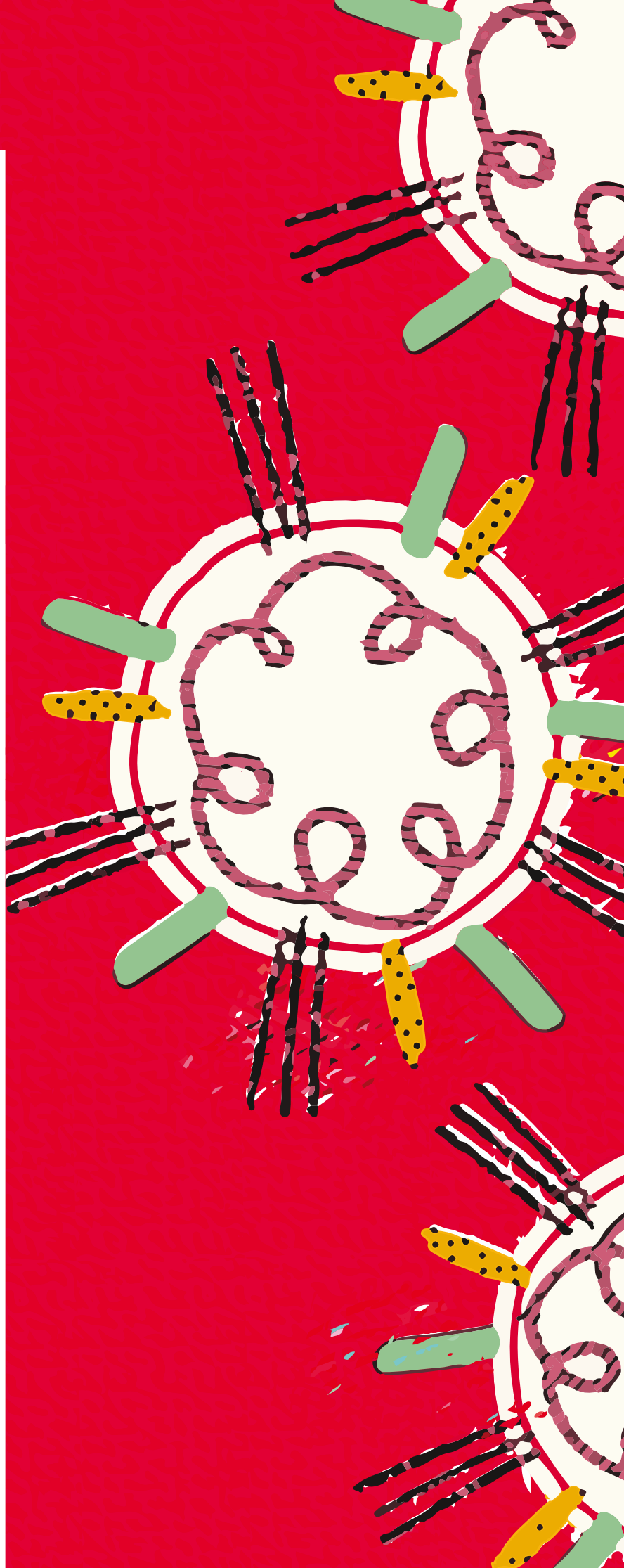
Prof. dr. Janez Tomažič

Alojz Ihan

Prof. dr. Janez Tomažič, dr. med., predstojnik Katedre za infekcijske bolezni in epidemiologijo, v odgovorih na vprašanja glavnega urednika prof. dr. Alojza Ihana povzema vsebine najnovejših podatkov in smernic, pomembnih za delovanje zdravstvenih delavcev v epidemiji COVID-19. Intervju bo izšel v aprilski številki revije Isis, ki jo izdaja Zdravniška zbornica Slovenije. Zaradi aktualnosti in pomembnosti sporočil ga ponujamo v branje še pred izidom revije. Dokument je dovoljeno uporabiti za razširjanje po spletu (spletne strani, družbena omrežja).

Smo sredi pandemije virusne nalezljive bolezni COVID-19 (angl. Corona Virus Infectious Disease-19). Povzročitelj, virus SARS CoV-2 (angl. Severe Acute Respiratory Syndrome Corona Virus tipa 2) se je sredi decembra 2019 pojavil na ribji tržnici v mestu Vuhan. Okužba se je hitro razširila po vsej Kitajski in kmalu dobila pandemične razsežnosti. Povzročitelj je sorodnik štirih »prehladnih« koronavirusov, s katerimi ljudje že dolgo živimo, še bolj pa je soroden koronavirusoma, ki sta prav tako po letu 2000 preskočila z živali na ljudi in povzročata bolezni SARS in MERS (angl. Middle East Respiratory Syndrome). Virus, ki povzroča COVID-19, mikrobiološko že kar dobro poznamo. Klinično je pomembno, da njegovo prisotnost lahko z molekularno metodo PCR (angl. polymerase chane reaction) dokažemo v različnih kužninah dihal, najpogosteje iz brisa sluznice nosno-žrelnega področja. Kaj so zadnje novosti na področju diagnostike?



