Gazeta Wyborcza
13.03.21 nr: 60 str. 3 nakład: 158500 egz.

Spotkanie w Klubie „Wyborczej"

Co robi z nami koronawirus

Adwokat nie może prowadzić sprawy, bo nie pamięta ważnych faktów. Studentka rezygnuje z sesji, bo nic nie pamięta. Z każdym dniem w Polsce przybywa zdezorientowanych ludzi, którzy przechorowali COVID-19 i nazywamy ich ozdrowieńcami. A oni zdrowi nie są.

FOT. MATEUSZ SKWARCZEK / AGENCJA GAZETA

Agnieszka Urazińska

Ponad rok temu minister zdrowia ogłaszał, że mamy w Polsce pacjenta zero. Od tego czasu koronawirusa potwierdzono u 1,8 mln osób, a ponad 46 tys. Polaków zmarło. Mamy ponad 1,5 mln ozdrowieńców, a bardzo wielu z nich skarży się, że mimo mijających tygodni i miesięcy od infekcji dokuczliwe objawy po chorobie zostały. Uniemożliwiają funkcjonowanie, pracę, są powodem frustracji i depresji. Dlatego „długi COVID" to temat aktualny, z każdym dniem coraz bardziej – bo przybywa ozdrowieńców z problemami.

Do najnowszej rozmowy w Klubie „Wyborczej" zaprosiliśmy więc ekspertów lekarzy: dr. Michała Chudzika z Kliniki Kardiologii UM, dyrektora medycznego Medicover Polska, inicjatora badań nad ozdrowieńcami, które prowadzi już od wielu miesięcy, oraz prof. Jana Szczegielniaka, fizjoterapeutę i autora pilotażowego programu rehabilitacji pulmonologicznej w Szpitalu Specjalistycznym MSWiA w Głuchołazach, który pomaga ozdrowieńcom dojść do formy.

ROZMOWA Z
DR. MICHAŁEM CHUDZIKIEM I PROF. JANEM SZCZEGIELNIAKIEM

EWA TOMKOWSKA: Panie doktorze, czy po roku doświadczeń, rozmów z pacjentami, badań i obserwacji może pan powiedzieć, jaki jest COVID-19?
DR MICHAŁ CHUDZIK: Wciąż nabieramy dużej pokory do tej choroby. To zjawisko niespotykane w ogóle w historii medycyny. Podaje się, że codziennie ginie kilkadziesiąt osób z powodu COVID-19, to tak, jakby codziennie rozbijał się jeden mały samolot. Śmiertelność w szpitalach wynosi nawet do kilkudziesięciu procent, rzadko się zdarza taka choroba. Obserwujemy też odległe skutki COVID-19 i wiemy już, niestety, że to nie jest zwykła infekcja, która po tygodniu przemija.

AGNIESZKA URAZIŃSKA: Od wielu miesięcy bada pan ozdrowieńców, którzy chorowali w domu, ze średnimi lub skąpymi objawami. Dlaczego zdecydował się pan właśnie na tę grupę?
M.CH.: Na początku pandemii zwróciłem uwagę, że w COVID-19 problemem są nie tylko śmiertelność i choroby płuc, ale również choroby sercowo-naczyniowe. Wydało mi się to ciekawe. Chciałem zbadać, czy u osób, które chorują lekko w domu, a mają nadciśnienie, ten pozornie lekki COVID będzie miał wpływ na skutki odległe tych chorób. Wiedzieliśmy, że koronawirus wnika w te komórki przez szczególny enzym, który jest odpowiedzialny za regulację ciśnienia. Były przesłanki, aby się spodziewać, że konsekwencje mogą być bardziej rozszerzone niż tylko sama infekcja płucna. Przebadałem w programie „Stop – COVID" 940 osób, a niezwykłość tej choroby to wieloobjawowość. Są te dominujące – jak duszność, bóle w klatce piersiowej, kaszel, osłabienie, bóle głowy, szybkie bicie serca, arytmia. Od początku zwracało uwagę, że choć od zakończenia infekcji mija kilkanaście tygodni, to pacjenci w dalszym ciągu podają bardzo liczne dolegliwości.

