**Kto ma przeżyć?**

15.04.2020

Ewa Stanek-Misiąg

**Większość pacjentów pozostaje w domu, a do szpitala „covidowego” trafiają tylko osoby niewydolne oddechowo. Trzeba jednak pamiętać, że pacjenci przez długi czas nie odczuwają dolegliwości adekwatnych do ciężkiego stanu, w jakim się znajdują, a który definiujemy na podstawie badań. Innymi słowy prezentują nadmiernie dobry obraz kliniczny – relacjonuje doświadczenia lekarzy pracujących we Włoszech gen. dyw. prof. dr hab. n. med. Grzegorz Gielerak, dyrektor Wojskowego Instytutu Medycznego**.

**Ewa Stanek-Misiąg: Od piątku, 3 kwietnia, przez tydzień działał we Włoszech – w Brescii – Medyczny Zespół Ratunkowy. Misję zorganizował Wojskowy Instytut Medyczny. Wzięło w niej udział 15 osób. Kto wchodził w skład tej grupy?**

**Grzegorz Gielerak:** Siódemka lekarzy (głównie anestezjolodzy i intensywiści) oraz ratownicy i pielęgniarki. Ten szpital w Brescii, liczący 1200 łóżek został na czas pandemii przeorganizowany tak, że działa w nim obecnie 6 oddziałów intensywnej terapii, każdy po 12 łóżek. Polacy pracowali w zespołach 4-osobowych, w cyklach 8-godzinnych. Zespół tworzyli: lekarz, pielęgniarka i dwóch ratowników. Dlaczego dwóch? Ze względu na stosowane protokoły respiratorowe, które przewidują układanie pacjentów na brzuchu, a to z reguły wymaga dużo siły. Nasza grupa została skrupulatnie sprawdzona przez Włochów, musieliśmy dostarczyć szereg dokumentów potwierdzających kompetencje zawodowe poszczególnych jej członków.

**Włosi zapewnili środki ochrony osobistej?**

To leżało po naszej stronie. Wysyłając ludzi, trzeba zadbać o ich bezpieczeństwo. Personel wyjechał kompletnie wyposażony.

Celem naszej misji była pomoc humanitarna, ale też zapoznanie się z miejscowymi warunkami organizacji systemu ochrony zdrowia. Interesował nas sposób udzielania pomocy pacjentom, standardy terapeutyczne. Mam wielki szacunek dla Włochów za to, jak w krótkim czasie poradzili sobie z zapanowaniem nad chaosem, jaki wywołała epidemia. Wykonali naprawdę tytaniczną pracę. Wszystkim zarządza Protezione Civile, Obrona Cywilna. Kiedy omawialiśmy przyjazd naszej misji, to do niej należała decyzja o tym, gdzie będziemy pracować.

**Jak Włosi sobie radzą z hospitalizacjami?**

Opracowali system, w którym większość pacjentów pozostaje w domu, a do szpitala „covidowego” trafiają tylko osoby niewydolne oddechowo. W szpitalu lżej chorzy dostają wspomaganie ciągłym dodatnim ciśnieniem oddechowym (CPAP), chorych poważniej podłącza się do respiratorów. Trzeba jednak pamiętać, że pacjenci przez długi czas nie odczuwają dolegliwości adekwatnych do ciężkiego stanu, w jakim się znajdują, a który definiujemy na podstawie badań. Innymi słowy prezentują nadmiernie dobry obraz kliniczny. Mieliśmy taką sytuację w Instytucie w ostatni piątek. Pacjent skarżył się na dolegliwości ze strony jamy brzusznej, przyszedł sam. Test wykazał zakażenie SARS-CoV-2. W RTG płuc – obraz mlecznej szyby. I do tego zatorowość płucna. Podkreślam: pacjent był wydolny na tyle, żeby samodzielnie zgłosić się do lekarza.

**Czyli idea, by jak najdłużej trzymać pacjentów poza szpitalem jest obarczona dużym ryzykiem?**

Ale to nie są pacjenci pozostawieni samym sobie. Chorych odwiedzają mobilne zespoły lekarzy rodzinnych. Szeroko stosowana jest też telemedycyna. Proces oddychania można ocenić przez telefon, albo skype`a. Skype jest lepszy, ponieważ wtedy widać pacjenta, który proszony jest na przykład o to, żeby policzyć do 20. Jeśli w trakcie liczenia musi zaczerpnąć powietrza, to może być znak, że jego stan się pogarsza. Powodem do niepokoju jest też saturacja poniżej 90%. Dużą wagę przywiązują Włosi do gorączki. Gorączka, która utrzymuje się dłużej niż 7 dni, wymaga oceny stanu płuc. Gros pacjentów trafia w pierwszej kolejności do doraźnie utworzonych przy szpitalach izb segregacyjnych. Tam pobiera się wymaz i wykonuje się RTG. Włosi podkreślają znaczenie diagnostyczne i rokownicze obrazu RTG, opracowali 18-punktową skalę jego oceny. Oba pola płucne są podzielone na 3 obszary, każdy obszar może otrzymać od 1 do 3 punktów, przy czym 1 punkt to obraz prawidłowy, a 3 punkty to obraz mlecznej szyby. Pacjent, który otrzyma 12 punktów, nawet jeśli twierdzi, że czuje się dobrze i podobnie prezentuje się w obrazie klinicznym, jest uważany za pacjenta dużego ryzyka, któremu grozi dekompensacja oddechowa.

Naprawdę trzeba być bardzo ostrożnym i nie opierać decyzji wobec chorego wyłącznie na badaniu podmiotowym, ponieważ jego wynik bywa bardzo zwodniczy. Kluczowa jest saturacja oraz obraz radiologiczny.

