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



# Z entuzjazmem przeciw uśmiercaniu antybiotyków

*Z prof. dr hab. med. Walerią Hryniewicz, Konsultantem Krajowym w dziedzinie mikrobiologii, rozmawia Mateusz Paulo*

**18 listopada obchodzono po raz czwarty Europejski Dzień Wiedzy o Antybiotykach. Czy tego typu akcje przynoszą jakieś skutki?**
Co pewien czas przeprowadzamy badania stanu wiedzy naszego społeczeństwa na temat antybiotyków i niestety wynika z nich, że ta wiedza wciąż jest znikoma. Na razie udało nam się jedynie uświadomić Polakom, że antybiotyki niosą zagrożenie, ale przekazanie praktycznej wiedzy, kiedy nie należy stosować antybiotyku, wciąż idzie bardzo opornie. Dużo się o tym mówi, ale niestety nie przekłada się to na konkretne działania.

**Prowadzą Państwo specjalne szkolenia dla lekarzy.**
Bardzo wiele szkoleń. Ostatnio prowadziliśmy kursy dla lekarzy rodzinnych w czterech okręgach województwa lubelskiego. Jest to już czwarte województwo, gdzie są podejmowane tego typu działania. Jak dotąd najlepsze efekty osiągnęliśmy w Opolskiem.

**Pani zespół wprowadził w Opolskiem pilotażowy Program Racjonalizacji Antybiotykoterapii w Podstawowej Opiece Zdrowotnej. Czy przyniósł on jakieś wymierne korzyści?**
Program ten wprowadziliśmy wraz z wojewódzkim oddziałem NFZ i chciałabym to mocno zaakcentować. Szczególnie aktywnie działał ówczesny wicedyrektor Oddziału dr Roman Kolek, który obecnie jest marszałkiem województwa. Opolski oddział Funduszu od kilku lat prowadził wspólnie z nami szereg dobrowolnych warsztatów dla lekarzy pierwszego kontaktu. Udało nam się uzyskać pieniądze na dofi nansowanie zakupu szybkich testów potwierdzających zakażenie paciorkowcem ropotwórczym w gardle – praktycznie jedynym czynnikiem etiologicznym bakteryjnego zapalenia gardła. Wszystkie te działania zaowocowały istotnym zmniejszeniem zużycia antybiotyków w tych praktykach lekarskich, które brały udział w szkoleniach. Wyniki programu były naprawdę fantastyczne i będziemy je z dumą prezentować podczas konferencji organizowanej przez ECDC na sesji „Sukcesy i działania Polski w aspekcie przeciwstawiania się antybiotykooporności", zorganizowanej z okazji polskiej prezydencji w Unii Europejskiej. Ta historia nie ma niestety dalszego ciągu, bo wraz ze zmianą zastępcy dyrektora NFZ w województwie opolskim program został zawieszony.

**Skąd polscy lekarze mogą czerpać zaktualizowane wytyczne EBM dotyczące antybiotykoterapii?**
Można je znaleźć w wydanej przez nas rekomendacji pod tytułem: "Postępowanie w zakażeniach układu oddechowego nabytych poza szpitalem". W publikacji dostępny jest również rozdział na temat kwalifi kacji pacjentów z zapaleniem płuc do szpitala i postępowania wstępnego w szpitalu. Jest to swego rodzaju skrypt, który rozdajemy za darmo. Przygotowaliśmy 60 tys. egzemplarzy. Gdyby dla kogoś zabrakło, rekomendacje można pobrać ze strony www.antybiotyki.edu.pl. Na naszej stronie można również odszukać szpitalną listę antybiotyków oraz informacje na temat szpitalnej polityki antybiotykowej, postępowania w przypadku wystąpienia poantybiotykowej biegunki wywołanej Clostridium difficile oraz profi laktyki okołooperacyjnej. Obecnie opracowujemy wytyczne dotyczące leczenia zakażeń skóry i tkanki podskórnej. Wszystkie te dokumenty zostały zatwierdzone przez Ministra Zdrowia.