PROF. JAN SZCZEGIELNIAK: Spodziewaliśmy się objawów związanych przede wszystkim z osłabieniem, stąd idea rehabilitacji. Ale objawów było dużo więcej, wyszczególniono już ponad 50 takich, które wiążą się z COVID-19. Pacjenci mają bóle mięśniowe, stawowe, klatki piersiowej, głowy, mają zaburzenia równowagi, pamięci, kłopoty z koncentracją. Występują lęki i objawy depresji. Nie mówię tu już o pomniejszych, choć bardzo uciążliwych objawach, takich jak bezsenność, bóle głowy, bóle zębów, zaburzenia wzroku czy wypadanie włosów. To wszystko stwierdziliśmy u tych pacjentów, którzy przebywali u nas na rehabilitacji, i musieliśmy te objawy brać pod uwagę w tym usprawnianiu, które było tylko i wyłącznie na samym początku ukierunkowane na te możliwości wysiłkowe.

E.T.: Czym jest „długi COVID"?
J.S.: Przyjmuje się, że objawy, które utrzymują się powyżej 12 tygodni, możemy nazywać „długim COVID-em". Na początku spodziewaliśmy się, że rehabilitacji będą wymagali pacjenci z ciężkim przebiegiem, którzy byli w szpitalu, na oddziałach intensywnej terapii. Okazuje się, że mnóstwo tych objawów występuje także u pacjentów skąpoobjawowych. Druga komplikacja polega na tym, że problemów spodziewaliśmy się u pacjentów starszych – powiedzmy powyżej 50. czy 60. roku życia. A występują też u młodych, 20-30-letnich, których mamy 10-20 proc.

A.U.: Powikłania dotyczące płuc, serca łatwiej nam sobie wyobrazić, bo wiemy, że koronawirus atakuje płuca. Ale z badań dr. Chudzika wynika, że wielu ozdrowieńców skarży się na mgłę mózgową.
M.CH.: Mgła mózgowa to takie romantyczne określenie, ale realia życia tych pacjentów romantyczne nie są. To zespół objawów, które wiążą się z przebyciem choroby COVID-19, natomiast dla nas medycznie bardziej to przypomina takie łagodne zespoły otępienne czy zaburzenia poznawcze – to, co czasami wyprzedza o kilkanaście lat prawdziwą demencję, która spotyka osoby starsze. A my mamy osobę 20-, 30-, 40-letnią i nagle ona musi się zmierzyć z problemem, który do tej pory był typowy tylko dla seniorów. Jest adwokat, który nie może prowadzić swojej pracy, bo nie pamięta nic na sprawie sądowej. Albo studentka, która nie jest w stanie przygotować się do żadnego egzaminu, bo nic nie pamięta. I pacjent, który pracuje w korporacji, uczył się kilka lat języka angielskiego i po powrocie do pracy ma problem, bo mówi na poziomie podstawowym, nie może się komunikować. Ozdrowieńcy nie pamiętają podstawowych imion czy PIN-u do karty.

J.S.: Mówimy też o tzw. mowie covidowej, specyficznej, takiej powolnej, która wymaga bardzo długiej rehabilitacji. Często problemy poznawcze dotykają aktywnych zawodowo młodych osób. Na rehabilitację trafiają też lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci, którzy nie mogą wrócić w tej chwili do pracy. W pracy z nimi nie rozmawiamy o poziomie krzyżówek, tylko kolorowanek. Proszę zobaczyć, jakie to jest cofnięcie. Ten stan znaliśmy dotychczas u osób, które przechodzą udary. Świadomość, że pacjent coś umiał, a teraz nie potrafi, jest dla niego straszna, wymaga naprawdę bardzo mocnej pomocy psychologicznej.

