

IMUNOLOG KAREL DRBAL: STÁT NESMÍ MĚNIT PODMÍNKY POUŽÍVÁNÍ VAKCÍN, TO SE ALE DĚJE. I OČKOVÁNÍ SE DOSTÁVAJÍ DO TĚŽKÝCH STAVŮ. SOUBĚH VAKCÍNA A INFEKCE NESMÍ NASTAT (Rozhovor)

- CZ24 News | 16. listopadu 2021

ČESKO: Imunolog Karel Drbal je jedním z kritických hlasů ohledně současného přístupu ke covidu. Před pár dny jeho střetnutí s biologem Janem Trnkou vyvolalo zarputilé ohlasy. Dr. Drbal své postoje vysvětlil.

Vy jste v ČT mluvil o generických lécích, které jdou nasadit v počátečních stádiích?

Je to úplně běžná léčba, která se používá pro jiné diagnózy, které mají co do činění s plicními chorobami. Ať už je to třeba astma nebo jiné zánětlivé procesy v plicích, jako je třeba bakteriální pneumonie, prostě tam, kde je potřeba imunitní odpověď oslabovat. Tyto léky se používají a byly na ně provedené studie i na covid. Jedná se hlavně o kortikosteroidy. To znamená látky, které se běžně klinicky používají na desítky diagnóz, ale pohříchu nejsou v rukách praktiků. Těm tuto základní léčbu komunita lékařských specialistů upírá. Já skutečně netuším, jaký je toho důvod. Jestli je to obava, že by s tím neuměli praktici zacházet. Ale když už by neuměli zacházet s kortikoidy, tak nevím, s čím jiným by praktik měl zacházet, že?

Jak kortikoidy fungují?

Krátkodobě tlumí zánětlivou odpověď a mají přísný denní rytmus – je třeba ho dodržet a podávat je pouze ráno. Lze je podávat i inhalačně. To znamená, že působí lokálně, tedy v plicích. Druhá věc, že je potřeba tlumit zánětlivou reakci více specificky, ty kortikoidy fungují poměrně širokospektrálně. Ale existují léky, které používají astmatici, například montelukast, který už někteří klinici používají. Je to inhibitor leukotrienů a má velmi dobré výsledky i proti covidu. Souvisí to s tím, že lidé, kteří jsou léčeni na astma, tak ti nemají takové problémy s covidem. Takže jsou to velmi cílené léky, u kterých známe mechanismus účinku a jejich bezpečnost byla již dávno prokázána.

Lze je podat kdykoliv během nemoci?

Musíme posuzovat čas od počátku infekce, od počátku nástupu symptomů, od toho, jaká nálož viru v jedinci byla, jak se časově posouvá dynamika onemocnění, jaké jsou individuální klinické parametry. Otázka je také, co měříme v počátečním stadiu infekce. Nyní hlavně měříme saturaci kyslíkem. A měříme něco jiného? Měříme u toho člověka zánětlivé parametry? Měříme koagulační parametry? Ve velké většině to prostě neděláme, a přitom je to tak jednoduché. Stejně tak i krevní obraz. To znamená, že my nevíme, kdy a jak máme zasáhnout. Koneckonců tohle jsou velmi základní diagnostické a terapeutické nástroje. Pro ty koagulace máme X možností léčby. Tam je to velmi dobře charakterizováno na mnoha úrovních. A opět k praktikům, pojišťovna jim neproplatí ty nejmodernější léky, které ale stojí pár tisíc, jsou tabletové, tedy se nemusí píchat tak jako nízkomolekulární heparin, a fungují dokonce lépe i v pozdějším stadiu, kdy už byly vytvořené mikrosraženiny v cévách. To znamená, že to je něco, co bych označil za metodu léčby první volby. My to, prosím, nedáváme praktikům, protože by s tím neuměli zacházet? Tak to jsou příklady látek, co

fungují, ale takových látek je ještě celá řada. Také tu máme více doplňků stravy, vitamínů a minerálů, které můžeme doporučit a použít jako prevenci, protože se populace nachází v dlouhodobém hlubokém nedostatku.

Praktici by tedy podle vás měli zvládnout s těmito léky pracovat?

