

WIZJA ZDROWIA – DIAGNOZA I PRZYSZŁOŚĆ

Agata Misiurewicz-Gabi

Co pokazała pandemia?

W debacie uczestniczyli:

- prof. dr hab. n. med. **Jarosław Drobniak**, Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu
- dr n. med. **Paweł Grzesiowski**, Fundacja Instytut Profilaktyki Zakażeń
- prof. dr hab. n. med. **Teresa Jackowska**, konsultant krajowy w dziedzinie pediatrii
- dr n. med. **Tomasz Ozorowski**, konsultant wojewódzki w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej

W marcu potwierdzono w Polsce pierwszy przypadek zakażenia koronawirusem. Od tego czasu zdecydowanie więcej wiemy o epidemii i możemy bardziej racjonalnie podejmować decyzje. Podczas konferencji Wizja Zdrowia Diagnoza i Przyszłość eksperci ocenili dotychczasowe kroki rządu w walce z pandemią i przekonywali, dlaczego szczepienia zwłaszcza teraz są tak ważne.

Zdaniem ekspertów lockdown wprowadzony przez nasz rząd okazał się wielkim sukcesem. Transmisja wirusa została przyhamowana, a szpitale zyskały czas na przygotowanie się do nowej rzeczywistości. Szczęśliwie ominął nas scenariusz włoski czy hiszpański i całkowita bezradność ochrony zdrowia wobec napływu do szpitali ogromnej liczby chorych na COVID-19. Na razie. Czy to jednak wystarczy? Czy możemy spocząć na laurach? Zwłaszcza wobec drastycznie wzrastającej w ostatnim czasie liczby zakażonych?

Czy mamy strategię?

Patrząc na beztróskie zachowanie społeczeństwa i ignorowanie zaleceń epidemiologicznych, można dojść do wniosku, że społeczeństwo przestało się przejmować koronawirusem. Tymczasem okazuje się, że wirus niestety nie odpuszcza. Mamy coraz więcej chorych i zgonów, co zdaniem ekspertów wynika z głębokiej niekonsekwencji w zwalczaniu epidemii i braku jednej, wspólnej strategii. Profesor Jarosław Drobniak z Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu uważa, że na obecną sytuację złożyło się kilka bardzo ryzykownych decyzji ministra zdrowia Adama Niedzielskiego. – Nowa strategia jest dla mnie jako epidemiologa niezrozumiała. Bardzo trudno jest się zgodzić z sytuacją, w której np. stawiamy na testowanie tylko pacjentów z objawami czy zwal-



niamy osoby z kwarantanny już po 10 dniach bez wykonywania testów. Dotyczy to także pracowników medycznych, a to właśnie ochrona szpitali i ich personelu powinna być w tej chwili priorytetem. Jeżeli nie zmienimy pewnych zachowań i nie zaczniemy bardzo konsekwentnie egzekwować ustalonych reguł, i to nie tylko na poziomie całego kraju, ale każdego miasta, miasteczka, wsi i powiatu, to ten system nie zadziała. Jeśli władza ignoruje wszystkie zalecenia, tak jak dla przykładu minister Czarnek, to jak zwykły obywatel ma się przejmować? On wręcz szuka racjonalizacji dla swoich niewłaściwych zachowań – oburzał się prof. Jarosław Drobniak.

Zdaniem dr. Pawła Grzesiowskiego z Fundacji Instytut Profilaktyki Zakażeń cały wysiłek lockdownu jest obecnie marnowany. – My nie zarządzamy ryzykiem, tylko reagujemy pod presją. Strategia, która została zaproponowana na koniec sierpnia, to jedna wielka porażka i osoby, które doradzały, powinny honorowo się wycofać. Kompletnie unieruchomiono POZ i szpitale. Mamy lekarzy rodzinnych, którzy nie mogą zlecać testów, szpitale, które nie mogą przyjąć pacjentów. Brakuje łóżek w szpitalach zakaźnych, nie mamy izolatoriów, odpowiedniej liczby łóżek respiratorowych z personelem gotowym do przyjęcia pacjentów, nie funkcjonuje dobrze system analityczny, a sanepid ginie pod ciężarem wystawiania setek decyzji o kwarantannie. Oscylujemy w tej chwili głównie między tym, że pacjenci będą w karetkach leczenia tlenem w drodze z jednego szpitala do drugiego, a tym, że będą umierać w oczekiwaniu na respirator – ostrzegł dr Paweł Grzesiowski.

