

Czesław Chowaniec, Małgorzata Chowaniec

Problemy opiniodawcze w przypadku zakażeń szpitalnych, w szczególności wirusowym zapaleniem wątroby typu B i C

Advisory problems in cases of hospital infections, especially with regard to hepatitis B and C

Z Katedry Medycyny Sądowej Śląskiej AM w Katowicach
Kierownik: prof. dr hab. H. Sybirska

W ostatnich latach obserwujemy znaczny wzrost liczby spraw cywilnych wnoszonych przez byłych pacjentów przeciwko placówkom służby zdrowia o odszkodowanie za uszczerbek na zdrowiu, związany z zakażeniem nabytym podczas diagnozowania lub leczenia. Najczęściej wnoszone są sprawy po przebytych wirusowym zapaleniu wątroby. Autorzy, poddając szczegółowej analizie 345 spraw opiniowanych w Zakładzie Medycyny Sądowej SAM w Katowicach w latach 1993-2000, przedstawiają typowe problemy opiniodawcze, z jakimi spotyka się biegły sądowy w sprawach zakażeń szpitalnych. Złożoność zjawiska zakażeń szpitalnych uzupełniono o ocenę przydatności ustaleń sanitarno-epidemiologicznych w praktyce orzeczniczej dla określenia związków czasowo-przyczynowych, a także wydolności stosowanych metod diagnostycznych wirusowych zapaleń wątroby.

Lately a great increase of the civil lawsuits presented by expatients against the Health Service establishment concerning indemnity for suffering a loss of health connected with infection acquired during diagnosis and treatment have been observed. The most popular are cases after suffering from hepatitis in the past. Based on a detailed analysis of 345 cases in which opinions were given at the Department of Forensic Medicine in years 1993-2000, the authors have presented typical infections. To establish time causalities, the character of hospital infections were completed additionally by the evaluation of the use of sanitary - epidemiological regulations in jurisdiction practice. The efficiency of routine methods used in Poland for serum hepatitis diagnostics has been also discussed in this paper.

Słowa kluczowe: opiniowanie sądowo-lekarskie, zakażenia szpitalne, wirusowe zapalenie wątroby

Key words: forensic opinioning, hospital infections, hepatitis

Zakażenia szpitalne pozostają w ścisłym związku z zabiegami leczniczymi i inwazyjnymi technikami diagnostycznymi z jednej strony, a z drugiej - z biologicznymi cechami hospitalizowanych. Kontrola zakażeń szpitalnych jest uznana we współczesnym szpitalnictwie za najważniejsze kryterium jakości pracy, jednakże w Polsce jest to problem wciąż niedoceniany. Zakażenia szpitalne to zespół chorób zakaźnych o bardzo różnej etiologii i złożonym obrazie klinicznym, zaś drobnoustroje je wywołujące mogą pochodzić zarówno z szeroko pojętego środowiska szpitalnego, jak i z normalnej mikroflory bakteryjnej człowieka. Zakażenia szpitalne definiuje się jako takie, które u chorego nie występowały, ani nie znajdowały się w okresie wylęgania wówczas, gdy był przyjmowany do szpitala, a nastąpiło w trakcie pobytu w szpitalu. Może więc ujawnić się zarówno podczas hospitalizacji, jak i po wypisaniu chorego do domu lub po przeniesieniu do innego zakładu leczniczego (8, 11, 15). Zakażenia szpitalne są ważnym problemem medycznym, finansowym i prawnym. Problem prawny dotyczy konieczności uznania odpowiedzialności placówki służby zdrowia za zakażenie szpitalne i wszystkie jego skutki (3, 7, 18, 22, 27).

Tabela I. Liczba opiniowanych przypadków zakażeń szpitalnych n = 345
Table I. The number of hospital infection cases in which opinions were given
n = 345

Rodzaj zakażenia Type of infection	Rok Year								Razem Total
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	
WZW A Hepatitis A virus	-	-	1	-	-	-	-	-	1
WZW B Hepatitis B virus	3	4	6	29	40	54	42	61	239
WZW C Hepatitis C virus	-	-	-	8	12	20	22	29	91
Zgorzel gazowa Gas gangrenę	-	-	-	-	2	-	1	-	3
Gronkowiec złocisty Staphylococcus aureus	1	1	-	1	2	1	2	3	11

Zakażenia szpitalne mogą być wywołane przez różne drobnoustroje: wirusy, bakterie, grzyby, pierwotniaki. Do najczęstszych zakażeń wirusowych zalicza się wywołane wirusami hepatotropowymi, a także grypy, paragrypy, echo i cytomegalii; do bakteryjnych czynników etiologicznych zakażeń szpitalnych należą *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Pseudomonas aeruginosa*, zaś spośród grzybów najczęstszymi są zakażenia drożdżakowe (8, 11, 20, 26) (Tabela I).

