ŁAGODZENIE SKUTKÓW PANDEMII WŚRÓD GRUP WYSOKIEGO RYZYKA – OSOBY 60+

Dr hab. n. med. Filip M. Szymański, prof. uczelni

Projekt „Łagodzenie skutków pandemii wśród grup wysokiego ryzyka – osoby 60+”
finansowany ze środków Ministerstwa Edukacji i Nauki na podstawie Decyzji Nr 41/WFSN/2021

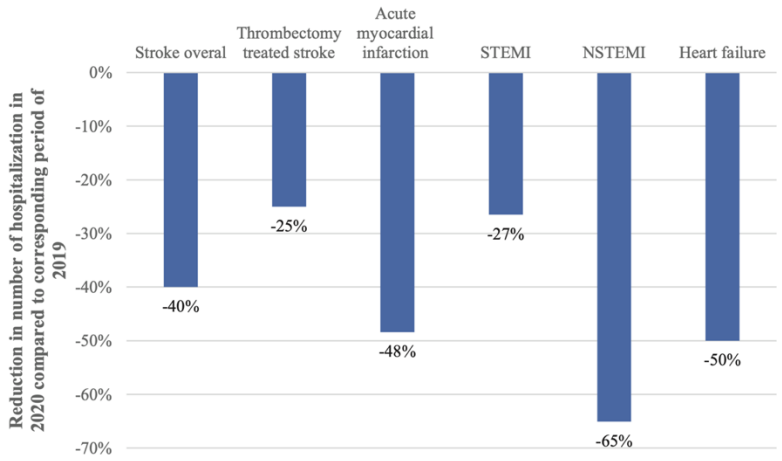
W ciągu ostatnich dwóch lat system opieki zdrowotnej zmienił się – przynajmniej przejściowo – z uwagi na konieczność przestawienia się na opiekę nad pacjentami z COVID-19 i zapobieganie przenoszeniu wirusa (Dong, Hu, Gao, 2020). Odsetek rutynowych osobistych wizyt lekarskich w przypadku chorób przewlekłych gwałtownie spadł na rzecz telewizyt i różnego rodzaju porad telemedycznych, które do tej pory nie były szeroko stosowane. Zmieniły się także częstość i rodzaj wykonywanych procedur medycznych, zwłaszcza elektywnych, takich jak alloplastyka stawów czy diagnostyka nieinwazyjna chorób. Wiele z planowych badań i hospitalizacji zostało przełożonych lub nie odbyło się.

Wirus SARS-CoV-2 spowodował ponad 248 milionów potwierdzonych przypadków choroby COVID-19 na całym świecie, powodując około 5 milionów zgonów. W Polsce na dzień 4 listopada 2021 roku zaraportowano łącznie 3 045 102 przypadki i 77 145 zgonów (Dong, Du, Gardner, 2020). Tym samym wzrost liczby hospitalizacji i zgonów znacznie przekroczył możliwości obecnego systemu opieki zdrowotnej. Obecna sytuacja ujawniła w wielu obszarach brak potencjału opieki medycznej w warunkach pandemii, co ewidentnie było widać zwłaszcza w krajach o niskich i średnich dochodach (Chang, McAleer, 2020). Gotowość systemów opieki zdrowotnej jest zazwyczaj oceniana w sześciu kategoriach: zapobieganie, wykrywanie i raportowanie, szybkie reagowanie, system opieki zdrowotnej, zgodność z międzynarodowymi normami i środowiskiem ryzyka. Nawet pomimo wysokiego poziomu gotowości, w niektórych krajach, na przykład we Włoszech, liczba przypadków znacznie przekraczała pojemność szpitali, co prowadziło do zwiększonej śmiertelności.