**Skąd czerpią Państwo informacje do publikacji i jak często są one aktualizowane?**
Dane epidemiologiczne staramy się mieć własne. Część pochodzi z własnych projektów, a część z programów unijnych. Od ponad 10 lat prowadzimy też rutynowy monitoring lekowrażliwości pozaszpitalnych patogenów dolnych dróg oddechowych, czyli głównie pneumokoków, Haemophilus influenzae, Moraxella catarrhalis oraz Streptococcus pyogenes. Prowadzimy też monitorowanie zakażeń i antybiotykowrażliwości w ramach Krajowych Ośrodków Referencyjnych ds. diagnostyki zakażeń Ośrodkowego Układu Nerwowego, tzw. KOROUN, i Krajowego Ośrodka ds. Lekowrażliwości Drobnoustrojów. Raportujemy też dane do ECDC, więc siłą rzeczy korzystamy również z tych danych.

**Do jakich zmian dochodzi w ostatnich latach w profilach oporności bakterii, o których warto przypomnieć lekarzom?**
W lecznictwie pozaszpitalnym niebezpieczne są przede wszystkim pneumokoki, które cechują się dużą opornością na penicylinę, na cefalosporyny trzeciej generacji oraz na meropenem. Bardzo groźne są również Escherichia coli odpowiedzialne za większość zakażeń dróg moczowych poza szpitalem, ponieważ bardzo szybko narasta u nich oporność na wiele grup leków. Wspomniana oporność jest związana z wytwarzaniem ESBL (Extended-Spectrum Beta-Lactamases), czyli beta-laktamaz o rozszerzonym spektrum, warunkujących oporność na wszystkie beta-laktamy z wyjątkiem karbapenemów. Obserwujemy również narastanie oporności u pałeczek Haemophilus influenzae, bardzo istotnym patogenie dróg oddechowych. Jeśli chodzi o skórę i tkankę podskórną, to rzeczą niezwykłą jest bardzo szybkie rozprzestrzenianie się w środowisku pozaszpitalnym

subpopulacji gronkowca złocistego opornego na metycylinę CA-MRSA (Community-acquired-MRSA). Trzeba tutaj nadmienić, że nie są to MRSA zawleczone ze szpitala, tylko subpopulacja gronkowca złocistego, który nabył oporność w środowisku.
Te bakterie są z defi nicji oporne na wszystkie beta-laktamy, więc w przypadku zakażenia konieczne jest podanie linezolidu, a nawet wankomycyny. Na szczęście, w przeciwieństwie do szczepów szpitalnych, są one nieraz wrażliwe na klindamycynę, ewentualnie kotrimoksazol.

**Czy to prawda, że jesteśmy już w czołówce europejskiej, jeśli chodzi o zakażenia bakteriami wyposażonymi w mechanizm oporności KPC?**
Zajmujemy niechlubne trzecie miejsce. Przed nami są tylko Grecja i Włochy. To jest bardzo groźna sytuacja, bo mechanizm oporności umiejscowiony jest na transpozonie/plazmidzie. Poza tym to są pałeczki jelitowe – a tym samym olbrzymi rezerwuar w przewodzie pokarmowym. Są one oporne na wszystkie beta-laktamy bez wyjątku, a więc również na karbapenemy. Pozostają nam tylko dwa leki: kolistyna, która dotychczas uważana była za lek bardzo toksyczny i tygecyklina, obecnie dopuszczona do stosowana w przypadku powikłanych zakażeń skóry, tkanki podskórnej i zakażeń w jamie brzusznej. Sytuacja już dawno wymknęła się spod kontroli, dlatego 17 listopada podpisana zostanie "Rezolucja Parlamentu Europejskiego w sprawie zagrożenia zdrowia publicznego w wyniku oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe". Rezolucja ta stawia oporność bakterii na pierwszym miejscu wśród zagrożeń dla zdrowia publicznego w Europie, ale wiadomo, że na świecie wygląda to niekiedy jeszcze gorzej.