W praktyce opiniodawczej Zakładu Medycyny Sądowej w Katowicach w ostatnich latach obserwujemy znaczny wzrost liczby spraw cywilnych wnoszonych przez byłych pacjentów przeciwko placówkom służby zdrowia o odszkodowanie za uszczerbek na zdrowiu związany z zakażeniem nabytym podczas diagnozowania lub leczenia.

W latach 1993-2000 spośród ogólnej liczby blisko 6000 badań aktowych 345 dotyczyło spraw związanych z zakażeniami osób, które wcześniej miały kontakt z placówkami służby zdrowia. Z przedstawionego zestawienia wynika, iż najczęściej wnoszone były sprawy po przebyciu wirusowym zapaleniu wątroby typ B i C - łącznie 330 (95,7%) spraw, 11 (3,2%) przypadków dotyczyło zakażenia gronkowcem złocistym, zaś 3 (0,8%) łaseczką beztlenową zgorzeli gazowej; jedna sprawa dotyczyła zakażenia wirusem A zapalenia wątroby. Na uwagę zwraca wzrastająca liczba spraw dotyczących zakażeń wirusem zapalenia wątroby typu C- brak tego rodzaju spraw do 1995 roku i systematyczny wzrost w 1996 roku (8 spraw opiniowanych w 1996 roku i 29 w roku 2000).

Z naszego materiału wynika, iż najczęstszymi miejscami podejrzanymi o zakażenie były placówki szpitalne, a w nich tzw. oddziały zabiegowe. 87 przypadków dotyczyło oddziałów chirurgicznych, 34 ginekologicznych, 39 ortopedycznych. Przedstawione zestawienie potwierdza, iż na niektórych oddziałach specjalistycznych - tzw. zabiegowych, ryzyko zakażenia szpitalnego jest szczególnie wysokie (Tabela II).

Złożoność zjawiska zakażeń szpitalnych, ich specyfika epidemiologiczna oraz kliniczna powodują iż sprawy z reguły są skomplikowane i kontrowersyjne. Powołany biegły, przystępując do oceny sprawy musi zawsze brać pod uwagę możliwe źródła zakażenia, stopień ryzyka zakażenia w danej placówce zdrowia, który zasadniczo jest uwarunkowany rodzajem wykonanego zabiegu medycznego oraz sposobem leczenia i następnie odnosić je do konkretnego przypadku. Powyższe dane muszą być uzupełnione 1/ szczegółowym wywiadem lekarskim, obejmującym zwłaszcza okres wylęgania zakażenia - co pozwolić może na ujawnienie lub wykluczenie ewentualnych innych okoliczności, w których było możliwe zainfekowanie, 2/ analizą pełnej dokumentacji lekarskiej, a przede wszystkim 3/ wywiadem epidemiologicznym zebrany przez Terenową Stację Sanitarно-Epidemiologiczną i nierzadko jeszcze 4/ zeznaniami świadków (personelu medycznego, pacjentów) Z tego powodu opiniowanie sądowo-lekarskie w sprawach dotyczących zakażeń szpitalnych, w szczególności wywołanych infekcjami HBV i HCV są bardzo trudne, a przedstawiony materiał dowodowy rzadko pozwala na wydanie katogorycznej opinii (3, 12, 13, 14, 18).

