

Szanowny Panie Prezesie

Jestem internistą z drugim stopniem specjalizacji, ukończyłem I Wydział Warszawskiej Akademii Medycznej w 1992 roku. Pozwalam sobie wysłać do NRL informację o okolicznościach rozpoznania w mej rodzinie grypy AH1N1.

Z medycznego punktu widzenia przypadek moich dzieci nie był trudny ani niepokojący, jednak na ich przykładzie widać, że wszyscy nie zdajemy sobie z prawy z faktycznej sytuacji epidemiologicznej w Polsce. Część kolegów lekarzy, mediów i polityków twierdzi, że nie ma znaczenia, na co chorują ludzie, skoro nowa grypa nie jest szczególnie zjadliwa. Jednak nie sposób zaprzeczyć, że znając prawdziwą przyczynę i skalę zachorowań podejmuje się inne decyzje zarówno w gabinecie lekarskim wobec poszczególnych pacjentów, jak i na szerszą skalę.

Nikt nie mówi o ilości chorujących uczniów i przedszkolaków (z własnego podwórka mam pięcioro dzieci uczęszczających do szkół i przedszkola absencja wynosiła tam w ostatnich dniach od 60 do 76%), co więcej, nawet w środowiskach szkolnych, w których potwierdzono przypadki grypy pozostali chorujący nie byli odgórnie badani w tym kierunku. Zdarzają się natomiast przypadki odwoływania zajęć szkolnych mieliśmy przykład na warszawskim Ursynowie; wynika to moim zdaniem z paniki będącej efektem braku rzetelnej informacji.

Minał ponad tydzień, od kiedy za pomocą szybkiego testu Actim Influenza A&B (czułość ok 67%, swoistość ok 100%) rozpoznano u mojego 12 letniego syna grypę typu A. Podobne objawy występowały u ponad połowy dzieci w jego klasie.

31.10.2009 w niedzielę wieczorem, czyli 3 dni od początku objawów u pierwszego syna, starszy syn zaczął się skarżyć na typowe objawy grypowe. Zgodnie z procedurą należało zgłosić się do POZ. W poniedziałek rano zadzwoniłem do POZ że przyjadę z dzieckiem z kontaktu z grypą A najpewniej A H1N1.

Dowiedziałem się że rano nie ma pediatry. Uzgodniłem z nimi, że udam się bezpośrednio do IP Szpitala Zakaźnego. Wypisałem skierowanie podając w rozpoznaniu Grypa, podejrzenie infekcji A H1N1 (J11).

Skierowanie uzupełniłem o dodatni wywiad epidemiologiczny w kierunku kontaktu z grypą typu A.

Udaliśmy się na IP do szpitala zakaźnego. Syn oczywiście w masce.

W IP od razu zabrano nas do izolatki.

Pani doktor zebrała wywiady. Zbadła syna dokładnie. Wykonała szybki test. Wynik był negatywny dla grypy typu B i A. Nie znałem tego testu, w pracy używałem wcześniej innego. Amerykańska CDC ogólnie podaje, że czułość szybkich testów waha się od 10 do 70%.

Otrzymałem kartę informacyjną z wpisem - test AH1N1 negatywny. Zalecenia- kontrola lekarska w POZ, do wykonania morfologia, CRP, leczenie objawowe. W szpitalu zakaźnym dowiedziałem się, że test PCR wykonuje się tylko u pacjentów wymagających hospitalizacji. Zresztą nie domagałem się wykonania tego badania od lekarza badającego syna.

Uważałem jednak, że skoro prawie nie ma w Polsce nowych przypadków grypy "świńskiej" a te, o których słyszałem dotyczyły najczęściej osób z obciążającym wywiadem epidemiologicznym, to warto doprowadzić do postawienia pewnego rozpoznania w tym przypadku.

Już wcześniej wątpliwy wydawał mi się oficjalny przekaz o pojedynczych zachorowaniach u nas wobec setek, tysięcy zachorowań dziennie u naszych sąsiadów. Od kilku miesięcy śledziłem dane epidemiologiczne na cdc.gov i euroflu. Podawano, że w tym roku na półkuli północnej prawie wszystkie przypadki grypy to AH1N1. U nas ostatnio np w województwie mazowieckim na około tysiąc zgłaszanych tygodniowo zachorowań na grypę i infekcje grypopodobne wykonywano nawet 1 (jedno) badanie pozwalające na identyfikację wirusa. Cytuję za PZH, raporty dotyczące poszczególnych tygodni. Proszę sprawdzić.