Za odgovor sem prosil kolega prof. dr. Miroslava Petrovca z Inštituta za mikrobiologijo in imunologijo. Diagnostika temelji na dokazu virusnega genoma. Večina testov dokazuje več kot en specifični del genoma virusa SARS-CoV-2, kar izboljša tako občutljivost kot specifičnost testa. Precej testov, ki temeljijo na dokazovanju genoma, je že pridobilo ustrezne certifikate CE/IVD, kar pomeni, da so preizkušeni za diagnostiko. Mikrobiološke teste v 24-urnem režimu izvajajo Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo Medicinske fakultete v Ljubljani in mikrobiološki laboratoriji Nacionalnega laboratorija za okolje, zdravje in hrano v Mariboru, Celju in Ljubljani. Prednost pri testiranju imajo vzorci pacientov, ki so kritično bolni in bodo sprejeti v intenzivno enoto, pacienti, ki potrebujejo nujni operativni poseg, in porodnice. Poudariti je treba, da je test namenjen uporabi pri simptomatskih osebah in ne pri zdravih preiskovancih npr. po kontaktih z okuženimi, sploh neposredno po kontaktu. Zato testiranje zdravih odsvetujemo. Trenutno predstavlja problem dobavljivost reagentov in še bolj dobavljivost ustreznih brisov za odvzem vzorcev, saj se slednji večinsko proizvajajo v Italiji, ki je sama epicenter epidemije COVID-19 v Evropi in ima zaradi tega tudi največje potrebe. V kratkem času bodo na voljo tudi zanesljivi in certificirani molekularni testi, s katerimi bomo lahko rezultate testiranja na SARS-CoV-2 podajali v eni uri, kar bo izjemno pripomoglo k hitri triaži na sprejemnih oddelkih bolnišnic. Pojavljajo se tudi že prvi testi za dokaz specifičnih protiteles, na katerih podatke o zanesljivosti pa bo treba še počakati. Taki testi so dobro orodje za namen epidemiološkega spremljanja prekuženosti in določanja statusa morebiti že prekuženih oseb.

Testi, ki jih uporabljamo, izmerijo prisotnost virusa samega (njegove nukleinske kisline) v brisih sluznice nosnega ali ustnega dela žrela. Pri bolnikih je virus vedno navzoč v obrisani sluzi, zato je pri njih rezultat testa zanesljiv pokazatelj okuženosti. A pojavlja se ponudba mnogih »hitrih testov«, ki temeljijo na dokazovanju protiteles IgG/IgM proti virusu. Kaj meniš o tem?

Če samo pomislim na hitri test za dokaz infekcijske mononukleoze, ki je, mimogrede, dober in v praksi zelo koristen, se takoj spomnim, kakšna zmeda je bila včasih pri interpretaciji rezultata testa »zunaj naše klinike« (upam, da ni več tako). Moj odgovor je jasen. Hitri testi za dokaz COVID-19, ki jih poznam, temeljijo na dokazovanju protiteles (IgM in IgG) proti novemu koronavirusu. Vemo, da se protitelesa pojavijo okrog 14. dne po okužbi, zato je njihov problem senzitivnost, poleg tega pa je vprašljiva tudi specifičnost, ker so bile analize narejene na zelo majhnem številu pacientov. Če dodamo še težave pri interpretaciji rezultatov, ki bi se zanesljivo pojavile, smo se mikrobiologi in infektologi odločili, da hitrih testov v Sloveniji trenutno ne bomo uporabljali.

Bolezen COVID-19 se je pojavila na Kitajskem. Kaj so njihove klinične izkušnje?

Res je, trenutno najbolj dragocene izkušnje in podatki o COVID-19 prihajajo s Kitajske (Zunyou Wu, glavni epidemiolog kitajskega Centra za preventivo in kontrolo bolezni – CDC). Gre za t.i. kapljično okužbo – prenos okužbe s kapljicami, ki med kašljanjem in kihanjem okuženega padejo na sluznice nosu, ust in oči oseb, ki so v njegovi bližini. Padejo pa tudi na površine okrog okuženega. Zato je za preprečevanje prenosa virusa poleg kapljične izolacije (razdalja 1,5 metra itd.) potrebna tudi kontaktna izolacija (razkuževanje površin, umivanje rok itd.).

Kdaj je kužnost največja?