Praktik to musí zvládnout! Jinak ať nedělá praktickou medicínu. Musí být průběžně edukovaný. To je to, co se dnes u nás neděje. U nás chybí kvalitní celoživotní vzdělávání lékařů. Ten hlavní problém tady je, že praktici mají kartotéku svých pacientů, které vlastně ani nemusí vidět, protože jsou placení kapitačně. Pak také musí balancovat s rozpočty tak, aby některým pacientům mohli předepsat dražší léčbu, ale to si musí půjčit od jiných pacientů, protože od pojišťovny dostávají plošnou platbu, kterou nesmí překročit. Těch limitů primární péče je u nás mnoho. Oni jsou opravdu mezi několika mlýnskými kameny a nemají to jednoduché. Ale dnes fungují hodně administrativně. To znamená, že předepisují e-recepty nebo posílají pacienty ke specialistům. Ti jsou pak často naštvaní, protože většina pacientů patří do primární péče, a ne ke specialistům. Takže je zde velké tření mezi praktiky a tou nemocniční péčí.

Jak je to se šířením covidu? Vy tvrdíte, že se šíří ohniskově, vaši kritici, že komunitně.

Samozřejmě, že dnes ministerstvo tvrdí, že se covid šíří komunitně, protože nezvládli na počátku identifikovat ohniska a eliminovat je postupně. Dnes jsou tu tisíce ohnisek, možná deseti tisíce. To už je pak nemožné všechna ta ohniska zmapovat. To se musí udělat na počátku vlny, ne v jejím průběhu. Tak to dělají v jihovýchodní Asii, ale také v Dánsku. Covid se nešíří komunitně jako chřipka. U chřipky jeden člověk nakazí jednoho člověka. Ale tady jeden jedinec nakazí sto jedinců, nebo tisíc, nebo patnáct set. Pak je tu většina lidí, kteří nikoho neinfikují. To je ten rozdíl. Řeší se tu stále R číslo, ale to je pouze průměrné číslo šíření viru v populaci. To znamená, že tím mohu popisovat komunitní šíření, ale rozhodně tím nemůžu popisovat ohniskové šíření. Notabene, to R číslo kalkuluje ÚZIS špatně. Když jsem se ptal, proč to vůbec dělají, tak mi zástupce ÚZIS sdělil, že to takto chtějí média.

Jak se R číslo kalkuluje špatně?

To, jak ho počítají již více jak rok, koreluje pouze s tím, jakou změnu v absolutním počtu testů v tom časovém úseku provedu. Když půjde nahoru počet testů, tak bude růst R číslo. Když půjde testování dolů, tak bude R číslo klesat. To nevypovídá nic o infekci.

Objevil se tu také názor, že očkování je nejlevnější způsob, jak s covidem bojovat.

Je tu několik pilířů boje v podstatě s každou infekcí, a pro tuto to platí obzvlášť. Lékař musí komunikovat s pacientem, může s ním komunikovat on-line, telefonicky, ale musí s ním komunikovat. Musí pravidelně dostávat informace v jakém je stavu a na to reagovat. To dělá praktik, protože pacienta zná nejlépe. To nic nestojí.

Ceny těch zmíněných generických léčiv – zmíněných kortikosteroidů, antiastmatik, nesteroidních antirevmatik, antikoagulačních a antiagregačních látek a dalších, se pohybují od desítek korun po nízké tisíce. Ceny speciálních monoklonálních protilátek jdou do desetitisíců a hospitalizace na JIP pak do statisíců korun.

Primární včasná péče je z tohoto pohledu velice levná. Praktik zjistí, že dotyčný člověk má problém a začne ho řešit. V akutní fázi již není řešením vakcína. Souběh vakcíny a infekce nesmí nastat. Takže dávat teď vakcíny, jelikož lidé panikaří z další vlny, moc chytré není. Pravděpodobnost, že dostanou spolu s vakcínou i virovou infekci, je docela vysoká. Vakcína je preventivní záležitost. Je

