

[Akceptuję](#)

W ramach naszej witryny stosujemy pliki cookies w celu świadczenia państwu usług na najwyższym poziomie, w tym w sposób dostosowany do indywidualnych potrzeb. Korzystanie z witryny bez zmiany ustawień dotyczących cookies oznacza, że będą one zamieszczone w Państwa urządzeniu końcowym. Możecie Państwo dokonać w każdym czasie zmiany ustawień dotyczących cookies. Więcej szczegółów w naszej [Polityce Prywatności](#)

[Portal](#) [Informacje](#) [Katalog firm](#) [Praca](#) [Szkolenia](#) [Wydarzenia](#) [Porównania międzylaboratoryjne](#)
[Kontakt](#)



[Laboratoria](#)
[.net](#)
[Innowacje](#)
[Nauka](#)
[Technologie](#)



[Logowanie](#) [Rejestracja](#) [pl](#)

Newsletter

zapisz się

Naukowy styl życia

Nauka i biznes

- [Nowe technologie](#)
- [Felieton](#)
- [Tygodnik "Nature"](#)
- [Edukacja](#)
- [Artykuły](#)
- [Przemysł](#)

[Strona główna](#) > [Informacje](#)

Dziś ludzi w Polsce zabija delta, nie omikron

Dziś ludzi w Polsce zabija wariant delta, a my się martwimy o omikron, którego u nas jeszcze nie ma. Bez przesady - mówi w rozmowie z PAP specjalista chorób zakaźnych i przewodniczący Polskiego Towarzystwa Wakcynologii dr hab. Ernest Kuchar. Dodaje, że mamy ok. miesiąca, aby się przygotować na nadejście nowego wariantu. A czas działa na

naszą korzyść.

PAP: Kolejne kraje ogłaszają, że zidentyfikowały u siebie osoby zakażone wersją omikron koronawirusa. W Polsce, jak na razie, nikogo takiego jeszcze nie znaleziono. Problem w tym, że standardowo wykonywane testy RT-PCR nie wykrywają, z jakim wariantem mamy do czynienia.

Dr hab. n. med. Ernest Kuchar: To prawda, ale tzw. laboratoria referencyjne, w tym m.in. to przy Państwowym Instytucie Higieny, są w stanie dokładniej zbadać wirusa. Jednak do celów komercyjnych, gdzie liczy się szybkość i koszt, wybiera się testy oparte na dwóch albo trzech genach. Natomiast genom RNA tego koronawirusa jest bardzo długi - nowy koronawirus SARS-CoV-2 cechuje się jednym z najdłuższych genomów wśród wirusów. Można by go porównać do długiej nici zwiniętej w kłębek. Ale przecież nie będziemy sprawdzać całej tej nici, wystarczy, że charakterystyczny fragment się zgadza i wystarczy.

Podobnie, że użyję tej analogii, jak ludzie często sprawdzają, czy numer konta jest prawidłowy - jeśli pasują cyfry na początku i na końcu, jest duże prawdopodobieństwo, że wszystko w środku też jest OK. I trochę podobnie działają testy: wykrywają dwa albo trzy typowe fragmenty nici.

Natomiast zaraz dodam, że koronawirus bardzo często mutuje. To nie jest tak, że omikron jest dopiero piątym wariantem po alfie, becie, gammie i delcie. Nie, już w listopadzie ubiegłego roku doliczyliśmy się prawie 3400 wariantów, czyli drobnych różnic występujących w tych jego nitkach, gdyż każdy błąd przy powielaniu to już jest mutacja. Jednak, jeśli ta mutacja nie powoduje, że wirus w sposób istotny zmieni swe właściwości, to po prostu nie ma znaczenia.

Problem pojawia się wtedy, kiedy zmiana jest na tyle istotna, że zmienia właściwości wirusa - jeśli wirus staje się bardziej zaraźliwy, jeśli staje się bardziej zjadliwy. Albo jeśli wymyka się spod testów - gdyż zmutował właśnie w tych fragmentach, które testy wykrywają, więc wyniki wychodzą fałszywie ujemne - to byłby problem, bo trzeba by było zmieniać testy.