Količina virusa v nosu okuženega je večja kot v njegovem žrelu. Najbolj intenzivno se tam razmnožuje v začetku bolezni (prvih nekaj dni) in takrat so te osebe tudi najbolj kužne. Izračuni na temelju opazovanj so pokazali, da ena oseba s COVID-19 v poprečju okuži 3 do 4 zdrave osebe. Število je odvisno predvsem od upoštevanja preventivnih ukrepov in od higienskega standarda posameznika. Zaenkrat ni dokazov, da bi se virus prenašal aerogeno, razen pri določenih medicinskih posegih, kot je npr. intubacija, bronhoskopija. Našli pa so ga v blatu, vendar niso ugotavljali fekalno-oralnih prenosov, ker se virus v blatu ne razmnožuje. Virusa niso zaznali v krvi, amnijski tekočini, popkovni krvi, v žrelu novorojenčkov ali v materinem mleku, kar je dobra novica za transfuziologe in ginekologe/porodničarje.

Kako bi komentiral kužnost oseb, ki so brez simptomov?

Gre za dve skupini okuženih. Več kot 75 % jih zboli, ostali pa lahko »prebolevajo« okužbo brezsimptomno. Koliko je slednjih, bo možno vedeti, ko bomo imeli na voljo serološke teste in bomo lahko v krvi ugotavljali prisotnost specifičnih protiteles proti virusu (sedaj z metodo PCR neposredno dokazujemo virusni genom). Znano je, da se pri prvi skupini virus začne intenzivno razmnoževati 24 do 48 ur pred pojavom bolezni. Glede na to, da tovrstne osebe ne kašljajo, kihajo itd., je njihovo trosenje virusov majhno (le v izdihani zrak), možni pa so prenosi pri zelo tesnih stikih in kontaktni prenosi s površin (npr. okuženi se dotakne svoje sluznice nosu, kjer je veliko virusno breme, nato kljuke itd.). Druga skupina je še manj pomembna za prenašanje virusa zaradi manjše koncentracije virusa na sluznicah zgornjih dihal.

Torej, prenos okužbe od brezsimptomne osebe je možen, vendar predstavlja manjši delež vseh preno-

sov. Najpogostejši je pri osebah z res tesnimi stiki (npr. partnerski odnos).

Kako poteka okužba?

Inkubacija, to je čas, ki preteče od izpostavljenosti virusu do pojava prvih bolezenskih simptomov in znakov, traja od 2 do 14 dni (v poprečju 4 do 6 dni). Bolezen se lahko pojavi kadarkoli do 14. dne po izpostavitvi okuženemu. Testiranje v obdobju inkubacije lahko da povsem napačen izvid, saj npr. negativen izvid drugi dan po izpostavitvi okuženemu ne pomeni, da niste okuženi; npr. 13. dan po izpostavitvi bo izvid lahko pozitiven. Zato za okužbi izpostavljeno osebo velja 14-dnevna samoizolacija ali karantena.

Žal ni nobenih specifičnih simptomov in znakov, po katerih bi COVID-19 lahko razlikovali od ostalih virusnih okužb dihal, kot je npr. gripa. Bolezen lahko nastane počasi (subakutno) ali hitro (akutno). Pomembno pa je opozoriti, da v začetnem obdobju izbruha COVID-19 stroka ni bila tako pozorna na samoopazovanja zbolelih glede pojavljanja določenih simptomov in zakov, kar je kasneje popravila. Bolezen se namreč lahko začne zgolj z bolečinami v mišicah in sklepih (v do 30 %), utrujenostjo, slabim počutjem ali »praskanjem« v žrelu, v 5 % celo z drisko (največkrat pri otrocih); najpogostejša bolezenska znaka pa sta (lahko le blago) zvišana telesna temperatura (> 90 %) in suh kašelj (60 %), ki ju kot znak začetka COVID-19 navajamo že od samega začetka pandemije. Pogosto se pojavita tudi spremenjen vonj in okus. S pojavom težkega dihanja bolezen preide v »nevarno fazo« in takrat je nujno potrebno poklicati osebnega zdravnika (ali dežurnega), da oceni, ali bolnik potrebuje pregled ter posledično testiranje in napotitev v bolnišnico.

Kako poteka okužba pri otrocih?

Tudi otroci lahko zbolijo za COVID-19, vendar redkeje kot odrasli in v bolj blagi obliki. Po navedbi kolegice pediatrinje infektologinje Tine Planke Srovin je na Kitajskem bolezen pri okoli 15 % otrok potekala brezsimptomno, pri simptomatskih pa večinoma v blagi obliki, manj kot 3 % otrok je potrebovalo zdravljenje s kisikom. Nekaj otrok je bilo kritično bolnih, vsi so imeli temeljne bolezni. Pri otrocih do 10 let ni opisanih smrtnih primerov zaradi COVID-19, smrtnost v starostni skupni od 10 do 19 let je manj kot 0,2 %. Simptomatski otroci največkrat kašljajo, imajo bolečine v žrelu in temperaturo do 38 °C. Bolezen se lahko začne tudi kot driska ali bruhanje. Ker otroci večinoma prebolevajo okužbo v blagi obliki in jih bolezen ne »položi v posteljo«, so pomembni prenašalci virusa, zato je izredno pomembno, da družina upošteva načela samoizolacije (14 dni!) in s tem prepreči prenos bolezni na t. i. tvegane skupine ljudi.