E.T.: Panie profesorze, COVID-19 to jest nowa choroba. Skąd wiadomo, jak rehabilitować pacjentów?
J.S.: Nie wiadomo i dlatego jest program pilotażowy. Wiedzieliśmy, że pacjenci wymagają rehabilitacji, bo większość nie może wrócić do pracy ze względu na swoją niepełnosprawność. I tę niepełnosprawność trzeba próbować niwelować. To wymaga poprawy możliwości wysiłkowych pacjenta. Oparliśmy się na autorskim programie dotyczącym pacjentów chorujących na POChP. Staraliśmy się ten program dostosować do możliwości pacjentów po COVID-19. Gdy dowiadywaliśmy się o wszystkich innych objawach, o których wspominaliśmy, musieliśmy je także uwzględniać w tym programie. Lekiem, który staramy się stosować u tych pacjentów, jest ruch. Wysiłek jest dostosowany do indywidualnych możliwości chorego. Ale to także ćwiczenia relaksacyjne, bo dzisiaj powiedzieliśmy o lęku i depresji, również ćwiczenia i zabiegi związane z zaburzeniami równowagi czy bólami mięśni i stawów.

A.U.: Według statystyk mamy 1,5 mln ozdrowieńców. Wielu z nich skarży się na problemy ze zdrowiem. Sami sobie z tym nie poradzą, potrzebują lekarzy. Wcześniej, przed pandemią, już były problemy z dostępnością do lekarzy czy lekarzy rodzinnych. Czy oni są w ogóle przygotowani na takie wyzwanie i taki tłum?
M.CH.: Chory po COVID-19 jest pacjentem wielospecjalistycznym. To kluczowa sprawa, by lekarze rodzinni zostali aktywnie włączeni w proces leczenia i diagnozowania. Lekarz rodzinny dokonuje wstępnej oceny i później decyduje, co dalej. Powinna to być osobista wizyta pacjenta. W ramach naszego programu zaczęliśmy pilotażową współpracę z POZ, bo uważam, że to jest niezwykle ważne, aby chory pierwszy etap diagnostyki przeszedł u lekarza rodzinnego. Określiliśmy jasno zasady, które objawy diagnozuje lekarz rodzinny, jakie wykonuje badania. Uważam, że przy dobrej organizacji możemy dobrze sobie poradzić.

W każdym regionie powinien powstać jeden ośrodek, który będzie się zajmował pacjentami po COVID-19. Służę swoją wiedzą, koledzy się do mnie zgłaszają, wiem, że Kujawsko-Pomorskie taką inicjatywę podjęło. ●

Rozmawiały: Ewa Tomkowska i Agnieszka Urazińska

Spotkania Klubu „Wyborczej"

- Do Klubu „Wyborczej" zapraszamy na rozmowy o najważniejszych bieżących problemach Polski, Europy i świata. Po Anne Applebaum, Donaldzie Tusku, Swiatłanie Cichanouskiej przyszedł czas na lekarzy i rozmowę o konsekwencjach „długiego COVID-u". W czwartej odsłonie Klubu rozmawialiśmy o problemach, które pozostawia po sobie koronawirus, i pionierskich badaniach ozdrowieńców.
- Wszystkie spotkania nasze klubowiczki i klubowicze mogą w dowolnym momencie oglądać na stronie: **Wyborcza.pl/klub.**

Osoby chętne do udziału w programie „Stop – COVID" zainicjowanym przez dr. Chudzika mogą uzyskać więcej informacji na stronie: **www.stop-covid.pl**

Więcej o problemach ozdrowieńców można się dowiedzieć z nagrania naszej rozmowy – całość dostępna na: **Wyborcza.pl/klub**

W naszej rozmowie wzięła udział także Iwona Hajnosz, redaktorka „Gazety Wyborczej" w Krakowie, która ciężko przechorowała COVID-19, a nam opowiadała o chorobie i rehabilitacji