Tabela II. Miejsce podejrzane o zakażenie
Table II. Places suspected of infections

Placówka służby zdrowia Health service establishment		Liczba rozpatrywanych zakażeń Number of examined infections
SZPITAL HOSPITAL	Oddział chirurgii Department of surgery	87
	Oddział ginekologii Department Gynaecology	34
	Oddział neurologii Department of neurology	17
	Oddział ortopedii Department of orthopaedic surgery	39
	Oddział wewnętrzny Internal diseases department	46
	Pracownia endoskopii Endoscopy laboratory	27
	Oddział dziecięcy Paediatric department	33
	Poradnia chirurgiczna Surgery outpatient clinic	21
Przychodnia rejonowa-ogólna Local outpatient clinic	22	
Stacja krwiodawstwa Blood - donation centre	4	
Gabinet stomatologiczny Dentists surgery	6	
Pogotowie ratunkowe Ambulance service	5	
Inne (areszt śledczy) Others (investigating arrest)	4	

Najtrudniejszymi w praktyce opiniodawczej są sprawy dotyczące ustalenia czasu i miejsca w jakich doszło do zakażenia wirusami zapalenia wątroby typ B i C. Z jednej strony trudności związane są z charakterem samego schorzenia, to jest bardzo długim kilku, kilkunasto tygodniowym okresem wylegania się choroby, różnymi formami klinicznymi zachorowania, wieloma możliwościami wprowadzenia czynnika chorobotwórczego do ustroju, a z drugiej strony wynikają z braków w przedstawionym bieglemu materiale dowodowym. Utrudnia to wydanie pełnej opinii, w której byłoby możliwe wykazanie związku przyczynowego z dużym prawdopodobieństwem pomiędzy wcześniejszym pobytym w szpitalu, a zachorowaniem, a zatem opinii, która satysfakcjonowałaby Sąd, stanowiąc istotny element dowodowy w toczącym się (najczęściej przez wiele miesięcy) postępowaniu procesowym.

Zakażenia wirusami zapalenia wątroby typu B i C stanowią poważny problem epidemiologiczny. Powszechnie przyjmuje się, iż w polskich warunkach u osób dorosłych u około 50-60% (w przypadku zakażeń HCV do 70%) a u dzieci do lat 4 nawet powyżej 80% zakażeń wirusami zapalenia wątroby, związanych jest z wcześniejszymi kontaktami z placówkami służby zdrowia i przeprowadzonymi zabiegami medycznymi. Z tego względu istotne jest zapoznanie się przez biegłego z danymi uwzględniającymi liczbę przypadków zakażeń wśród pacjentów uprzednio leczonych w „podejrzanej placówce medycznej”. Ważne jest również, naszym zdaniem, każdorazowo uzupełnienie akt sprawy o protokoły kontroli stanu sanitarno-higienicznego, w tym zwłaszcza dotyczące warunków i skuteczności procesów sterylizacji narzędzi chirurgicznych, stomatologicznych oraz sprzętu medycznego. Podkreślić bowiem należy, iż wprowadzenie na szeroką skalę badań endoskopowych i naczyniowych, przy niedostatecznej sterylizacji używanego do tego celu sprzętu, może być i najpewniej jest, przyczyną wielu zakażeń szpitalnych. Są to przesłanki, które w pewnym stopniu odzwierciedlają stan sanitarny w danej placówce medycznej, a przez to stanowią ważną okoliczność dla ustalenia stopnia ryzyka zakażenia. Równocześnie należy podnieść, iż dobre, wystarczające wyposażenie w sprzęt jednorazowy nie gwarantuje jeszcze jego prawidłowego użycia. W polskich warunkach nadal istotne znaczenie w rozprzestrzenianiu się zakażeń szpitalnych odgrywa nie przestrzeganie przez personel medyczny oraz samych pacjentów reżimu sanitarnego i elementarnych norm higienicznych. Są to uchybienia, które trudno wykryć podczas rutynowych, okresowych kontroli sanitarnych (8,15, 21, 23, 26, 30).

W 315 spośród wszystkich 330 opiniowanych spraw (tj. 95,4%), dotyczących zakażenia wirusami zapalenia wątroby typu B i C stwierdziliśmy niewątpliwie istniejący związek czasowy pomiędzy zachorowaniem, a wcześniejszym szeroko pojętym kontaktem z pozwaną placówką służby zdrowia. Zgodnie z zasadami poprawnego opiniowania sądowno-lekarskiego wykazanie związku czasowego nie może być utożsamiane z istnieniem związku przyczynowego. Dlatego też w każdej sprawie po szczegółowej analizie materiału dowodowego, okoliczności zachorowania, należy Sądowi wyczerpująco, jednak w sposób przystępny, przedstawić również przesłanki epidemiologiczne, które pozwalałyby określić stopień prawdopodobieństwa zakażenia wirusem zapalenia wątroby w pozwanej placówce zdrowia jako bardzo znaczny. W blisko połowie, bo w 147 (44,5%) przypadkach opinie były nie rozstrzygające. W tych sprawach wskazywaliśmy na istniejącą jedynie możliwość zakażenia w podejrzanej placówce, równocześnie podając, iż zakażenie było możliwe z co najmniej równym prawdopodobieństwem w innych, tak zwanych nie kontrolowanych sanitarnie okolicznościach.