V katerem starostnem obdobju je COVID-19 najpogostejši?

V obsežni kitajski raziskavi 44.672 bolnikov (Zhang in sod. China CDC Weekly Rep) so največ oseb, okuženih z novim koronavirusom, diagnosticirali v starostnem obdobju 50–59 let (24 %), sledita starostni skupini 60–69 let (19 %) in 40–49 let (19 %), 17 % jih je bilo starih 30–39 let, po 8 % 70–79 let in 20–29 let, medtem ko je bila pri starejših od 80 let bolezen diagnosticirana v 4 %, pri mlajših od 20 let pa pri 3 %.

Bolezen se pri večini okuženih konča dobro, pri velikem deležu pa manj ugodno?

Pri 80 % zbolelih bolezen poteka blago do zmerno, v 15 % je bolezen huda in pri 5 % kritična. Pri kritičnih bolnikih je smrtnost blizu 50 %. Pri 10 do 15 % oseb z blago in zmerno prizadetostjo bolezen lahko napreduje v hujšo obliko, 15 do 20 % hudo bolnih pa lahko postane kritično bolnih. Pri tistih z blagim potekom bolezni simptomi in znaki izzvenijo v

poprečju v dveh tednih, hudi primeri in preživeli kritično bolni bolniki pa so se pozdravili v treh do šestih tednih. Vsi umrli bolniki so preminili v obdobju 2 do 8 tednov po začetku bolezni (podatki iz zgoraj omenjene raziskave).

V raziskavi Ralph S Baric in sod., University of North Carolina, ZDA, je bila stopnja umrljivosti pri obolelih (angl. case fatality rate) največja v starosti nad 80 let – 14,8 %, v starostni skupini 70–79 let je bila 8 %, 60–69 let 3,6 %, 50–59 let 1,3 %, 40–49 let 0,4 %, pri mlajših od 40 let je bila 0,2 %, pri mlajših od 14 let pa smrtnih primerov ni bilo. Glede na omenjane podatke torej nedvomno gre za infekcijsko bolezen, katere potek in prognoza sta povezani s starostjo bolnika (angl. age-related disease). Rezultati raziskav so tudi potrdili, da je bila smrtnost bolnikov s COVID-19 odvisna od organizacije zdravstva in usposobljenosti zdravstvenih delavcev v določeni državi. Najpogosteje se omenja zgornja meja 3,5 %, kar je 35-krat več, kot je smrtnost gripe (0,1 %).

Koliko časa je oseba s COVID-19 kužna?

Kaže, da je kužnost povezana s težo bolezni. Za paciente z blagim potekom bolezni, ki niso hospitalizirani, velja, da po 14. dnevu od začetka simptomov in znakov bolezni niso več kužni in se lahko vrnejo na delo. To velja pri približno 80 % pacientov. Taka so tudi naša priporočila (NIJZ). Za paciente s hujšim potekom bolezni, ki so hospitalizirani, pa velja, da niso več kužni, ko je test dvakrat negativen v razmiku 24 ur oz. 14 dni po prenehanju simptomov in znakov bolezni.

Bolniki z imunskimi motnjami so posebej ogroženi. Velja zanje poseben režim varovanja?

To pa poskusiva doreči kar skupaj: Pri tovrstnih pacientih je potek bolezni lahko hujši, začetni simptomi in znaki okužbe pa netipični (brez vročine, kašlja). Potencialne nevarnosti za okužbo pri pacientih z okvaro imunskega sistema so »zdravstvene ustanove«, kjer se zbirajo različni pacienti, tudi taki z okužbami. Pomembno je, da naj hodijo na kontrole le, če je nujno potrebno in po predhodnem dogovoru. Za redne, rutinske kontrole naj predhodno pokličejo zdravnika specialista in se pozanimajo, ali so nujno potrebne (zdravnik npr. lahko izda elektronski recept). Priporočamo, da imajo pacienti zalogo zdravil vsaj za en mesec. Pripravljeno naj imajo zdravstveno dokumentacijo: diagnozo, izvid zadnjega obiska pri specialistu, listo zdravil – vse to lahko fotografirajo z osebnim telefonom.

Kako je s samopreventivo pri imunsko ogroženih?

Pacientom svetujemo, naj so še posebej pazljivi pri druženju z drugimi osebami. Če je le mogoče, naj se osebe z imunskimi motnjami zadržujejo doma, oskrbujejo naj jih sorodniki itd. V primeru že minimalnih težav (slabo počutje, nejasna utrujenost, bolečine v mišicah, praskanje v žrelu), sploh pa ob porastu telesne temperature, kašlju in težkem dihanju naj takoj pokličejo osebnega zdravnika (oz. dežurnega) in se držijo njegovih navodil glede morebitne diagnostike novega koronavirusa.