Jeszcze gorzej by było, gdyby wirus wymknął się spod szczepionki - wówczas szczepienia straciłyby sens. Światowa Organizacja Zdrowia w piątek, 26 listopada, określiła wykryty w państwach południowej Afryki nowy wariant koronawirusa mianem "niepokojącego" ("variant of concern") - jest to piąty wariant, który zasłużył na takie miano.

PAP: Jak dochodzi do wykrycia takich nowych, niepokojących odmian?

E.K.: W Anglii, gdzie dyscyplina społeczna, a także poziom wyszczepienia są znacznie wyższe niż w Polsce, na najbardziej zaludnionym terenie na południowym wschodzie kraju nastąpił nagły wzrost zachorowań na COVID-19 - warunki się nie zmieniły, a nagle było dwa razy więcej przypadków niż wcześniej. Coś musiało się zmienić. Kiedy przyjrzano się sprawie, okazało się, że pojawił się wariant alfa bardziej zaraźliwy niż poprzedni. Podobnie było pod koniec 2020 r. w Indiach z deltą: nagle gwałtownie nastąpił wzrost zachorowań, podczas gdy sytuacja się nie zmieniła - ani pogoda, ani ludzie, ale zakażeń zaczęło być znacznie więcej.

Z podobną sytuacją mamy do czynienia teraz - nastąpił skokowy wzrost zachorowań w Republice Południowej Afryki. A przecież ludzie nie zaczęli się nagle całować z obcymi na ulicy ani rzucać im w ramiona. To musiało znaczyć, że pojawił się nowy wariant, który tłumaczy wzrost zachorowań. I faktycznie, przypisano ten wzrost zachorowań wariantowi omikron. Wiemy o nim tyle, że jest bardzo zmutowany - ma 50 mutacji, z czego ponad 30 białka S - i tak naprawdę, to jest wszystko, co dziś możemy na jego temat powiedzieć.

Tymczasem już niektórzy ogłaszają, że szczepionka na niego działa, inni mówią, że nie działa, a ja

powiem jedno: jeszcze nie wiadomo. Wprawdzie ogólną, oczywistą regułą jest to, że im mniej szczepionka jest dopasowana do wirusa, tym bardziej jej skuteczność spada – to logiczne. Natomiast nie mamy odpowiedzi na pytanie, jaka będzie skuteczność obecnej szczepionki względem wariantu omikron. Tego po prostu nie wiemy. Poczekamy, zobaczymy. Dodam, że skuteczność szczepionki zależy od przyjętego punktu końcowego – szczepionka lepiej chroni przez hospitalizacją i zgonem niż każdym zachorowaniem, ponieważ to pierwsze jest łatwiej uzyskać. Innymi słowy: niewiele trzeba, by uchronić człowieka od zgonu na COVID-19.

Jeżeli firma Pfizer, która jest największym producentem szczepionki mRNA, przy miliardowych nakładach na badania, podała komunikat, że nie wiadomo, jaka będzie skuteczność dotychczasowej szczepionki, to osoby, które dziś mówią, że wiedzą, powinny się mocno zastanowić, bo tracą zaufanie. Bo skąd mają tę wiedzę?

Dziś można mieć tylko nadzieję, że częściowa odporność zostanie po tym szczepieniu, a już nawet taka jest skuteczna w łagodzeniu choroby, ogranicza zgony czy liczbę hospitalizacji. To już jest dużo, bo nawet jeśli ludzie będą chorować, to łagodniej niż ci niezaszczepieni, co zmienia sytuację i uzasadnia szczepienia. Ale powtarzam: poczekajmy, zobaczymy.

Ja sobie przypominam sytuację, bardzo nieciekawą, kiedy była pandemia grypy w 2009 r., a jedna z uczonych zachęcała do szczepień szczepionką na grypę sezonową, która w ogóle nie działała na ten wariant pandemiczny. Tak nie można, to podważa zaufanie do szczepionek, nie można tak ludzi wprowadzać w błąd. Jeśli się nie jest czegoś pewnym, lepiej powiedzieć: nie wiemy. W przeciwnym przypadku autorytet jest całkowicie stracony.