Zabraknie personelu medycznego

Personelu medycznego w szpitalach brakuje, a do tego co rusz kolejni pracownicy są kierowani na

„ Jednym z istotnych sposobów walki z epidemią koronawirusa jest wykonywanie testów na jak największą skalę. Tymczasem zdaniem ekspertów ich dostępność jest ciągle ograniczona, a cały system testowania w kierunku COVID-19 powinien zostać przeorganizowany

kwarantannę. W konsekwencji lekarze i pielęgniarki pracują na granicy wytrzymałości fizycznej i psychicznej. W ciągu kilku tygodni lub miesięcy może dojść do przesilenia w szpitalach i nie będzie kto miał zajmować się pacjentami.

– Nie wiemy, co robić z pracownikami, którzy po 10 dniach izolacji nadal mają wyniki dodatnie. Nie ma jednoznacznego stanowiska co do tego, czy oni zarażają czy nie. A to jest bardzo istotne w kontekście odpowiedzialności cywilnej szpitala, ale także dla innych pracowników, którzy nie chcą pracować z osobami niemającymi potwierdzonego ujemnego wyniku – komentował prof. Jarosław Drobniak.

– W naszym szpitalu wysłanie personelu na kwarantannę nie wynika z kontaktu z pacjentem, ale z naszych wzajemnych relacji. Mam gorącą prośbę do personelu medycznego, abyśmy nie zarażali siebie nawzajem – apelował dr Tomasz Ozorowski, konsultant wojewódzki w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej. – Należy rozdysponować przestrzeń socjalną. Braki personelu są na tyle duże, że od początku epidemii pacjentów z COVID-19 obsługują kardiochirurdzy, neurochirurdzy i urolodzy. Jestem na granicy podejmowania decyzji, aby personel, który miał iść na kwarantannę, pracował przy chorych i był codziennie testowany. Jest nas tak mało, że nie mogą sobie pozwolić na zamykanie oddziałów. Moim zdaniem ten niedobór kadr będzie najważniejszym etapem przełomu epidemii. Kluczowe jest w tej chwili pytanie, co zrobić, żeby przedłużyć życie naszych szpitali – dodał.

Za mało testujemy

Jednym z istotnych sposobów walki z epidemią koronawirusa jest wykonywanie testów na jak największą skalę. Tymczasem zdaniem ekspertów ich dostępność jest ciągle ograniczona, a cały sys-

tem testowania w kierunku COVID-19 powinien zostać przeorganizowany.

– Uważam, że należy wrócić do testowania osób bez objawów. Czy to ma sens? W mojej ocenie bardzo duży. W szpitalu, w którym pracuję, wszystkim od jakiegoś czasu wykonujemy wymazy. W ciągu miesiąca po wykonaniu 1500 testów 21 pacjentów nie weszło do szpitala. To o 21 problemów mniej. Mamy potencjał na 60 tys. testów, który powinien być bezwzględnie wykorzystywany. W pierwszej kolejności u osób z objawami, ale także w grupach wysokiego ryzyka. Należy też pomyśleć o testowaniu osób starszych w DPS-ach. Może niekoniecznie wszystkich naraz, ale okresowo np. co 3. osobę – proponował prof. Jarosław Drobnik.

– Z tymi 60 tys. testów, które możemy dziennie zrobić, jest tak samo jak z respiratorami, karetkami i łózkami szpitalnymi. To wszystko jest wirtualne, a rzeczywistość wygląda zupełnie inaczej. Mamy nadpodaż miejsc testowania w dużych miastach i niedobór w określonych regionach. W niektórych miejscach w Polsce na wykonanie testu czeka się 7 dni. W tej chwili istnieje czterysta kilkadziesiąt punktów wymazowych, co wcale nie znaczy, że pacjent tam dojedzie, bo nie zawsze jest mobilny. Są województwa, w których laboratoria nie mają odczynników. Brakuje też wymazówek. Mnie to za każdym razem bardzo boli, kiedy słyszę pytanie: dlaczego, panie ministrze, nie ma więcej testów? I odpowiedź: bo lekarze nie zlecają. To jest po prostu żal, żeby nie powiedzieć groteskowe, ponieważ jeśli lekarz będzie miał dostęp do testu, to zostanie on wykonany – zauważył dr Paweł Grzesiowski.