Ponadto epidemia znacząco zmieniła dostępność poszczególnych zasobów opieki zdrowotnej (w tym łóżek szpitalnych, wizyt specjalistycznych), co prowadzi do niższego wskaźnika przyjęć szpitalnych innych niż COVID-19. Niedawne wieloośrodkowe, obserwacyjne, ogólnokrajowe badanie przeprowadzone we Włoszech w celu zebrania danych na temat przyjęć z powodu ostrego zawału mięśnia sercowego w trakcie epidemii COVID-19, wykazało niepokojące dane (De Rosa, Spaccarotella, Basso, 2020). Odnotowano zmniejszenie liczby hospitalizacji z powodu świeżego zawału serca o 48,4% w porównaniu z analogicznym tygodniem w 2019 roku. Spadek ten był istotny zarówno w przypadku zawału mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST, jak i zawału mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST. Zaobserwowano również spadek liczby pacjentów hospitalizowanych z powodu niewydolności serca o około 50% (Hall, Vaduganathan, Khan, 2020).

Ten sam trend zaobserwowano w przypadku udaru mózgu (Hall i inni, 2020; Rudilosso,

Laredo, Vera, 2020). W jednym z badań oceniono, że liczba przyjęć do szpitala związanych z udarem mózgu spadła o około 40%, podczas gdy częstość leczenia inwazyjnego metodą trombolizy i trombektomii spadła o 25%. Oba przypadki są tym bardziej niepokojące, że COVID-19 powoduje zwiększone ryzyko powikłań zakrzepowo-zatorowych, a zatem zawału mięśnia sercowego i udaru mózgu. Tak więc wcześniej prezentowana liczba może być niedoszacowana (Connors, Levy, 2020) – rysunek 1.



Co więcej, epidemia wpłynęła nie tylko na hospitalizacje w trybie ostrym, ale także na hospitalizacje z powodu zabiegów planowych (Di Martino, García Septiem, Maqueda González 2020). Prawdopodobnie to oddziały zabiegowe doświadczyły najbardziej dramatycznych zmian w swoim działaniu wraz z szybko zmniejszającą się liczbą operacji planowych. Analizy pokazują, że nie tylko całkowita liczba wykonywanych zabiegów drastycznie spadła, ale większość operacji dotyczyła chorób onkologicznych i zabiegów pilnych (Iacobucci, 2020). Na przykład w Anglii Narodowa Służba Zdrowia (NHS) Wielkiej Brytanii zawiesiła wszystkie planowane operacje na trzy miesiące w celu ponownego wykorzystania zasobów w związku z pandemią COVID-19 (Iacobucci, 2020). Podobnie w Polsce na wiele miesięcy odłożono zabiegi planowe.

Dane statystyczne pokazują także zmiany w opiece ambulatoryjnej świadczonej przez lekarzy w większości specjalności. Dotychczas publikowane dane dotyczą urologii, okulistyki, dermatologii, ale także geriatrii i opieki paliatywnej (Ficarra, Novara, Abrate, 2020; Borasio, Gamondi, Obrist, Jox, 2020). Jedną z odpowiedzi na ten problem może być poprawa telemedycyny, przede wszystkim poprzez wzmożoną diagnostykę i badania przesiewowe w warunkach domowych, nadzór nad zdrowiem publicznym i epidemiologię (Mahmood, Hasan,

Colder Carras, Labrique, 2020). Jednak obszar ten jest nadal w dużej mierze niewykorzystany, zwłaszcza w krajach o niskich i średnich dochodach. Jednocześnie zmniejszyła się liczba hospitalizacji z powodu chorób przewlekłych niezwiązanych z COVID-19. Globalnie istotnie wzrosła śmiertelność z powodu demencji, chorób sercowo-naczyniowych i cukrzycy; nie jest jasne, czy trendy te odzwierciedlały prawdziwy wzrost, czy niedoszacowanie zgonów związanych z COVID-19. Co więcej, statystyki pochodzące z analizy przesiewowych badań laboratoryjnych pokazały, że spadły średnie stężenia cholesterolu LDL i hemoglobiny glikowanej, podobnie jak częstość wystawiania recept na statyny i metforminę. Jest to najprawdopodobniej spowodowane niską zgłaszalnością pacjentów do lekarzy i niewykonywaniem dostatecznej liczby badań, zwłaszcza w populacjach wysokiego ryzyka oraz osób w wieku podeszłym (Hacker, Briss, Richardson, Wright, Petersen, 2021).