PAP: To poczekajmy, choć to niełatwe.

E.K.: Ja bym się trzymał tego, że dziś ludzi w Polsce zabija wariant delta, a my się martwimy o omikron, którego u nas jeszcze nie ma. Bez przesady.

PAP: A może nie wiemy, że on już z nami jest?

E.K.: Otóż wiemy. Jeżeli badamy rutynowo, każdego dnia, pewien odsetek próbek, a wciąż wychodzi delta, to nawet, jeśli ten omikron jest, to stanowi ułamek procenta. To nie jest tak, że w nocy przychodzi omikron i zamienia się z deltą. To tak nie działa. W Wielkiej Brytanii wyparcie wariantu alfa przez deltę trwało około miesiąca. A u nas ma to trwać kilka dni? To jest niemożliwe. Tak więc, jeśli nawet ten omikron już do nas przyszedł, co nie jest takie pewne, bo – jeśli pamiętam – Polska nie miała kolonii w Afryce, w dodatku nawet samoloty od nas do i z Afryki nie latają, czego zabroniono na wszelki wypadek, to zamiana delty na omikron musi potrwać.

PAP: W jaki sposób to się stanie?

E.K.: Tak, jak zwykle. Nie jesteśmy w stanie zamknąć granic, zatrzymać setek tysięcy ciężarówek, które z towarem przekraczają naszą granicę, bo nikt tych kierowców nie będzie badał. Jeżeli w Niemczech omikron się rozsieje, to i do nas przyjdzie, gdyż do nas wszystko przychodzi przez kraje sąsiednie. Na szczęście z opóźnieniem.

I kiedy ten wariant u nas nastanie, to już będzie wiadomo, czy szczepionki, czy leki działają, czy nie działają. Myślę, że mamy to szczęście w nieszczęściu, że będziemy mieć to później. Więc zamartwianie się o omikron nie ma teraz sensu. Oczywiście, służby sanitarne powinny już o tym myśleć, ale pamiętajmy, że obecnie ludzi do szpitali kładzie i zabija wariant delta. Więc po co my teraz mamy myśleć o omikronie? Zwłaszcza jeśli przed deltą – o czym wiadomo na pewno – szczepionki chronią, zwłaszcza przed ciężkim przebiegiem choroby.

PAP: Jeśli można, chciałabym doprecyzować, w jaki sposób możemy wpaść na to, że omikron już jest w Polsce. Jak rozumiałam, część losowo wybranych próbek wysyła się do laboratoriów referencyjnych, w których te są poddawane sekwencjonowaniu genetycznemu?

E.K.: Mniej więcej tak – wybrane praktyki lekarzy rodzinnych czy szpitale pobierają próbki i część z nich kierują na bardziej specjalistyczne badania. Bo taki zwyczajny test nie jest w stanie stwierdzić, czy dany koronawirus jest typu alfa, beta czy gamma. Jednak, jeśli z tych bardziej szczegółowych testów wynika, że 9 na 10 próbek to jest wirus delta, to wtedy możemy powiedzieć, że delta jest u nas dominująca. Jak do tej pory w tych pobieranych badaniach nie było jeszcze wariantu omikron.

Proszę jednak zauważyć, że te badania nie są takie całkiem ślepe, bo gdyby ktoś zgłosił, że wrócił z Afryki i ma objawy, to w kierunku wariantu omikron na pewno byśmy go zbadali – wysłano by próbkę w sposób celowany, żeby potwierdzić bądź zanegować zakażenie tym wariantem. Uważam więc, że nasze zainteresowanie powinno być adekwatne do zagrożenia. Dziś zagrożeniem w Polsce jest wariant delta, a nie żaden omikron, choć nowy, a więc przez to bardziej atrakcyjny medialnie.

PAP: Trochę tak jest, że zawsze fascynujemy się nowymi doniesieniami, więc omikron, jako nowinka, jeszcze mało rozpoznana, rozpala ciekawość i budzi emocje.