V to skupino posebej ogroženih spadajo osebe s hudimi imunskimi motnjami (sploh če so starejše od 65 let in imajo npr. povečan krvni tlak itd.), kot so onkološki bolniki, ki prejemajo zdravila, ki zmanjšajo imunost (kemoterapija, biološka zdravila, medrol itd.) ali hodijo na obsevanje; revmatološki in drugi bolniki, ki prejemajo biološka zdravila, medrol in druga zdravila, ki zmanjšajo imunost (metotreksat, aravo, imuran itd.); osebe brez vranice, osebe, ki živijo s HIV, vsi prejemniki presadkov (transplantatov) in osebe, ki iz najrazličnejših razlogov prejemajo glukokortikoide (najpogosteje medrol). Zanje predlagamo, da so še posebej pazljivi pri druženju z drugimi osebami. Inhalacijski glukokortikoidi ne pomenijo dodatnega tveganja za hujši potek bolezni. Zelo pomembno pa je, da osebe, ki uživajo glukokortikoide (npr. medrol), na to opozorijo zdravnika, še posebno v dežurni službi, kjer jih zdravnik ne pozna. Pri hudo in kritično bolnih je treba zamenjati zdravilo medrol z drugo učinkovino (hidrokortizon). Če gre za pljučnico, je treba, če je le mogoče, zmanjšati odmerke imunosupresivnih učinkovin, včasih je treba zdravila ukiniti. Vedno se je treba posvetovati s specialisti, ki bolnika zdravijo zaradi temeljne bolezni (revmatologi, nefrologi, onkologi, gastroenterologi itd.). Večina ima na svojih spletnih straneh objavljene »Posebnosti zdravljenja v času pojavljanja COVID-19«. Pri vseh osebah z imunsko motnjo, ne glede na starost, pri nas uvedemo ob soglasju bolnika eksperimentalna zdravila proti COVID-19, ki pa imajo zelo pogosto součinkovanja z drugimi zdravili, pogosto tudi z imunosupresivnimi učinkovinami, ki jih bolnik prejema zaradi svoje temeljne bolezni. Pogosto je treba spremeniti odmerke zdravil, določenih zdravil pa ne smemo uporabiti. Če je bris nosnega in ustnega dela žrela negativen na novi koronavirus in gre za močan klinični sum za COVID-19, je treba preiskavo ponoviti.

Kako je z osebami, okuženimi s HIV?

Če redno prejemajo zdravila, kaže, po sedanjih podatkih, da ne predstavljajo povečanega tveganja za hujši potek bolezni, seveda če nimajo dodatnih bolezni (bolezni srca in ožilja, še posebno povečanega krvnega tlaka; pljučne, sladkorne, ledvične, jetrne bolezni itd.) in niso starejši. Pomembno je, da imajo nezaznaven virus v krvi, torej da redno prejemajo zdravila. Pri majhni koncentraciji celic CD4 pa je nevarnost hudega in tudi kritičnega poteka bolezni. Vsem osebam s HIV priporočamo maksimalno previdnost.

Kako je z zdravljenjem?

Glede na poznavanje življenjskega kroga virusa, imamo na voljo tri mesta (tarče) delovanja: vstopanje virusa v celico, zaviranje virusne proteaze in RNA-polimeraze. Z raziskavami dokazanega učinkovitega zdravila ne poznamo, nobeno od zdravil, ki delujejo na zgoraj omenjene tarče, seveda tudi ni registrirano za zdravljenje COVID-19, ker je bila bolezen odkrita nedavno in klinične raziskave še potekajo. Tako je na prvem mestu, žal, podporno zdravljenje. Trenutno poleg podpornega zdravljenja uporabljamo eksperimentalni režim zdravljenja z dvema učinkovinama (lopinavir/ritonavir *plus* klorokin), ki se sicer že desetletja uporabljata za zdravljenje drugih bolezni (HIV, malarija, avtoimunske bolezni). Na voljo imamo rezultate prve randomizirane klinične raziskave, opravljene pri 199 pacientih, ki kažejo, da zdravljenje hudih oblik bolezni COVID-19 z lopinavirjem/ritonavirjem ni učinkovito, če ga dajemo kot monoterapijo in ga uvedemo relativno pozno (okrog 10. dne bolezni). Kako je z učinkovitostjo zgoraj omenjenega kombiniranega

režima zdravljenja, če je predpisano dovolj zgodaj v poteku bolezni, še ne vemo, vendar sledimo izkušnjam pri zdravljenju drugih infekcijskih bolezni: pri osebah, pri katerih pričakujemo težji potek katerekoli infekcijske bolezni, je z zdravljenjem potrebno začeti čim prej, še posebej, če nimamo na voljo zelo učinkovitih zdravil.