W polskich danych wykazano między innymi, że w trakcie lockdownu Polacy częściej angażowali się w działania związane z samoleczeniem. W badaniu ankietowym prawie połowa respondentów (45,6%) wskazała, że co najmniej raz podjęła niewłaściwe samoleczenie podczas lockdownu (na przykład 16,6% przyjmowało prewencyjnie leki bez recepty, a 16,8% przyjmowało leki na receptę bez konsultacji z lekarzem). Niektóre z tych osób nigdy nie podejmowały takich prób przed pandemią (Makowska, Boguszewki, Nowakowski, Podkowińska, 2020).

Ostatnią kwestią, którą należy poruszyć podczas omawiania wpływu COVID-19 na opiekę zdrowotną, są długoterminowe konsekwencje pandemii. Z jednej strony omawiany wcześniej zmniejszony dostęp do pracowników służby zdrowia i obawa przed szukaniem profesjonalnej pomocy powoduje wzrost śmiertelności i pogorszenie rokowań wielu pacjentów. Szczegółowe dane na ten temat wymagają jednak dłuższego okresu obserwacji. Z drugiej strony izolacja społeczna i spowolnienie produkcji przemysłowej spowodowały zmniejszenie poziomu zanieczyszczenia powietrza (Li, Li, Huang, 2020; Wang, Su, 2020). Wydaje się, że w przypadku regionów wysoko uprzemysłowionych, czyli w Chinach, jakość powietrza w ostatnich miesiącach radykalnie się poprawiła, co przyczynia się do globalnej redukcji emisji dwutlenku węgla. Wcześniej wykazano, że nawet niewielka, krótkotrwała poprawa jakości powietrza skutkuje obniżeniem zachorowalności i umieralności (Chen, Yin, Meng, 2017; Bae, Kwon, 2019).

W 2021 roku National Academies of Sciences – Engineering and Medicine opublikowano dwa raporty dotyczące sposobów minimalizowania skutków pandemii, w których zaleca się, aby zespoły wielodyscyplinarne współpracowały z pacjentami w celu zaspokojenia potrzeb medycznych i społecznych, a organizacje świadczące opiekę zdrowotną przeciwdziałały także

wypaleniu zawodowemu personelu medycznego.

W Polsce obecnie realizowanych jest już kilka programów prewencyjnych mających na celu z jednej strony wyselekcjonowanie pacjentów wysokiego ryzyka na wczesnym etapie choroby, a z drugiej niwelowanie skutków pandemii. Kluczowym przykładem tego typu programów jest program Profilaktyka 40 Plus. Głównym celem programu jest ocena organizacji i efektywności objęcia świadczeniobiorców od 40 roku życia profilaktyczną diagnostyką w zakresie najczęściej występujących problemów zdrowotnych. Inne programy rządowe ukierunkowane na wczesną diagnostykę i leczenie chorób to między innymi: Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2017-2021, Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej, Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, Program Dostępność Plus dla zdrowia czy Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej na lata 2016-2020.

Z całą pewnością całkowite zniwelowanie następstw pandemii będzie bardzo trudne oraz czaso- i kosztochłonne. Jednak zorganizowane wysiłki na szczeblu ogólnokrajowym są w stanie poprawić zarówno zdrowie, jak i rokowanie wielu Polaków, zwłaszcza z grup wysokiego ryzyka i po 60 roku życia.

Bibliografia:

Bae S., Kwon H.J. (2019). Current state of research on the risk of morbidity and mortality associated with air pollution in Korea. *Yonsei Medical Journal*, nr 60. DOI: 10.3349/ymj.2019.60.3.243.