E.K.: Ja się obawiam tego zamieszania informacyjnego, bo jeśli np. ktoś usłyszy, że na wariant omikron szczepionki nie działają i się nie zaszczepi, to umrze na deltę. Nie ekscytujmy się, szczepmy i czekajmy.

PAP: Tak à propos nadziei, o której pan wspominał – że szczepionki w jakiś sposób będą działały także na ten nowy wariant – nadzieję można pokładać także w tych pierwszych doniesieniach z Afryki, że pacjenci zakażeni omikronem łagodniej znośzą zakażenie.

E.K.: To jest ogólna cecha chorób zakaźnych. Proszę zwrócić uwagę, że presja selekcyjna sprzyja tym wirusom, które się łatwiej przenoszą, ale powodują łagodniejsze zachorowania. Jak wirus zabije chorego, to się nie przeniesie, jak położy kogoś do łóżka, to będzie miał ograniczone możliwości, żeby się reprodukować. W takim razie w jego interesie jest to, żeby nosiciel nie tylko żył, ale także był mobilny. Tyle że to nie jest proces, który trwa tygodnie, ale lata. Po jakimś czasie wszystkie choroby zakaźne łagodnieją.

PAP: Podsumowując: w naszym interesie jest to, zakładając, że omikron jest łagodniejszy, aby pozwolić mu się na tyle rozprzestrzeniać, aby wyparł deltę?

E.K.: Nie jestem tego taki pewien, gdyż na sprawę należy spojrzeć szerzej. Bo jeżeli okaże się, że ceną za nowy wariant omikron jest np. to, że szczepionki słabiej działają, to nie wiem, czy to się opłaca.

Teraz ja zapytam: czy bardziej opłacalne byłoby pozostanie przy delcie, w założeniu, że szczepionki na nią są skuteczne tak, jak teraz są, czy wejść w ryzyko dominacji wariantu omikron przy niedziałających bądź słabo działających szczepionkach? Podobnie z lekami – mamy już takie, które działają na deltę, ale nie mamy pewności, czy zadziałają na wariant omikron. Tak więc, zanim nie ukaże się więcej badań na ten temat, nie ryzykowałbym żadnych zdecydowanych twierdzeń. Znów możemy dywagować – jeśli lek, inhibitor proteazy firmy Pfizer na koronawirusa będzie skuteczny także wobec wariantu omikron, to świetnie, gdyż będziemy mogli go podawać, natychmiast, osobom zakażonym, które należą do grup ryzyka.

Tak czy inaczej – czas działa na naszą korzyść. W naszym, Polaków, interesie jest to, żeby omikron przyszedł do nas jak najpóźniej. A to, że przyjdzie, jest nieuniknione, bo nasze, ani żadnego innego

kraju, granice nie są szczelne. Niemniej to, kiedy on przyjdzie jest bardzo ważne. Choćby biorąc pod uwagę fakt, że szczepienia najmłodszych dzieci ruszą w grudniu, lek będzie w grudniu, na co wszystko wskazuje – choć nie wiadomo, jak będzie on skuteczny wobec najnowszego wariantu. Jeśli będzie tak jak bym sobie to wymarzył, to osoby zakażone będą mogły brać ten lek od razu po zakażeniu. Tak więc miesiąc poślizgu w zastąpieniu jednego wariantu wirusa drugim da nam czas na to, żebyśmy się na niego lepiej przygotowali. Czas działa na naszą korzyść. Więc trzymajmy kciuki, żeby ten omikron, czymkolwiek on jest, przyszedł do nas jak najpóźniej. Bo to, że przyjdzie, jest nieuniknione.

PAP: Tym, co mnie bardzo porusza w obecnej fali epidemii, jest fakt, że delta dopada nawet niemowlaki. Nie rozumiem jednak, dlaczego kwestia nadwagi – czy to dorosłych, czy też dzieci – jest tak istotna jako czynnik ryzyka w przypadku zakażenia się SARS-CoV-2?