Grypa w erze COVID-19

Lekarze od lat przekonują o konieczności szczepienia się przeciw grypie. Ciągłe jednak w porównaniu z innymi państwami europejskimi jesteśmy w ostatnim wagonie. Teraz, w dobie pandemii, szczepienia te są szczególnie ważne, zważywszy że początkowe objawy grypy i COVID-19 mogą być bardzo podobne. Tymczasem szczepionek na rynku brakuje.

– Jako konsultant krajowy apeluję od kilku lat o szczepienie przeciwko grypie dzieci i kobiet w ciąży. Piszę pisma do Ministerstwa Zdrowia, artykuły na temat światowych rekomendacji dotyczących proponowanych i zalecanych szczepień. My co roku wstydzimy się naszych danych, jeśli chodzi o liczbę osób zaszczepionych przeciwko grypie. W Polsce szczepi się ok. 4 proc. obywateli, dzieci poniżej 1 proc., a osób po 65. roku życia 16 proc. W szpitalu, w którym pracuję, przez kilka lat szczepionka była bezpłatna. Mimo to wyszczepialność persone-



PAP/Rafał Guz

”

prof. Teresa Jackowska: Uważam, że już od dawna powinny być wprowadzone szczepienia przeciw HPV, co jest zgodne z zaleceniami wielu towarzystw naukowych, a w Polsce zostało wpisane do strategii onkologicznej. Ostatnie publikacje z Australii, Szwecji i innych krajów jednoznacznie potwierdzają, że wprowadzenie szczepienia przeciwko HPV spowodowało ograniczenie występowania nie tylko nowotworów szyjki macicy, ale również brodawczaka krtani, odbytu, prącia, a także zmniejszenie liczby przypadków kłykcin kończystych, co jest dużym problemem epidemiologicznym i ma ogromny wpływ na zdrowie publiczne

lu medycznego i pracowników administracji ocenialiśmy na ok. 30 proc. Uważam, że w przypadku szczepień przeciwko grypie potrzebna jest szeroka edukacja. Rozumiem, że coroczne szczepienia mogą zniechęcać, ale taki jest wirus. Co roku mamy inny skład szczepionki, bo wirus mutuje. Szczepienia przeciwko grypie są szczególnie ważne w tym roku, bo w obecnym sezonie będziemy mieć zachorowania na dwie ciężko przebiegające choroby zakaźne: grypę i COVID-19, a u dzieci na pewno też zakażenia wirusem RS. Ponadto

”

prof. Jarosław Drobnik: Ważnym elementem jest jasne zdefiniowanie funkcji szpitali. Nie zgadzam się z obecnym modelem rozproszonym. Jeżeli nie wrócimy do szpitali jednoimiennych, nie stworzymy systemu izolatoriów, to wszystko się za chwilę zatka. Działamy już i tak na granicy wydolności

można zachorować jednocześnie z powodu zakażenia dwoma wirusami – SARS-CoV-2 i grypy. W poprzednich sezonach hospitalizowaliśmy dzieci z grypą i z ciężkim zakażeniem wirusem RS. Są już doniesienia, że pacjent z koronawirusem może jednocześnie chorować na grypę – zarówno grypę A, jak i grypę B. Przebieg jest wówczas dużo cięższy. Warto wspomnieć, że infekcje wirusowe, zwłaszcza ciężkie, takie jak grypa czy COVID-19, torują drogę zakażeniom bakteryjnym, w tym głównie wywołanym przez pneumokoki. Jeżeli dodatkowo pacjent ma inne choroby towarzyszące – choroby serca, płuc, nerek, wątroby, cukrzycę, choroby przebiegające z obniżeniem odporności, to istnieje u niego większe ryzyko zachorowania na grypę czy chorobę koronawirusową i większe ryzyko powikłań bakteryjnych. Obecnie nie mamy szczepionki na COVID-19, ale mamy przeciwko grypie i zakażeniom pneumokokowym. Dlatego powinniśmy co roku szczepić się przeciwko grypie, a także przeciwko pneumokokom – przekonywała prof. Teresa Jackowska, konsultant krajowy w dziedzinie pediatrii. – Od kilku lat rekomenduję Ministerstwu Zdrowia szczepienia przeciwko grypie dla dzieci zdrowych od 6. do 59. miesiąca życia i dla dzieci z grup ryzyka do 19. roku życia. Jest to zgodne z aktualnymi rekomendacjami, tym bardziej że dzieci mogą być istotnym źródłem zakażenia dla osób dorosłych. Mamy rekomendacje Amerykańskiej Akademii Pediatricznej i innych międzynarodowych towarzystw naukowych, aby dzieci po ukończeniu 6. miesiąca do 59. miesiąca były szczepione przeciw grypie. Tak jest na przykład w Anglii, gdzie obecnie powszechne są szczepienia u dzieci do 11. roku życia. U dzieci zdrowych stosuje się szczepionkę donosową, a u dzieci z grup ryzyka szczepionkę inaktywowaną. Tam wyszczepialność przeciwko grypie wynosi 60–70 proc. W wielu krajach szczepienia przeciwko grypie personelu medycznego są obowiązkowe. Mam nadzieję, że zobaczymy, jak przeciw grypie szczepi się pan prezydent, który na dwa dni przed wyborami powiedział, że nie będzie się szczepił przeciw grypie. Dla mnie i dla wielu lekarzy było to oburzające – dodała.