levná, ale vakcíny jsou v případě covidu nového typu a nedostatečně testované. Za tím si stojím. Za druhé – plošné použití vakcín po infekci, kde vím, že velká část populace se s tou infekcí již setkala, a že zároveň toto přirozené setkání mnohem lépe stimuluje imunitní systém a ochrání jedince proti těžkým případům onemocnění, tak to mi nedává žádné právo do těchto lidí aplikovat léčebnou látku typu vakcíny. Protože vakcíny na počátku pandemie byly testované na nezkušených jedincích, nikoliv těch, kteří nemoc již prodělali. Data pro urychlené finální schválení vakcín nejsou aktualizovaná. Dodatečné data, například z Izraele, který začal masivně očkovat jako první, do toho nebyly doplněné. Během týdne pak americká FDA schválila Pfizer pro třetí dávku, respektive finální použití, a ne všichni členové s tím souhlasili. Navíc tam byly neřešené rozpory s dalším regulátorem – americkým CDC (Centrum pro kontrolu a prevenci nemocí). Dva členové FDA kvůli tomu odstoupili. Urychlené testování a schvalování na základě politické objednávky není dobrým vysvědčením regulátorů – to je jedna věc. Druhá věc je, že vakcíny jsou sice levné, ale nemůžeme je používat plošně za jiných podmínek a pro jiné cílové skupiny, než to bylo na začátku testované. Podle mého názoru je plošná aplikace vakcín hodně odtržená od toho, jak byly covidové vakcíny původně testované. Evropská EMA pak víceméně kopíruje rozhodnutí amerického regulátora FDA. Naopak ECDC – evropská analogie CDC – je orgán, který z mého pohledu funguje poměrně lépe.

Může stát měnit podmínky podávání vakcín?

Stát může pouze zmírnit podmínky, které byly v původních testech. Nemůže je zpřísnovat, ale to se děje opakovaně. Stát zkracuje dobu, doporučuje podávat vakcíny, aniž by byly pro cílovou skupinu ještě schválené. To je vážné pochybení. Když se vrátím k ceně, vakcíny jsou levné, ale mohly by být ještě levnější, kdyby se schválily vakcíny, které jsou vytvořené standardní technologií na základě hotových naprodukovaných proteinů, a nikoliv informace pro vytváření proteinů v našem těle, což jsou ty stávající a ať už mRNA nebo adenovirové na úrovni DNA. Ty nám dávají do těla informaci, aby si tělo vytvářelo protein. A my už netestujeme, co se s tím dál děje, nevíme, jak dlouho příjemci ten protein produkují. Tyto farmakokinetické testy byly velmi špatně udělané, pokud vůbec. U některých vakcín vůbec nebyly, byly odkázány na jiné podobné vakcíny, u kterých se to udělalo. To je realita. Vakcíny klasického proteinového typu mohou být ještě levnější, ale tři čtvrtě roku stojí u regulátora, aniž by byly schválené. Nikdo neví, kdy se tak stane. Jsou to přitom klasické vakcíny, které používáme pro mnoho jiných onemocnění desítky let. Je mi záhadou, proč se tyto klasické vakcíny nedostávají na trh. Samozřejmě může to mít spoustu důvodů, kapacita výroby a tak dále, ale měly by už být na trhu jako alternativa. Nejvíce co mě zaráží, a to já nevím, kdo dává výrobcům zadání, jak ty vakcíny mají vypadat, jak má vypadat jejich návrh a jaký má být end-point klinického testování, na který se testuje jejich účinnost. Na co se tedy v testování mají soustředit. Současné covidové vakcíny byly soustředěné na produkci protilátek. Fajn, to umí. Ale my zároveň říkáme, že protilátky nesouvisejí s tím, jak toto onemocnění člověk zvládne. Protilátky jsou pouze konečnou známkou toho, že imunitní reakce proběhla, ale nic o tom, jak kvalitně proběhla a jak to dlouhodobě ochrání člověka proti těžkému průběhu při následné reinfekci. Teď vidíme, že i očkování se dostávají do těžkých stavů, protože toto nikdo netestoval v době rychle se šířící varianty delta. Proto je hrozně důležité reportování a rychlé vyhodnocování všech vlastností vakcín v terénu, včetně nežádoucích účinků – to je vlastně finální fáze testování vakcín. Na to dnes není čas.

Máte pocit, že diskuze kolem covidu ve vědecké komunitě je zpolitizovaná?

Jednoznačně. Je to přímé ovlivňování řídicích složek politické reprezentace. To jsou ti, kteří nesou zodpovědnost a rozhodují. Vědecká komunita je jednak celosvětově rozpolcená, ale také nedostává svým základním principům. Velmi přísně nekontroluje to, co komunikuje, co sděluje směrem k médiím a politikům. Více méně je to nezodpovědné blogerství. Každý si může spustit hubu na špacír, když to řeknu ostře a nikdo za to nenese žádnou právní zodpovědnost. Pouze morální a bohužel leckterým vědcům slovo morálka nic neříká.