**Kto bardziej nadużywa antybiotyków? Szpitale czy pacjenci?**
Antybiotyków nadużywa się zarówno w szpitalach, jak i w praktyce ambulatoryjnej, ale poza szpitalem używa się ich znacznie więcej. Według szacunkowych danych jest to 70–90% ogólnego zużycia. "Psucie antybiotyków" zaczyna się więc jeszcze poza szpitalem, a wiadomo, że jak już pojawi się problem, to pacjent musi być przyjęty do szpitala. Bardzo istotna jest kontrola zakażeń w szpitalu i w środowisku pozaszpitalnym, ale ta dziedzina u nas praktycznie nie istnieje, bo brakuje nam specjalistów. W dalszym ciągu nie ma przepisów, które by nakazywały, aby szefem takiego zespołu był lekarz ze specjalizacją z epidemiologii szpitalnej. Kolejną bolączką polskich szpitali są kontrakty. Lekarz, który nie czuje się związany ze szpitalem, przeważnie niechętnie poddaje się szpitalnym procedurom i może przenosić drobnoustroje między szpitalami. Jako Konsultant Krajowy walczę z outsourcingiem laboratoriów mikrobiologicznych, bo jest to absolutnie niekorzystne dla pacjenta. Często przewozi się materiały pobrane od pacjenta przez kilka godzin i w tym czasie szereg drobnoustrojów w próbce od pacjenta umiera. Wtedy takie badanie nie ma sensu, bo nie pozwala na ustalenie prawdziwej przyczyny infekcji, ale dyrekcja szpitala jest zadowolona, bo jest taniej. Obecna sytuacja w podstawowej opiece zdrowotnej sprzyja wypisywaniu recept bez jakiejkolwiek diagnostyki.
Gotowych rozwiązań tego problemu nie trzeba szukać daleko. Przykładowo w Niemczech jeśli nie wykorzysta się pieniędzy na diagnostykę, to trzeba je zwrócić do kasy chorych. Oczywiście nie w każdym przypadku trzeba kierować pacjenta na badanie mikrobiologiczne. Ważny jest przede wszystkim zdrowy rozsądek. Jeśli mamy lekkie pierwotne zakażenie z typowymi objawami klinicznymi u chorego bez czynników ryzyka, możemy – i to z dużym sukcesem – podjąć właściwe leczenie empiryczne. W wyborze i postępowaniu pomagają rekomendacje, na przykład dotyczące zakażeń dróg oddechowych, o których przed momentem wspominałam. Natomiast w przypadku zakażeń nawracających, niepowodzeń pierwotnej terapii, w ciężkich infekcjach lub u chorych z niedoborami odporności niezbędne jest wykonanie badania mikrobiologicznego, a materiał od chorego musi być pobrany przed podaniem antybiotyku. Niedopuszczalne jest także, by pacjent robił wymaz z gardła lub z nosa w prywatnym laboratorium mikrobiologicznym, a później szedł z wynikami do lekarza, który na ich podstawie leczy nosicielstwo gronkowca lub pneumokoka w nosogardle. To jest kolejna bolączka polskiej medycyny, że leczy się nosicielstwo, a nie chorobę.

Trzeba też lepiej przyglądać się temu, w jakich wskazaniach lekarze przepisują antybiotyki i jakie są to leki. Nie może być tak, że wiadomo jedynie, ile recept na dany antybiotyk wydano. Lekarze powinni raportować, jakie było wskazanie. Szwankuje informacja na temat bieżącej sytuacji epidemiologicznej. Przykładowo w Wielkiej Brytanii lekarze dostają aktualne biuletyny na temat lekowrażliwości z sieci Public Health Laboratories. To bardzo pomaga racjonalizować terapię empiryczną, bo jeśli wiadomo, że na jakimś obszarze oporność na dany antybiotyk przekroczyła 20%, można automatycznie szukać leków alternatywnych. Chciałabym, aby lekarze w razie wątpliwości chętniej korzystali z szybkich testów. One mogą być naprawdę tanie. We Francji jest centralny zakup testów do oznaczania antygenu Streptococcus pyogenes w gardle. Dzięki temu taki test kosztuje ok. 50 centów, czyli jest prawie dziesięciokrotnie tańszy niż w sprzedaży detalicznej.