– Od maja do sierpnia świętowano wybory. Potem były wakacje i właściwie nie zrobiono kompletnie nic, żeby przygotować Polskę do jesieni i zimy. Pisaliśmy o szczepionkach przeciw grypie już w czerwcu. Mówiliśmy, że będzie trudny sezon i trzeba się zabezpieczyć. Wtedy jeszcze można było zamówić szczepionki w dodatkowych ilościach. Oczywiście, kiedy nowy minister w sierpniu został poproszony o wsparcie, to już nie miał czego zamówić. Szczepionka została całkowicie rozdysponowana – mówił dr Paweł Grzesiowski.

– Dwa lata temu dokładnie analizowałem kwestie grypy w moim uniwersyteckim szpitalu klinicznym. W okresie od stycznia do marca mieliśmy ponad 200 przypadków grypy w grupie pacjentów dorosłych. Śmiertelność wynosiła ponad 15 proc. i były to osoby starsze, z wielochorobowością i niezszczone. Dlatego obecną sytuację związaną z dostępnością szczepionek przeciw grypie uważam za skandaliczną. Jak zwykle obudziliśmy się z ręką w określonym naczyniu. Jakby wszyscy zapomnieli, że przed nami sezon grypowy. Sam mam duży problem, żeby załatwić szczepionki dla swoich bliskich i tych pacjentów, których zwykle o tej porze szczepiłem. Pierwszy raz spotykam się z czymś takim, jak zapisy na lek w aptece – dodał prof. Jarosław Drobnik.

”

Lekarze od lat przekonują o konieczności szczepienia się przeciw grypie. Ciągłe jednak w porównaniu z innymi państwami europejskimi jesteśmy w ostatnim wagonie. Teraz, w dobie pandemii, szczepienia te są szczególnie ważne, zważywszy że początkowe objawy grypy i COVID-19 mogą być bardzo podobne. Tymczasem szczepionek na rynku brakuje



Fot. Termedia

WIZJA ZDROWIA – DIAGNOZA I PRZYSZŁOŚĆ

Szczepienia najbardziej wyczekiwane

► W ostatnich 3 latach pojawiło się kilka obowiązkowych szczepień. Przede wszystkim przeciw pneumokokom. Czekamy na zapowiadane przez Ministerstwo Zdrowia obowiązkowe szczepienie przeciw rotawirusom. Wiele mówi się też o konieczności wprowadzenia szczepień m.in. przeciw meningokokom, ospie wietrznej i brodawczakowi ludzkiemu.

