚNIE DO POSTĘPOWANIA W COVID-19 Z PACJENTEM CHORYM PRZEWLEKLE

- Opracowanie lub aktualizacja przez towarzystwa naukowe rekomendacji/wytycznych postępowania z pacjentami chorymi przewlekle w przebiegu COVID-19 (tj. pacjentami diabetologicznymi, kardiologicznymi, onkologicznymi, pulmonologicznymi, autoimmunologicznymi), które uwzględniają indywidualne cechy pacjenta, skomplikowanie choroby oraz ewentualne współistniejące schorzenia.
- Tworzenie wspólnych wytycznych i nawiązanie współpracy pomiędzy lekarzami różnych specjalności, a także niezbędna jest aktualizacja krajowych wytycznych w poszczególnych specjalizacjach.

ZAPEWNIENIE WSPARCIA PSYCHOLOGICZNEGO

- Zapewnienie odpowiedniego wsparcia psychologicznego osobom, które doświadczyły negatywnych skutków choroby, w tym izolacji społecznej i stresu związanego z chorobą, przez wykwalifikowanych psychologów lub terapeutów, aby pomóc pacjentom w radzeniu sobie z traumą, stresem i ewentualnymi objawami depresji lub lęku.

WYZWANIE 9. PODJĘCIE STRATEGICZNYCH DZIAŁAŃ W OBSZARZE PREWENCJI CHORÓB ZAKAŻNYCH UKŁADU ODDECHOWEGO WYWOŁANYCH PRZEZ M.IN. COVID-19

Choroby płuc należą do najczęstszych przyczyn zgonów oraz kosztownych hospitalizacji. Problem zdrowotny jest więc poważny, a dodatkowo będzie narastać w związku ze starzeniem się społeczeństwa oraz możliwymi kolejnymi epidemiami. Równocześnie wiele tych chorób możemy stosunkowo niskim kosztem złagodzić lub wyeliminować za pomocą szczepień ochronnych (np. przeciw grypie, pneumokokom, krztuścowi, COVID-19).

Należy nadać wysoki priorytet profilaktyce, która oprócz szczepień obejmuje m.in. wczesne wykrywanie chorób i umożliwia szybkie rozpoczęcie leczenia (tzw. szybka ścieżka pacjenta). Programy szczepień – skupiające się obecnie na dzieciach – powinny zostać rozszerzone na wszystkie etapy życia. Szczególną ochroną należy objąć osoby z grup ryzyka, m.in. chorych przewlekle oraz seniorów. Kluczową rolę w budowaniu bezpiecznego systemu ochrony zdrowia odgrywają także komunikacja i edukacja, które są skutecznymi narzędziami w walce z dezinformacją.

WNIOSKI I REKOMENDACJE:

BUDOWANIE ROZWIĄZAŃ SYSTEMOWYCH, KTÓRE W PEŁNI BĘDĄ REALIZOWAŁY KONSTITUCYJNE PRAWO DO OCHRONY ZDROWIA

- Zapewnienie równego dostępu do ochrony zdrowia, w tym opieki nad jednostkami słabszymi. Polityka publiczna nie może być projektowana wyłącznie z perspektywy dużych ośrodków miejskich, co jest jednoznaczne z ograniczeniem pełnej puli świadczeń w mniejszych miejscowościach np. z powodu wykluczenia komunikacyjnego.

PRIORYTYZACJA PROFILAKTYKI CHORÓB ZAKAŻNYCH UKŁADU ODDECHOWEGO

- Dostępność programów profilaktycznych stanowi element humanizacji medycyny – oparty w tym przypadku nie tylko na jakościowym i szybkim leczeniu (szybka ścieżka pacjenta), ale również dbaniu o uniknięcie wysoce inwazyjnego leczenia.
- Budowanie dobrych praktyk opartych na cyklicznych badaniach profilaktycznych, a także profilaktyka w postaci szczepień ochronnych są wyzwaniem dla władzy publicznej i równocześnie jej obowiązkiem. Skuteczna profilaktyka to także dbałość o budżet państwa.