**Jest Pani Konsultantem Krajowym oraz prezesem Polskiego Towarzystwa Mikrobiologów. Kieruje Pani Programem Ochrony Antybiotyków w Polsce, jest Pani członkiem kilku komitetów w Polskiej Akademii Nauk. Reprezentuje Pani nasz kraj w Europejskim Centrum Prewencji i Kontroli Zakażeń. Jak sobie Pani radzi z tyloma obowiązkami?**
Jest bardzo ciężko, ale mogę liczyć na doskonały zespół współpracowników, głównie mikrobiologów i biologów molekularnych, a więc pracowników laboratoryjnych. Oddani mi są także liczni pracownicy laboratoriów mikrobiologicznych, którzy bardzo wspomagają moje działania. Brakuje natomiast lekarzy praktyków, z którymi mogłabym współpracować. W tym momencie praca pochłania mnie całkowicie od rana do nocy przez 7 dni w tygodniu. Ostatnio bardzo intensywnie pracujemy nad bakteryjnymi zakażeniami inwazyjnymi, którym można zapobiegać przez szczepienia oraz nad antybiotykoopornością i jej mechanizmami. Mamy dwa krajowe ośrodki referencyjne, których w pewnym sensie byłam twórcą: antybiotykowy ośrodek referencyjny i KOROUN, o którym wcześniej wspominałam. Dzięki wielu badaniom, które wykonujemy, zyskujemy bardzo istotne informacje, wykorzystywane w planowaniu polityki szczepień ochronnych, rekomendacji terapeutycznych i diagnostycznych. W Polsce wciąż jest mało ośrodków na tym poziomie, które zajmują się diagnostyką zakażeń i epidemiologią molekularną antybiotykooporności, i dlatego znaczna część pytań trafi a bezpośrednio do nas. W ramach Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków realizujemy dyrektywę unijną, która ma na celu racjonalizację antybiotykoterapii i wprowadzanie szpitalnej polityki antybiotykowej. Przeprowadziliśmy w tym celu pierwsze polskie badanie punktowe zakażeń szpitalnych. Robimy też badania w domach opieki społecznej, które są prawdziwą bombą biologiczną. Mieszkańcy tych domów, zazwyczaj w podeszłym wieku bardzo często przebywają w szpitalu i przynoszą stamtąd wielooporne drobnoustroje, które mogą szybko rozprzestrzeniać się w całym ośrodku.

**Wspomniała Pani o ogromnej pomocy ze strony współpracowników. Jak dużym zespołem Pani kieruje?**
Wstyd się przyznać, ale jeśli miałabym to przeliczyć na faktyczną liczbę pracowników, to w Narodowym Programie Ochrony Antybiotyków znajdziemy jakieś półtora do dwóch etatów. Na szczęście mamy sporą grupę znakomitych pracowników laboratorium, którzy dostarczają aktualne dane epidemiologiczne, opracowują rekomendacje diagnostyczne i zasady postępowania w ogniskach epidemicznych, a także pomagają w ich wygaszaniu. Mają też znakomite publikacje, co ułatwia współpracę międzynarodową oraz pozyskiwanie grantów badawczych. W wielu województwach mamy tak zwanych "swoich ludzi", na których zawsze możemy liczyć, ale oczywiście zawsze mogłoby być ich więcej. Nowych pomysłów i zadań nam nie brakuje. We współpracę próbuję zaangażować innych Konsultantów Krajowych, ale w odpowiedzi często słyszę, że jestem szalona, niepoprawna i mam niewiarygodnie wiele entuzjazmu. To ostatnie stwierdzenie pozbawia mnie entuzjazmu natychmiast.

**Zgłaszała Pani przed dwoma laty, że lekarzy mikrobiologów powinno być w Polsce ok. 700, tymczasem wciąż jest ich 50–60.**

To prawda, a mimo to nawet ta garstka ludzi ma problemy ze znalezieniem zatrudnienia. Tylko w województwie Zachodnio-Pomorskim znam dwie znakomicie wykształcone lekarki, które zdały egzamin specjalizacyjny z wyróżnieniem i nie mogą znaleźć pracy na stanowisku szefa zespołu zakażeń szpitalnych lub laboratorium mikrobiologicznego. Jedna z nich pracuje raz w tygodniu jako epidemiolog w więzieniu, a druga prowadzi przychodnię onkologiczną. W zespole, który ja prowadzę, jestem ostatnim lekarzem. Gdy odejdę, a może to niebawem nastąpić, nie będzie w nim już żadnego lekarza mikrobiologa.

**Kiedy zaczęła się Pani pasjonować mikrobiologią?**
Jako studentka chciałam być internistką albo lekarzem chorób zakaźnych, ale wszystko ułożyło się inaczej. Po trzecim roku chciałam się uniezależnić od mamy, więc gdy dostałam propozycję pracy na pół etatu w Zakładzie Mikrobiologii i Immunologii Instytutu Reumatologicznego, nie zastanawiałam się długo. Wtedy nie było takiego rozróżnienia między lekarzem na oddziale a lekarzem mikrobiologiem. Wszyscy byli lekarzami, a pensje i uznanie były podobne. Jedynie salowa nieraz dawała nam trochę gorsze jedzenie, bo byliśmy „ci gorsi” z laboratorium. Po skończeniu studiów dostałam od dyrektora instytutu propozycję etatu naukowego i robienia stażu w Warszawie. Zdecydowałam się zostać w laboratorium i tak się zaczęło.