Innym powodem wykonania PCR była reakcja szkoły do której chodzi młodszy z synów. Po jego zachorowaniu rozesłano do wszystkich rodzin informację o zachorowaniu na grypę typu A, zaznaczając w mailu do rodziców, że nie były wykonane dokładniejsze badania. Brak identyfikacji wirusa spowodował liczne zapytania o ten fakt ze strony rodziców i ich zaniepokojenie. Była to także prośba szkolnego pediatry.

W soboty i niedziele w Warszawie nie jest przyjmowany i badany materiał na badanie PCR. Nie mogłem wykonać badania u pierwszego syna.

Tak więc w poniedziałek 2.11.2009 zdecydowałem się pojechać ze starszym synem z IP szpitala zakaźnego do sanepidu. Wiedziałem, że badanie real time PCR (koszt 350złotych) wykonywane jest komercyjnie dla szpitali i gabinetów, które mają z nimi podpisaną umowę. Mimo braku umowy bez problemu badanie wykonano także synowi.

Następnego dnia, czyli 3.11.2009 otrzymałem z sanepidu informację o wyniku. W badaniu Real Time RT- PCR stwierdzono RNA wirusa typu AH1N1v.

Jeszcze we wtorek poinformowałem telefonicznie Panią Dyrektora Szpitala Zakaźnego przy ulicy Wolskiej o fałszywie ujemnym wyniku testu u syna wykonanego na ich izbie przyjęć. Poinformowałem o możliwości większej ilości błędów diagnostycznych przy interpretacji wyników szybkich testów w kierunku grypy.

Poinformowałem o zaleceniach CDC, gdzie w rozdziale poświęconym testom w diagnostyce AH1N1 wyraźnie jest napisane, że testy tego rodzaju nie pozwalają na wykluczenie infekcji AH1N1.

Stan syna przez cały czas był dobry. Nie czuję żalu do lekarza IP, który nie postawił trafnej diagnozy. Myślę, że wielu lekarzy wcześniej nie wiedziało o niskiej czułości szybkich testów.

Chcę tylko zapytać czy Minister Kopacz i służby epidemiologiczne uwzględniały ten fakt tworząc procedury walki z pandemią AH1N1.

W środę 4.11 2009, po uzyskaniu oficjalnego wyniku RT-PCR, w Wojewódzkiej Stacji Sanepidu złożyłem zawiadomienie o zachorowaniu na chorobę zakaźną. Dołączyłem także kopię konsultacji z IP, zwracając uwagę na fałszywie ujemny wynik szybkiego testu w kierunku grypy.

Dzieci ostatnio nie podróżowały, kontakty miały typowe - dom, metro, szkoła. Były szczepione w połowie września Vaxigripem. Nic nadzwyczajnego.

Stało się dla mnie jasne, dlaczego minister Kopacz upiera się co do liczby stwierdzanych około 200 przypadków grypy AH1N1 w Polsce i przy tym nie kłamie. Dokładnie przytacza statystyki, a mimo to nie oddaje rzeczywistości. Do stawiania wstępnej diagnozy stosuje się mało czułe testy, a wyników dodatnich nawet dla celów epidemiologicznych nie potwierdza badaniami pozwalającymi na indentyfikację wirusa.

Jeżeli więc nie wykonuje się badań, to nie ma i potwierdzonych rozpoznań.

Zwracam jednak uwagę, że postępowanie ze zwykłą infekcją grypopodobną, grypą sezonową a grypą AH1N1 jest inne, nawet jeśli chodzi o zalecenia sanitarne. Odsyłam do stron amerykańskiej CDC, która podaje szczegółowe zalecenia (<http://www.cdc.gov/h1n1flu/guidance/exclusion.htm>).

W trosce o dobro pacjentów i dobre imię polskich medyków informuję Pana o zaobserwowanych nieprawidłowościach, mając nadzieję na zainteresowanie tymi faktami władz lekarskich.

Dariusz Majkowski, lekarz medycyny, internista.
Warszawa 8.11.2009