Jak wynika z naszych obserwacji, stosunkowo częste - bo łącznie 69 przypadków - były zakażenia wzw typu B i C o przebiegu pierwotnie przewlekłym, rozpoznane przypadkowo, zazwyczaj podczas leczenia lub diagnozowania innych schorzeń. Utrudniało to, a wręcz uniemożliwiło jednoznaczne określenie czasu i miejsca zakażenia. Złazszcza w takich przypadkach istotne byłoby zapoznanie się z wynikami oznaczeń markerów zakażenia HBV i HCV przed lub bezpośrednio po przyjęciu do pozwanego szpitala. Niestety, w Polsce oznaczenia te nadal nie są rutynowo wykonywane u wszystkich hospitalizowanych pacjentów. Należy

jednak zwrócić uwagę, iż nawet ujemne wyniki badań w kierunku antygeny HBs czy też przeciwciał anti-HCV nie mogą być pewnym dowodem braku zakażenia (10,21,23).

Ważnym i trudnym problemem jaki staje przed biegłym sądowym jest ustalenie procentowego uszczerbku na zdrowiu wynikającego z zakażenia szpitalnego, ale także kosztów leczenia, dodatkowo specjalnego odżywiania. Trudności związane są z tym, iż z reguły zakażenie szpitalne, najczęściej wywołane wirusami hepatotropowymi typu B lub C, współistnieje z inną chorobą np. kamicą dróg żółciowych, kamicą nerkową chorobą nowotworową (bywa, że o znacznym stopniu zaawansowania), cukrzycą schorzeniami układu sercowo-naczyniowego oraz narządu ruchu. Sądy zwracają się również bardzo często o podanie rokowania i określenia ewentualnych skutków zakażenia na przyszłość np. zmniejszenia widoków powodzenia, zwiększeniu potrzeb, a nawet konieczności stałej opieki osoby trzeciej. Wydanie jednoznacznej opinii jest niekiedy bardzo trudne. We wnioskach musimy bowiem rozgraniczyć stopień inwalidztwa biologicznego uwarunkowanego schorzeniami samoistnymi z uwzględnieniem dalszej ich progresji od skutków zdrowotnych bezpośrednio związanych ze skutkami zakażenia szpitalnego. Dodatkowo w znacznej liczbie opiniowanych spraw przebieg zakażenia wirusem zapalenia wątroby, zwłaszcza typu C ma charakter przewlekły (w analizowanym przez nas materiale dotyczyło to 98 opiniowanych spraw tj. 29,7%) z postępującymi zmianami zapalno-włókniejącymi miąższu wątroby o zróżnicowanym stopniu nasilenia i zaawansowania zmian, gdzie ryzyko wystąpienia dalszych powikłań, w tym marskości wątroby oraz pierwotnego raka wątrobowokomórkowego jest znaczne (5, 6, 17). W przypadkach zakażeń subklinicznych, przebiegających w sposób skąpoobjawowy, nierzadko tylko z utrzymującą się antygenem HBs, a także w przypadkach trwającego leczenia przeciwwirusowego interferonem - wskazywaliśmy na potrzebę przeprowadzenia pełnej serodiagnostyki, wykonania biopsji wątroby i ponownego badania po upływie około 12-18 miesięcy. Niezwykle trudna jest ocena skutków zdrowotnych w przypadku przewlekłego zakażenia HCV, kiedy jedynym wykładnikiem zakażenia jest obecność przeciwciał anti-HCV przy względnej normalizacji parametrów biochemicznych wątrobowych i braku odchyłań od stanu prawidłowego w badaniu przedmiotowym. Wskazywaliśmy wówczas na potrzebę wykonania specjalistycznych badań z zastosowaniem technik biologii molekularnej, celem oznaczenia materiału genetycznego wirusa (np. HCV-RNA met. PCR) w surowicy krwi, w tkance wątrobowej, a nierzadko także w komórkach jądrzastych krwi oraz oceny histopatologicznej biopsji wątroby.