NALEŻY WDROŻYĆ STRATEGICZNE PODEJŚCIE DO SZCZEPIEŃ W CYKLU CAŁEGO ŻYCIA

- Dowody naukowe⁷³ przemawiają za rozszerzeniem szczepień na wszystkie etapy życia. Równy dostęp do efektywnych programów szczepień w cyklu całego życia powinien zapewnić wszystkim obywatelom możliwość długiego i zdrowszego życia bez względu na płeć, wiek i grupę społeczną. W ramach znoszenia barier w dostępie do szczepień należy wykorzystać działające rozwiązania takie jak medycyna pracy i rozbudować infrastrukturę służącą do realizacji szczepień – tak by zaspokajała potrzeby szerszej populacji, czyli również osób dorosłych i starszych.

WYZWANIE 10. KONIECZNOŚĆ CZYTELNEGO ZAADRESOWANIA ZAGROZEŃ I UOGÓLNIENIA ZASAD POSTĘPOWANIA DLA ZAKAŻEŃ WIRUSOWYCH I BAKTERYJNYCH PRZENOSZONYCH DROGĄ AEROLIZOWANYCH WODNYCH

Zasygnalizowane w raporcie kłopoty w zakresie bagatelizowania zakażeń SARS-CoV-2, brak spójnej polityki zdrowotnej, zasad monitorowania, testowania, szczepień, zwłaszcza osób dorosłych, przekładać się będą w przyszłych latach również na lekceważenie i podobne kłopoty społeczno-zdrowotne w przypadku sezonowego wzrostu zachorowań na: grypę, RSV, SARS-CoV-2.

Brak wypracowanych ścieżek szybkiej dostępności testów, mała sprawność służb epidemicznych w Polsce przekładają się na widoczne w ostatnim czasie braki i małe umiejętności służb epidemicznych w znalezieniu ognisk zakażenia także w przypadku patogenów bakteryjnych roznoszonych w aerozoluach wodnych, jak choćby ostatnio legionelli.

WNIOSKI I REKOMENDACJE:

PROMOWANIE EDUKACJI ZDROWOTNEJ, ZWIĘKSZANIE KOMPETENCJI ZDROWOTNYCH I DOSTĘPU DO RZETELNYCH ŹRÓDEŁ INFORMACJI

- Wzmocnienie służb epidemicznych w Polsce, tak aby były zdolne szybko i skutecznie przeprowadzić dochodzenia epidemiczne.
- Wprowadzenie spójnych zasad dotyczących działań dezynfekcyjnych, noszenia maseczek, dystansu społecznego w przypadku sezonowych zakażeń epidemicznych.
- Promowanie rzetelnej wiedzy i zainteresowanie lekarzy, pacjentów i decydentów nowymi rodzajami szczepionek – przeciwko aktualnie występującym patogenom (grypa, RSV, SARS-CoV-2), gdy tylko szczepionki takie będą dostępne.

⁷³ Bonanni P., Sacco C., Donato R., Capei R., Lifelong vaccination as a key disease-prevention strategy, *Clinical Microbiology and Infection*, Volume 20, Supplement 5, 2014, Pages 32-36.



POLSKA ZDROWO ODDYCHA

SOJUSZ NA RZECZ ZWALCZANIA
CHOROÓB ZAKAŻNYCH
UKŁADU ODDECHOWEGO



**POLSKIE
STOWARZYSZENIE
DIABETYKÓW**



Ogólnopolskie Stowarzyszenie Pacjentów
ze Schorzeniami Serca i Naczyń **EcoSerce**



Polska Federacja
Stowarzyszeń Chorych
na Astmę, Alergię i POChP

PATRONI:



**POLSKIE
STOWARZYSZENIE
DIABETYKÓW**

PP-UNP-POL-0212

Opracowanie wykonane na zlecenie firmy
Pfizer Polska Sp. z o.o. i finansowane przez nią.

Pfizer Polska Sp. z o.o.
ul. Żwirki i Wigury 16 B, 02-092 Warszawa
Kapitał zakładowy 33.860.000 zł
KRS 000022310
Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy
NIP 5213115586
BDO 000189470

ISBN 978-83-964461-3-8



9 788396 446138