**Tytuł profesora otrzymała Pani w 1990 roku, czyli w momencie przemian ustrojowych. Jak wspomina Pani pracę mikrobiologa przed i po transformacji?**
W latach 80. zajmowałam się głównie mechanizmami patogenezy i toksynami bakteryjnymi. Była straszna bieda, więc odczynniki szmuglowano przez granicę. Trzeba było planować rok wcześniej, co nam będzie potrzebne do eksperymentu, i gdy w końcu otrzymywaliśmy zamówienie, eksperyment był już przeważnie dawno zrobiony. Pamiętam, jak zaraz po zakończeniu stanu wojennego koledzy ze Szwecji organizowali międzynarodowy kongres chorób zakaźnych i przysłali mi telegram: "Wasze streszczenia przyjęte, wszystko zapłacimy". Jako że było to napisane w liczbie mnogiej poszłam do dyrektora instytutu i powiedziałam, że to jest dla dwóch osób. Udało się i razem pojechaliśmy małym fiatem na prom do Gdańska i dalej do Szwecji. Na otwarciu podeszli do mnie Amerykanie i zapytali "Wala, czego Ci brakuje?". Pomyślałam, że jak powiem, że kawy lub herbaty to nikt mi nie uwierzy, więc powiedziałam, że czasopism medycznych. W ten sposób, przez kolejne 8 lat mieliśmy w instytucie wszystkie najważniejsze czasopisma mikrobiologiczno-medyczne. Po przemianach ustrojowych zaczęło być normalnie, choć finansowanie naszej działalności pozostawia wiele do życzenia i w głównej mierze ratują nas granty unijne.

**Jedną z ostatnich pozytywnych zmian w polskiej mikrobiologii jest wprowadzanie do szpitali konsultantów do spraw antybiotykoterapii.**
Bardzo się cieszę z tej zmiany, choć na razie mamy w całym kraju tylko kilku takich lekarzy, a szpitali jest przeszło 700. Praca nowo powołanych konsultantów polega na obsłudze 3–5 szpitali i ciągłych dyżurach telefonicznych oraz regularnych wizytach u pacjentów. Dzięki temu, jeśli taki lekarz widział już wcześniej pacjenta i zna jego wyniki badań diagnostycznych oraz mikrobiologicznych, to jest w stanie w stanach nagłych dokonać konsultacji na odległość. Bliska współpraca lekarza ze specjalistą mikrobiologiem ma ogromne znaczenie. W Szwajcarii podczas obchodu szpitala ordynator idzie ramię w ramię z szefem laboratorium, który ma przy sobie wszystkie wyniki badań i wspólnie konsultują plan dalszego postępowania. Chciałabym, aby leczenie w Polsce wyglądało podobnie i aby lekarz klinicysta interesował się pracą laboratorium mikrobiologicznego, tak jak interesuje się np. pracą radiologów. Proszę mi wybaczyć to porównanie, ale szybciej chory umiera na sepsę niż na nowotwór płuc.

*Źródło:www.mp.pl*

https://laboratoria.net/home/12622.html

**Informacje dnia:** Rusza 15. edycja konkursu Złoty Medal Chemii Behawiorystka: żyć jak kot z kotem, czyli źle Proteza stawu biodrowego z pomocą robota Szkic rozporządzenia o ewaluacji nauki będzie gotowy późną jesienią Wystarczył jeden gen, aby przenieść zachowanie między gatunkami Napoje izotoniczne Rusza 15. edycja konkursu Złoty Medal Chemii Behawiorystka: żyć jak kot z kotem, czyli źle Proteza stawu biodrowego z pomocą robota Szkic rozporządzenia o ewaluacji nauki będzie gotowy późną jesienią Wystarczył jeden gen, aby przenieść zachowanie między gatunkami Napoje izotoniczne Rusza 15. edycja konkursu Złoty Medal Chemii Behawiorystka: żyć jak kot z kotem, czyli źle Proteza stawu biodrowego z pomocą robota Szkic rozporządzenia o ewaluacji nauki będzie gotowy późną jesienią Wystarczył jeden gen, aby przenieść zachowanie między gatunkami Napoje izotoniczne

## Partnerzy