– Mam nadzieję, że od stycznia 2021 r. zostanie wprowadzone szczepienie przeciwko rotawirusom, co będzie kolejnym dużym krokiem w zmianie programu szczepień ochronnych. Wprawdzie w Polsce dzieci nie umierają z powodu rotawirusów, przynajmniej nie są mi znane takie dane. Jeżeli jednak spojrzymy na ogromną liczbę zakażeń rotawirusowych, które są przyczyną hospitalizacji (bo tylko takie dane mamy), to większość z nich dotyczy dzieci do 4. roku życia. Stanowi to bardzo duży problem epidemiologiczny. Uważam, że już od dawna powinny być wprowadzone szczepienia przeciw HPV, co jest zgodne z zaleceniami wielu towarzystw naukowych, a w Polsce zostało wpisane do strategii onkologicznej. Ostatnie publikacje z Australii, Szwecji i innych krajów jednoznacznie potwierdzają, że wprowadzenie szczepienia przeciwko HPV spowodowało ograniczenie występowania nie tylko nowotworów szyjki macicy, ale również brodawczaka krtani, odbytu, prącia, a także zmniejszenie liczby przypadków kłykcin kończystych, co jest dużym problemem epidemiologicznym i ma ogromny wpływ na zdrowie publiczne. Studenci medycyny, którzy przyjeżdżają do nas z Norwegii czy Szwecji, mogą zobaczyć, jak wygląda rak szyjki macicy, bo w swoich krajach tego raka w takim stadium zaawansowania już nie spotykają. Jestem przekonana, że w przyszłym roku decyzja odnośnie do wprowadzenia tego szczepienia będzie podjęta i zarówno dziewczęta, jak i chłopcy zostaną poddani szczepieniom – mówiła prof. Teresa Jackowska.

– Brak jakiejś szczepionki w kalendarzu szczepień oznacza kilka czy kilkanaście tysięcy dodatko-



PAP/Bartłomiej Zborowski

”

dr Paweł Grzesiowski: Polecałbym nowemu panu ministrowi, by udał się w podróż po Polsce w maseczce, w przyłbicy, odwiedził kilka czy kilkanaście szpitali pierwszoliniowych i zobaczył, jak się w nich pracuje, jak są urządzone te respiratorowe łóżka, których podobno jest 800. I gdzie one są?

wych zakażeń. Jeśli chodzi o profilaktykę, to każde spóźnienie kosztuje nas więcej, gdyż płacimy za medycynę naprawczą, nie mówiąc o trwałym uszczerbku na zdrowiu, w sytuacji gdy rozwijają się powikłania. Już w tej chwili widzimy, że po wprowadzeniu szczepień przeciw pneumokokom występowanie inwazyjnych chorób pneumokokowych wyraźnie się zmniejszyło. Przypomnę sukces Typhim Vi – w ciągu 3 lat od wprowadzenia szczepienia dur brzuszny praktycznie zniknął. Podobnie było z WZW B – mówił dr Paweł Grzesiowski. – Nie możemy też zapomnieć o szczepieniach dla dorosłych. Poza WZW B i szczepieniami poekspozycyjnymi dla tej grupy nie mamy żadnych ofert. Nasze rozporządzenia dotyczą pacjentów do 19. roku życia. Mamy wprawdzie szczepienia pracownicze, w służbach mundurowych, ale to nie jest rozwiązanie systemowe. Kalendarz szczepień dla dorosłych to kolejne wyzwanie. Jest wiele szczepień do zaproponowania i ogromna populacja do zaszczepienia – dodał.

Co możemy zrobić, żeby było lepiej?

– Już po miesiącu epidemii straciłem poczucie, że leci z nami pilot. Pogodziłem się z tym, że w szpitalach zostaliśmy odcięci od jakiegokolwiek komunikacji i współpracy z organami rządowymi i staraliśmy się wszystko opanować sami. Kiedy jednak patrzymy na inne kraje, które mają jakąś strategię, nasuwa się pytanie, czy rzeczywiście wychodzą na tym lepiej, bo w tej chwili i u nich efektów nie widać. Jaki jest cel walki z epidemią? Dla mnie w tej chwili są dwa: żeby było jak najmniej zgonów, a w tym celu musimy chronić seniorów, oraz żeby utrzymać przy życiu nasze szpitale dzięki umiejętnemu utworzeniu szpitali drugiego poziomu, aby oddziałów nie rozpraszać, tylko komasować je w jednym miejscu. Pamiętajmy, że 98 proc. pacjentów z COVID-19, którzy trafiają do szpitala, to pacjenci internistyczni i dla nich muszą być stworzone ośrodki. Chciałbym też zaapelować do

konsultanta krajowego ds. anestezjologii, aby w jak najszybszym trybie przyuczyć stażystów do obsługi respiratorów i wsparcia anestezjologów i pielęgniarek anestezjologicznych – proponował dr Tomasz Ozorowski.