Za določene težje in kritično bolne paciente lahko uporabimo zdravilo remdesivir, preko t.i. sočutnega programa farmacevtske tovarne, ki zdravilo izdeluje. Pacient mora izpolnjevati določene kriterije, odločitev pa je na strani farmacije, saj gre za zdravilo, ki je v 3. fazi kliničnih preizkušanj in še ni registrirano za uporabo. Za najtežje paciente, ki so hospitalizirani v enoti intenzivnega zdravljenja, imamo pri določenih indikacijah na voljo tudi biološko zdravilo tocilizumab, ki ne deluje protivirusno, ampak imunomodulatorno.

Obeta tudi zdravilo favipiravir, ki je registrirano in na voljo le na Japonskem za zdravljenje gripe. Trudimo se, da bi ga pridobili tudi mi, in sem optimist. Podobni obeti so z zdravilom umifenovir, ki je v Rusiji in na Kitajskem registrirano za zdravljenje gripe in ga na Kitajskem uporabljajo za zdravljenje pacientov s COVID-19. Z obema zdraviloma trenutno potekajo tudi klinične raziskave, katerih rezultate že nestrpno pričakujemo. V vrsti je še nekaj kandidatnih zdravil, z nekaterimi je narejenih že nekaj začetnih kliničnih študij.

Na predlog strokovnjakov z Zavoda za transfuzijo krvi, Ljubljana, poskušamo sedaj skupaj pristopiti tudi v mednarodni projekt zbiranja plazme s specifičnimi imunoglobulini, dobljenimi od prebolevnikov COVID-19. Menimo, da na ta način, če jih vbrizgamo okuženemu bolniku dovolj zgodaj, lahko bistveno oslabimo potek bolezni.

Številni ponujajo najrazličnejša zdravila.

Ogromno je seveda tudi najrazličnejših alternativnih in komplementarnih predlogov zdravljenja. Vse to me spominja na zgodnja obdobja HIV/aidsa, ko so bila na dnevnem redu čudežna zdravila, vendar se nobeno ni izkazalo za učinkovito. Potrebno je bilo trdo in dolgoletno delo, ki je obrodilo sadove, saj je dandanes ta bolezen dobro obvladljiva. Tudi zahvaljujoč HIV/aidsu je današnja biotehnologija na neprimerno višji ravni, zato sem zmeren optimist, da bomo kmalu dobili učinkovito zdravilo za COVID-19, predvsem pa cepivo proti novemu koronavirusu. Vendar pa so postopki v medicini jasni in ne da se jih prehiteti.

Med vsemi možnimi predlogi, ki mi jih dobronamerno pošiljajo številni kolegi in tudi druge osebe zainteresirane javnosti, bi izluščil nasvet kolegice Darje Ambrožič, dr. med., prehranske svetovalke, ki meni sledeče: »V dneh, ko se življenje vrti okoli epidemije COVID-19, velja znotraj mediteranske prehrane posvetiti pozornost količini in načinu priprave obrokov, ki nas bodo oskrbeli s primerno količino cinka v kombinaciji s flavonoidi, ki imajo morda ugodne učinke pri preprečevanju tovrstne bolezni.« Povezavo najdete na: https://www.svetovanjeda.si/prispevki/

Zdrav način življenja vedno šteje!

V kakšnem obdobju epidemije smo?

Mislim, da smo v zelo pomembnem, rekel bi kritičnem obdobju epidemije. Pomembno je, da smo ustavili javno življenje. Družinski zdravniki in epidemiologi pa imajo v tem trenutku zelo ključno vlogo. Biti morajo zelo previdni, da ne spregledajo osebe, pri kateri bi bil potek bolezni lahko hud ali kritičen, in da ta ne bo prišla v bolnišnico (pre)pozno (pomen tega glej tudi pri zdravljenju). Tudi take osebe imajo lahko prve dni bolezni blag potek, nato pa se njihovo zdravstveno stanje naglo poslabša, kar ni redkost. Na srečo so na MZ in NIJZ spremenili navodila glede testiranj, ki so sedaj bolj opredeljena in jasna, na kar smo infektologi opozorili takoj pri omejevanju testiranja. Treba je tudi vedeti, ali partner netestirane simptomatske osebe dela na izpostavljenih delovnih mestih, kot so zdravstvo, domovi starejših občanov, zavodi s prizadetimi osebami, pomembne veje gospodarstva, ali je vodstveni kader, opravlja delo v parlamentu, vladi itd.

Kaj bi izpostavil:

1. da se natančno sprašuje o okoliščinah obolelega in se šele nato odloči za morebitno netestiranje;
2. da se testira vse, kjer je možen hujši potek, zato da bodo testirani »v miru« (ne urgentno npr. sredi noči) in bo pri morebitnem poslabšanju odprta klinična pot v bolnišnico.