W analizowanym materiale opiniodawczym 14 spraw (4%) dotyczyło infekcji bakteryjnych wywołanych laseczką zgorzeli gazowej oraz gronkowcem złocistym. Roszczenia z tytułu zakażenia zgorzela gazową (3 przypadki) dotyczyły pacjentów leczonych operacyjnie w oddziałach ortopedyczno-urazowych z powodu skomplikowanych, wieloodłamowych, otwartych złamań kości podudzi i stopy. Stwierdzenie zabrudzenia rany przy przyjęciu do szpitala, okoliczności jakich doszło do urazu oraz negatywny wywiad epidemiologiczny co do możliwości zakażenia w oddziale szpitalnym pozwolił na wykluczenie

zakażenia u pozwanych. Wskazaliśmy, iż rany otwartych złamań były pierwotnie zainfekowane. Odnosząc się do 11 przypadków zakażenia gronkowcem złocistym to dotyczyły one pacjentów hospitalizowanych w oddziałach chirurgii ogólnej (4 sprawy), ortopedycznych (3 sprawy) oraz po dwa przypadki w oddziałach chirurgii naczyniowej i kardiochirurgii. Przeprowadzona analiza materiału dowodowego, uwzględniająca rodzaj przeprowadzonego zabiegu operacyjnego oraz powszechnie przyjęte dane epidemiologiczne pozwoliły we wszystkich przypadkach uznać wysokie prawdopodobieństwo zakażenia w pozwanych szpitalach, a zatem zasadność roszczenia. Nie znaleźliśmy bowiem w przedstawionym materiale innych okoliczności wskazujących na możliwość zakażenia gronkowcowego. W opiniowanych przypadkach u pacjentów leczonych ortopedycznie w wyniku zakażenia gronkowcowego doszło do wystąpienia stawu rzekomego, zapalenia kości z czynnymi przetokami ropnymi, u pacjentów poddanych operacjom chirurgiczno-naczyniowym konsekwencją infekcji było zakażenie protezy naczyniowej z rozwinięciem się posocznicy i ostatecznie zgon. Pozostałe przypadki dotyczyły ograniczonych miejscowo zmian zapalno-ropnych w tkankach miękkich, które ostatecznie udało się wyleczyć.

Podsumowując należy stwierdzić, iż najczęstszymi spośród rozpatrywanych spraw aktowych zakażeniami szpitalnymi były zakażenia wywołane wirusowym zapaleniem wątroby typu B i O. Liczba rozpatrywanych przez nasz Zakład spraw aktowych ma tendencję wzrastającą, przy czym charakterystyczny jest znaczny wzrost liczby spraw związanych z zakażeniami wirusem zapalenia wątroby typu C, co tłumaczyć należy coraz szerszym upowszechnieniem odpowiednio czułych i swoistych metod serodiagnostycznych i niestety nadal rzadkością wykonywania szczepień ochronnych przeciwko wzr typ B. Fakt, że przed 1996 rokiem nie odnotowaliśmy przypadków zakażenia HCV można tłumaczyć brakiem dostępności do testów diagnostycznych i ich niedoskonałością - co miało szczególne znaczenie w krwiodawstwie. Dopiero wprowadzenie testów drugiej generacji ELISA, oraz testu RIBA (recombinat immunoblot assay), a zwłaszcza coraz bardziej dostępnych specyficznych metod genetycznych dało możliwość pełnej diagnostyki seroimmunologicznej i szybszego rozpoznania przypadków zakażenia HCV o niecharakterystycznym, skąpoobjawowym przebiegu klinicznym. Często zakażenia HCV były rozpoznawane zupełnie przypadkowo, w trakcie przeprowadzania badań i diagnozowania innych schorzeń, a także w okresie zaostrzenia przewlekłego zapalenia wątroby, zaś w 11 przypadkach, kiedy doszło już do wystąpienia marskości wątroby.