– Wszystkie oddziały pediatryczne, które przyjmują dzieci w stanie nagłym, to oddziały zakaźne. Tu są hospitalizowane dzieci z różnymi infekcjami – grypa, RSV, zakażeniami bakteryjnymi. Pediatryczne oddziały zakaźne stały się oddziałami jednoimiennymi i przyjmują tylko dzieci z chorobą koronawirusową. Co zrobimy, jeśli pojawią się dzieci z ciężką ospą, odrą, dla których nie będzie miejsca na oddziałach ogólnopediatrycznych i oddziałach specjalistycznych? Na oddziały zakaźne, które mają warunki lokalowe dla tego typu dzieci, nie będzie można ich przyjmować. Przypomnijmy, że już od października zaczyna się grypa, która u dzieci może przebiegać bardzo ciężko. Zaczynają się zakażenia RSV, mamy również biegunki rotawirusowe i inne. Stąd mój apel do ministerstwa, aby jednoimienne oddziały covidowe podzieliły się na co najmniej dwie części i były dostępne również dla pacjentów z innymi chorobami zakaźnymi. U dzieci COVID-19 najczęściej przebiega łagodnie i hospitalizacja jest krótka lub w ogóle niepotrzebna – zauważyła prof. Teresa Jackowska.

Kolejną propozycję ulepszenia obecnej sytuacji w ochronie zdrowia przedstawił prof. Jarosław Drobnik: – Ważnym elementem jest jasne zdefiniowanie funkcji szpitali. Nie zgadzam się z obecnym modelem rozproszonym. Wprawdzie mamy u siebie oddział buforowy, ale każde wprowadzenie pacjenta z COVID-19 na normalny oddział to generowanie problemu. Jeżeli nie wrócimy do szpitali jednoimiennych, nie stworzymy systemu izolatoriów, to wszystko się za chwilę zatka. Działamy już i tak na granicy wydolności. Kluczowe jest dla mnie także, aby wrócić do bardzo konsekwentnego egzekwowania nakazów związanych z reżimem sanitarnym w kontekście koronawirusa.

– Niedopuszczalne jest zarządzanie ochroną zdrowia decyzjami wojewodów. To jest kompromitacja. Zgodnie z poleceniem wojewody organizujemy łóżka izolacyjne w każdym szpitalu, co jest zaproszeniem do rozsiewu epidemii. Uważam, że jak najszybciej powinny zostać utworzone centra covidowe. Wystarczyłby jeden 200–300-łóżkowy szpital na region, drugiego poziomu referencyjności, ale cały przeznaczony dla pacjentów z COVID-19. Musimy też odbudować bazę izolatoriów, aby więcej pacjentów mogło wcześniej opuszczać szpital, mając zapewnioną kontynuację opieki. Do zarządzania systemem niezbędna jest też analiza danych. Mamy w tej chwili nawet 100 tys. ludzi zarażonych i nie posiadamy o nich żadnej wiedzy, a przecież każdy z tych pacjentów ma swój wiek, choroby towarzyszące, miał objawy albo nie, zaraził się z tej grupy albo z innej. Ostatnia sprawa to „strategia kokonu” dla osób starszych, czyli ich ochrona za wszelką cenę, żeby senior nie chodził na pocztę, do lekarza, urzędu, żeby były dla niego w sklepach wyznaczone godziny na zakupy. Polecałbym nowemu panu ministrowi, by udał się w podróż po Polsce w maseczce, w przyłbicy, odwiedził kilka czy kilkanaście szpitali pierwszoliniowych i zobaczył, jak się w nich pracuje, jak są urządzone te respiratorowe łóżka, których podobno jest 800. I gdzie one są? – podsumował dyskusję dr Paweł Grzesiowski. ■

Na podstawie sesji „Dyskusja zakaźników – co pokazała pandemia? Dlaczego szczepienia są tak ważne dla społeczeństwa?” podczas kongresu Wizja Zdrowia – Diagnoza i Przyszłość.

”

W ostatnich 3 latach pojawiło się kilka obowiązkowych szczepień. Przede wszystkim przeciw pneumokokom. Czekamy na zapowiadane przez Ministerstwo Zdrowia obowiązkowe szczepienie przeciw rotawirusom. Wiele mówi się też o konieczności wprowadzenia szczepień m.in. przeciw meningokokom, ospie wietrznej i brodawczakowi ludzkiemu



Fot. Termedia

”

dr Tomasz Ozorowski: Chciałbym zaapelować do konsultanta krajowego ds. anestezjologii, aby w jak najszybszym trybie przyuczyć stażystów do obsługi respiratorów i wsparcia anestezjologów i pielęgniarek anestezjologicznych