E.K.: Otyłość zawsze była, przy wielu chorobach, czynnikiem ryzyka, szczególnie w przypadku zakażeń dróg oddechowych. Można, nieco upraszczając sprawę, powiedzieć to tak, że dzieciak ma problemy z oddychaniem, gdyż takie ma brzuszysko, że uciska mu na płuca. To trochę tak, jak ciąża. A druga rzecz, to ta, że tkanka tłuszczowa jest hormonalnie czynna. Ona wydziela hormony, które obniżają odporność. No i jest jeszcze jedna rzecz – jeśli mały czy duży człowiek jest otyły, to świadczy to o tym, że niezbyt zdrowo żyje, źle się odżywia i ma za mało ruchu.

Wiemy z doświadczenia, że na grypę dużo ciężiej chorują osoby otyłe, kobiety ciężarne bardzo ciężko chorują na choroby zakaźne, zawsze tak było. Otyłość jest bardzo dużym czynnikiem ryzyka, ale to wymaga osobnego wykładu.

Zakończmy więc naszą rozmowę tym wnioskiem, że – na wszelki wypadek – zaszczepmy się. Pierwszą, drugą albo trzecią dawką szczepionki. Na pewno nie zaszkodzi, bo nie można przedawkować, a może uratować nam życie. A co do wariantu omikron – poczekajmy. Przygotujmy się, zobaczymy, co się wydarzy. Naszym zadaniem jest teraz przetrwać. I być gotowym na kolejne uderzenie zarazy, które na pewno przyjdzie. Jak nie jutro, to za jakiś czas.

Źródło: pap.pl

<https://laboratoria.net/aktualnosci/30985.html>



13-04-2026

Mity na temat epilepsji

Atak epilepsji nie zawsze przebiega tak samo.



13-04-2026

Marzec był drugim najcieplejszym miesiącem w Europie

Wynika z danych naukowców unijnego programu obserwacji Ziemi Copernicus.



13-04-2026

Sporadyczne picie dużych ilości alkoholu

Może trzykrotnie zwiększać ryzyko uszkodzenia wątroby.



13-04-2026

W nagłych przypadkach ChatGPT Health często uspokaja

Zamiast zalecać szukanie pomocy.



13-04-2026

Dieta bogata w warzywa i owoce zmniejsza ryzyko demencji nawet u...

Sugerują badania opublikowane przez pismo „Neurology”.



13-04-2026

Nie kompromitujcie nas, czyli jak chronić dane biometryczne

Naukowiec przewiduje, czy w przyszłości uda się utrudnić kradzieże.



13-04-2026

Ruszyła Akademia Energii Jądrowej

Pilotażowy program edukacyjny Polskich Elektrowni Jądrowych.



13-04-2026

Neurolog w Światowym Dniu Choroby Parkinsona

Chorych będzie coraz więcej

Informacje dnia: [Mity na temat epilepsji](#) [Marzec był drugim najcieplejszym miesiącem w Europie](#) [Sporadyczne picie dużych ilości alkoholu](#) [W nagłych przypadkach ChatGPT Health często uspokaja](#) [Dieta bogata w warzywa i owoce zmniejsza ryzyko demencji nawet u seniorów](#) [Nie kompromitujcie nas, czyli jak chronić dane biometryczne](#) [Mity na temat epilepsji](#) [Marzec był drugim najcieplejszym miesiącem w Europie](#) [Sporadyczne picie dużych ilości alkoholu](#) [W nagłych przypadkach ChatGPT Health często uspokaja](#) [Dieta bogata w warzywa i owoce zmniejsza ryzyko demencji nawet u seniorów](#) [Nie kompromitujcie nas, czyli jak chronić dane biometryczne](#) [Mity na temat epilepsji](#) [Marzec był drugim najcieplejszym miesiącem w Europie](#) [Sporadyczne picie dużych ilości alkoholu](#) [W nagłych przypadkach ChatGPT Health często uspokaja](#) [Dieta bogata w warzywa i owoce zmniejsza ryzyko demencji nawet u seniorów](#) [Nie kompromitujcie nas, czyli jak chronić dane biometryczne](#)

Partnerzy