Če skušam vse napisano strniti v eno misel: Zelo pomembno je dosledno izvajanje priporočil MZ in NIJZ, ki so sedaj bolje opredeljena. Za boljše izvajanje morajo vsi, ki »triažirajo«, to delati maksimalno zavzeto, odgovorno in z dovolj znanja. Previdnost je potrebna tudi za druge infekcijske in ostale bolezni, ki se jih v obdobju epidemije COVID-19 lahko zgreši (pljučna embolija, sepsa, apendicitis, miokardni infarkt, legionarska bolezen itd.). Če je test na novi koronavirus negativen, je treba razmišljati o drugih vzrokih bolnikovih težav, včasih pa gre lahko tudi za kombinacijo COVID-19 in dodatne bolezni, še posebno pri starejših osebah. Kot vemo vsi, je »zdravljenje po telefonu« lahko zelo nevarno!!!

Kako je z nošenjem zaščitnih mask pri zdravstvenih delavcih?

Sedaj smo v obdobju epidemije, ko je vsak pacient, ki pride v zdravstveni sistem, potencialno lahko okužen s koronavirusom. Vsem pacientom je treba ob prvem stiku namestiti zaščitno masko, v nadaljevanju oskrbe pa po potrebi. Za vse zdravstvene delavce je priporočljivo, da na delovnem mestu nosijo zaščitne maske. Specifična priporočila glede samozaščitnega obnašanja si

poglejte na spletnih straneh MZ in NIJZ.

Kako je z uporabo zaščitnih mask v javnem življenju?

Zunaj ob vzdrževanju ustrezne distance uporaba mask ni smiselna. Ni raziskav, ki bi utemeljile smiselnost vsesplošnega nošenja mask v javnosti (v odprtih in zaprtih prostorih). Osebam iz tveganih skupin svetujemo, da se zadržujejo doma. V skrajnih primerih, če imajo neodložljive nujne opravke in so namenjene v prostore, kjer lahko pričakujejo več ljudi, bi priporočil nošenje zaščitne maske (kirurška maska). Zelo pomembno je tudi, da maske uporabljajo pravilno (navodila MZ in NIJZ).

Ljudje z respiratornimi simptomi morajo biti v samoizolaciji! Če morajo na pregled k zdravniku, naj si, preden vstopijo v ambulanto, nadenejo masko, če jo imajo. Sicer jo morajo tako in tako dobiti pred vstopom v ambulanto (glej zgoraj).

Kako je s sprejemanjem pacientov s COVID-19 v bolnišnice zunaj Ljubljane?

Trenutno so štiri bolnišnice, ki so določene za sprejemanje tovrstnih bolnikov. Na naši kliniki seveda želimo, da so ti centri že zdaj čim bolj aktivni, da pridobijo izkušnje, ko bodo potrebe po hospitalizaciji večje in v Ljubljani ne bomo zmogli vsega. Izkušnje morajo pridobiti tudi v enotah intenzivnega zdravljenja. Kolegom iz drugih centrov smo vedno na voljo za nasvete ali pomoč pri izobraževanju.

Poseben problem je tudi obvladovanje razmer v domovih za starejše (DSO)?

Na vsak način, to je daleč najbolj ogrožena skupina in njihova koncentracija v DSO zahteva posebno organiziranost. Od zaščitnih ukrepov, da okužba ne pride v DSO, do povečane skrbi za varovance v obdobju, ko niso več mogoči tako redni obiski svojcev, do oblikovanja načrta paliativne oskrbe varovancev. V primeru izrednih zdravstvenih razmer se bo težko hitro odločati. Danes si je treba vzeti čas in se strokovno in človeško pogovoriti s svojci oz. drugimi bližnjimi osebami o možnih scenarijih.

Kako naj zdravnik svetuje pacientom, ki prejemajo zaviralce angiotenzinske konvertaze (ACE) ali blokatorje angiotenzinskih receptorjev (ARB, imenovane tudi sartani)?

Za odgovor sem prosil kolega kardiologa doc. dr. Jano Brguljan Hiti in prof. dr. Zlatka Frasa, ki sta zapisala:

Virus SARS-CoV-2 vstopa v celice z vezavo na receptor ACE-2. Od tod razmišljanje, da zaviranje renin-angiotenzinskega sistema vpliva na potek okužbe. Na eni strani so se pojavile hipoteze, da zaviranje renin-angiotenzinskega sistema poveča število receptorjev ACE-2 in s tem okrepi virulenco virusa; na drugi strani pa, da zaviranje renin-angiotenzinskega sistema ublaži okvaro pljučnega tkiva pri COVID-19 in s tem izboljša potek bolezni, podobno kot to velja za druge virusne pljučnice. Ta trenutek nimamo zanesljivih podatkov, da zaviranje renin-angiotenzinskega sistema vpliva na COVID-19, vemo pa, da zaviralci ACE in ARB preprečujejo srčno-žilne bolezni oz. njihovo poslabšanje. Na podlagi trenutno razpoložljivih dokazov priporočamo:

1. pri bolnikih brez okužbe zaenkrat ni utemeljenega razloga za opustitev zdravljenja z zaviralci ACE ali ARB in bolniki naj nadaljujejo z zdravljenjem po objavljenih smernicah;
2. pri bolnikih, ki so okuženi (pozitivni na SARS-CoV-2), nadaljujemo z zdravljenjem v skladu z veljavnimi priporočili;
3. pri bolnikih z vročino in dihalnimi simptomi zaviralce ACE ali ARB ukinemo le, če je to klinično indicirano (npr. glede na krvni tlak in delovanje ledvic);
4. pri ogroženih posameznikih zaenkrat ni na voljo dokazov, da bi zaviralce ACE ali ARB uvajali z namenom preprečevanja pljučne okvare oz. lajšanja poteka virusne okužbe.