Borasio G.D., Gamondi C., Obrist M., Jox R. (2020). For the COVID-task force of palliative Ch. COVID-19: decision making and palliative care. *Swiss Medical Weekly*. DOI: 10.4414/smw.2020.20233.

Chang C-L., McAleer M., (2020). Alternative global health security indexes for risk analysis of COVID-19. *Int J Environ Res Public Health*, nr 17. DOI: 10.3390/ijerph17093161.

Chen R., Yin P., Meng X. (2017). Fine particulate air pollution and daily mortality. A nationwide analysis in 272 Chinese cities. *American journal of respiratory and critical care medicine*, nr 196. DOI: 10.1164/rccm.201609-1862OC.

Connors J.M., Levy J.H. (2020). COVID-19 and its implications for thrombosis and anticoagulation. *Blood*. DOI: 10.1182/blood.2020006000.

De Rosa S., Spaccarotella C., Basso C. (2020). Reduction of hospitalisations for myocardial infarction in Italy in the COVID-19 era. *European Heart Journal*. DOI: 10.1093/eurheartj/ehaa409.

Di Martino M., García Septiem J., Maqueda González R. (2020). Elective surgery during the SARS-CoV-2 pandemic (COVID-19): a morbimortality analysis and recommendations on patient prioritisation

and security measures. *Cirugía Española*. DOI: 10.1016/j.ciresp.2020.04.029.

Dong E., Du H., Gardner L. (2020). An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. *The Lancet Infectious Diseases*, nr 20: s. 533-534, https://coronavirus.jhu.edu/map.html.

Dong L., Hu S., Gao J. (2020). Discovering drugs to treat coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Drug Discoveries & Therapeutics*, nr 14, s. 58–60. DOI: 10.5582/ddt.2020.01012.

Ficarra V., Novara G., Abrate A. (2020). Urology practice during COVID-19 pandemic. *Minerva Urol Nefrol*. DOI: 10.23736/S0393-2249.20.03846-1.

Hall M.E., Vaduganathan M., Khan M.S. (2020). Reductions in heart failure hospitalizations during the COVID-19 pandemic. *J Card Fail*. DOI: 10.1016/j.cardfail.2020.05.005.

Hacker K.A., Briss P.A., Richardson L., Wright J., Petersen R. (2021). COVID-19 and chronic disease: the impact now and in the future. *Preventing Chronic Disease*, nr 18. DOI: http://dx.doi.org/10.5888/pcd18.210086.

Iacobucci G. (2020). Covid-19: all non-urgent elective surgery is suspended for at least three months in England. *BMJ*. DOI: 10.1136/bmj.m1106.

Li L., Li Q., Huang L. (2020). Air quality changes during the COVID-19 lockdown over the Yangtze River Delta Region: an insight into the impact of human activity pattern changes on air pollution variation. *Science of the Total Environment*, nr 732. DOI: https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.139282.

Mahmood S., Hasan K., Colder Carras M., Labrique A. (2020). Global Preparedness Against COVID-19: We Must Leverage the Power of Digital Health. *JMIR Public Health Surveill*. DOI: 10.2196/18980.

Makowska M., Boguszewki R., Nowakowski M., Podkowińska M. (2020). Self-Medication-Related Behaviors and Poland's COVID-19 Lockdown. *Int J Environ Res Public Health*, nr 17(22). DOI: 10.3390/ijerph17228344.

Rudilosso S., Laredo C., Vera V. (2020). Acute stroke care is at risk in the era of COVID-19: experience at a comprehensive stroke center in Barcelona. *Stroke*. DOI: 10.1161/STROKEAHA.120.030329.

Wang Q., Su M. (2020). A preliminary assessment of the impact of COVID-19 on environment—a case study of China. *Science of the Total Environment*, nr. 728. DOI: 10.1016/j.scitotenv.2020.138915.