Kiedy stężenia dimeru D, IL-6, CRP i fibrynogenu są duże mówi się o złym rokowaniu. Średni czas trwania choroby to 9 dni, średni czas od wystąpienia objawów do śmierci to 17,3 dnia.

**Czym Włosi leczą chorych na COVID-19?**

Lekiem, który włączają w zasadzie jako pierwszy jest chlorochina. Jednocześnie z nią pacjenci dostają leki przeciwwirusowe, na przykład lopinawir. W przypadku pojawienia się (nasilenia) zmian radiologicznych, zaburzeń gazometrycznych stosuje się steroidy, konkretnie deksametazon. Najciężej chorzy otrzymują tocilizumab.

**A jak ma się do tego większa częstość zatorowości płucnych u chorych z COVID-19 – czy dotyczy to wyłącznie chorych na OIT?**

Z raportów lekarzy włoskich wynika, że stracili oni wielu pacjentów w wyniku zatorowości płucnej, choć nic nie wskazywało na taki rozwój wypadków. To znaczy stan pacjenta się poprawiał, wyglądało na to, że wychodzi z choroby, ale nagle następowało pogorszenie, konieczność podłączenia respiratora i u pacjenta, który przecież otrzymywał profilaktycznie leczenie przeciwkrzepliwe, dochodziło do zdarzeń zatorowych. Okazało się, że czynnik złego rokowania stanowiło duże stężenie dimerów D.

To skłoniło włoskich lekarzy do uznania, że wszyscy „covidowi” pacjenci leczeni z zastosowaniem respiratorów powinni otrzymywać heparynę drobnocząsteczkową profilaktycznie w dawce terapeutycznej.

„Covidowy” szpital w Bergamo doposażono w tomograf z opcją angio-TK.

**Czy to oznacza, że standardowa profilaktyka farmakologiczna jest niedostateczna? Czy lekarze leczący takich pacjentów w Polsce powinni zachować szczególną czujność i rozważyć zwiększenie dawek profilaktycznych?**

W tych przypadkach należy się kierować raczej [wytycznymi opracowanymi przez naukowców z Uniwersytetu Yale](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6935549/). Według nich pacjenci ze stężeniem D-dimerów poniżej 10 mg/l powinni otrzymywać dawki profilaktyczne, a u tych ze stężeniem powyżej 10 mg/l stosuje się heparynę w przeliczeniu na kilogram masy ciała.

**Czy obserwowane przez Państwa przypadki zatorowości płucne były związane z możliwym do ustalenia punktem wyjścia, np. zakrzepicą żył głębokich, czy też nie miały konkretnej przyczyny. Czy u pacjentów z COVID-19 oprócz tomografii klatki piersiowej należy w tej sytuacji wykonywać również badanie w algorytmie zatorowości?**

Nie można powiedzieć jednoznacznie, że zatorowość płucna ma swój początek wyłącznie w płucach, a więc bardzo trudno przewidzieć rozwój choroby. Sytuacja całkowicie może nas zaskoczyć. Amerykanie piszą o konieczności przeprowadzenia badań (m.in. USG) w przypadku dużego stężenia D-dimerów względnie obrzęku kończyny dolnej u osoby leżącej.

Analizując patomechanizm choroby: kiedy rozpoczyna się immunologiczne zapalenie płuc, dochodzi do czegoś w rodzaju klasycznej „burzy cytokinowej”. Duże stężenie cytokin prozapalnych jest czynnikiem działającym prozakrzepowo.

**Czym tłumaczyć dużą śmiertelność we Włoszech?**

Moim zdaniem to wynika ze stylu życia. Włosi mówią dziś o tym otwarcie, że nie zachowywali się rozsądnie. Mieli informacje o zagrożeniu, ale nie potrafili sobie odmówić wyjścia do restauracji. Spotykali się w gronie rodzinnym jak zawsze, czyli z udziałem jej najstarszych członków, którzy są obdarzani we Włoszech szczególnym szacunkiem.

Starsze osoby zachorowały jako pierwsze. Od jakiegoś czasu do szpitali zaczyna jednak trafiać więcej osób młodszych, co Włosi interpretują tak, że młodsi w przeciwieństwie do starszych dysponowali większym potencjałem obronnym organizmu i walczyli z chorobą. Nieszczęście polega na tym, że brakuje stanowisk intensywnej terapii. I pojawiają się dylematy, kto ma przeżyć? Nowo przyjęty, młodszy pacjent, który dobrze rokuje, czy ten starszy, który leży kolejny tydzień pod respiratorem? Kogoś trzeba poświęcić. W wymiarze ludzkim, etycznym to prawdziwy koszmar.

**Co wiemy o stanie zdrowia osób, które przechorowały COVID-19?**

Jakie skutki zdrowotne niesie przechorowanie COVID-19 dowiemy się, gdy oddziały respiratorowe opuszczą młodsi pacjenci. Na razie wychodzą ci ze starszych grup wiekowych, którzy mieli już przed chorobą pewne ograniczenia w sprawności układu oddechowego. Wielkim pytaniem jest, czy przechorowanie daje nam odporność. Pojawiają się doniesienia o tym, że przeciwciała potwierdzone w klasie IgG po 2 miesiącach zanikają. To by oznaczało słabą odpowiedź układu immunologicznego.

Tematem, którym powinniśmy się teraz zająć, jest odporność stadna, która uchroni nad przed ewentualną kolejną falą epidemii. Jedyną drogą, żeby ją osiągnąć jest testowanie, czyli identyfikowanie zakażonych i ich izolacja.

**Rozmawiała Ewa Stanek-Misiąg**