Možno je, da bomo z novimi dokazi priporočila za zdravljenje srčno-žilnih bolezni prilagodili v skladu s spoznanji o njihovem vplivu na boljši ali slabši potek bolezni COVID-19, vendar zaenkrat podatkov za utemeljitev tovrstne spremembe v priporočilih ni.

Kako je z uporabo nesteroidnih antirevmatikov (NSAR) v času epidemije COVID-19?

Odgovor Žige Rotarja, dr. med., v imenu konzilija KO za revmatologijo UKCL je naslednji:

Raziskav, ki bi natančno opredelile varnost uporabe NSAR pri COVID-19, nimamo. V literaturi je majhno število objav, ki omenjajo možnost, da NSAR morda nekoliko zavrejo protitelesni odziv pri virusnih okužbah, v praksi pa tega ne zaznavamo kot velik problem. Virus SARS-CoV-2 vstopa v celice na površini dihal, prebavil, ledvic, žil itd. Nekaj rezultatov raziskav kaže, da bi lahko ibuprofen olajšal vstopanje virusa v celice. Drugih NSAR glede tega niso raziskovali, se pa po načinu delovanja ne ločijo bistveno od ibuprofena. Pred uporabo kateregakoli zdravila moramo pretehtati možne koristi in tveganja. NSAR so zdravila, ki učinkovito zmanjšujejo bolečine in vročino, imajo pa precej vsem nam dobro znanih neželenih učinkov in omejitve za uporabo, ki jih moramo upoštevati, ne glede na COVID-19. NSAR uporabljamo v skladu z navodili zdravnika, v najmanjšem možnem odmerku, za najkrajši možni čas. Glede na varnostni profil in na to, da na podlagi trenutno dostopnih podatkov ni možno zanesljivo izključiti možnosti neugodnega vpliva NSAR na potek COVID-19, je verjetno smiselno bolečine v času širjenja COVID-19 lajšati v prvi vrsti s čistim analgetikom paracetamolom (samostojno ali

v kombinaciji z majhnim odmerkom tramadola), razen kadar je zdravljenje z NSAR nujno potrebno – npr. ob akutnem zagonu protina ali psevdoprotina, poslabšanju ankilozirajočega spondilitisa, revmatoidnega artritisa.

Nalezljive bolezni, ki udarijo tako, kot je COVID-19, vzbudijo izjemno pozornost javnosti, vključno s temno platjo tega – odtekanjem informacij o bolnikih. Ti si že doživel nekaj podobnega pri bolnikih, okuženih s HIV?

Žal je informacijska neodgovornost pojav, ki mu v našem okolju ne moremo stopiti na prste in se zelo žalostno pokaže, zlasti ko gre za »razvpite« bolezni, kot je zdaj COVID-19. Nekaj je mogoče urediti s sistemskimi ukrepi – informatiki morajo v informacijske sisteme vgrajevati algoritme, ki hitro odkrijejo brskanje po podatkih, s katerimi »radovednež« nima kaj početi – slediti morajo vnaprej določene ostre sankcije. Veliko težje pa je obvladati (ne)kulturo govoric, ki zlasti v primeru bolnih kolegov završijo po vsej bolnišnici. Pri tem pa nikoli ni dovolj poudarjati, da je že jutri naslednja žrtev tako žalostnega pomanjkanja kolegialne empatije lahko prav tisti, ki danes pri kavi veselo razlaga, kdo od kolegov leži na katerem oddelku.

Ali misiš, da so v zvezi z epidemijo COVID-19 odločitve epidemiologov, infektologov, politike in celotne družbe dobre?

Verjamem, da so odločitve dobre v trenutku, ko jih sprejmemo, ni pa nujno, da bo tako tudi čez en teden, en mesec oz. ob koncu epidemije. Večkrat so mnenja deljena, ker je v medicini malo 100 %, zato je pogosto treba izluščiti optimalen pomen v določenih okoliščinah in se odločiti čim bolj strokovno in tudi pragmatično. Nujno je stalno prilagajanje, ker čedalje bolj razumemo obnašanje epidemije, priznanje napak, ne obtoževanje, ampak stalno izboljševanje celotnega sistema. Včasih nam vsem manjka zdrave kmečke pameti! Seveda bodo po bitki vsi generali (že zdaj jih je veliko).

Prof. dr. Alojz Ihan, dr. med.,
odgovorni in glavni urednik Isis,
alojz.ihan@mf.uni-lj.si