Złożoność problemów zakażeń szpitalnych, a zwłaszcza różnorodność przebiegu klinicznego zakażeń zmuszają do szczegółowego i bardzo indywidualnego analizowania każdego przypadku zachorowania. Podkreślić należy, iż samo wykazanie istniejącego związku czasowego między zachorowaniem, a wcześniejszym pobytem powoda w placówce służby zdrowia jest niewystarczające dla przyjęcia związku przyczynowego. Bardzo wartościowe dla określenia związku czasowo-przyczynowego oraz stopnia prawdopodobieństwa czasu i miejsca zakażenia są naszym zdaniem ustalenia sanitarno-epidemiologiczne. Uwzględniając powyższe,

wydać się być zasadnym, aby opinie w tego rodzaju sprawach były wydawane przez specjalistę medycyny sądowej i specjalistę chorób zakaźnych.

Dla ujednoczenia opiniowania sądowo-lekarskiego w sprawach cywilnych dotyczących roszczeń związanych z zakażeniami szpitalnymi wywołanymi wirusami zapalenia wątroby typ B i C i zawartego w opiniach wniosku proponujemy następujący model konstrukcji opinii:

- Potwierdzenie w obserwacji klinicznej i badaniami dodatkowymi zakażenia oraz pełna identyfikacja czynnika chorobotwórczego
- Ustalenie związku czasowego pomiędzy leczeniem powoda w „podejrzanej” placówce medycznej a późniejszym zachorowaniem na wirusowe zapalenie wątroby.
- Przeprowadzenie możliwie pełnej analizy epidemiologicznej stanu sanitarno-higienicznego panującego w danej placówce medycznej pod kątem stopnia ryzyka wystąpienia zakażenia szpitalnego (protokoły kontroli sanitarnych, protokoły oceny skuteczności sterylizacji sprzętu medycznego - testami chemicznymi i biologicznymi, zeznania świadków).
- Zapoznanie się z ustaleniami Państwowego Inspektora Sanitarnego na okoliczność częstości występowania zakażeń szpitalnych u strony pozwanej
- Ocena związku przyczynowego z podaniem stopnia prawdopodobieństwa zakażenia w odniesieniu do konkretnego przypadku.
- Ocena przebiegu klinicznego zachorowania i czasookresu trwania choroby
- Określenie następstw zdrowotnych wynikających z przebytego zakażenia wirusami hepatotropowymi HBV i HCV z podaniem wysokości procentowego uszczerbku na zdrowiu na podstawie:
 - a) wyniku badania sądowo-lekarskiego internistycznego,
 - b) przeprowadzenia pełnego oznaczenia markerów wirusowego zapalenia wątroby, nierzadko włącznie z HBV -DNA, polimeraza DNA, HCV - RNA metodą PCR,
 - c) wyników badań laboratoryjnych - oznaczenia parametrów biochemicznych wątrobowych Aspat, Alat, bilirubina, fosfataza zasadowa, GGTP, czasami układ krzepnięcia, proteinogram,
 - d) biopsji wątroby z oceną histopatologiczną stopnia nasilenia zmian zapalnych i włóknienia, czasami potrzebne jest przeprowadzenie badań radioizotopowych.
- Ocena rokowania na przyszłość, zmniejszenia widoków powodzenia, zwiększenia się potrzeb, wypowiedzenie się w kwestii stopnia nasilenia cierpienia fizycznych, uciążliwości leczenia oraz poniesionych wydatków związanych z zakupem leków i koniecznością stosowania „specjalnej” diety, opieki osób trzecich, a także niezdolności do pracy.
- Wypowiedzenie się w kwestii niekorzystnego wpływu zakażenia wirusami HBV i HCV na inne współistniejące schorzenia.

PIŚMIENNICTWO

I. Alter M/J.: Epidemiology of hepatitis C in West. *Seminars in Liver Dis.* 1995, 15(1), 5-14. -2. Alter M. J., Mares A., Hadler S.C. et al.: The effect of underreporting on the apparent incidence and epidemiology of acute viral hepatitis. *Am. J. Epidemiol.* 1987, 125(1), 139. -3. Bieniek G. iwsp.: Komentarz do kodeksu cywilnego. Zobowiązania. Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa, 1996. -4. Boroń-Kaczmarska A., Kozowska H. Sidun Z.: Zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu C u alkoholików. *Przegl. Epid.*, 1994, 48, 17. -5. Brzozowski R.: Choroby wątroby i dróg żółciowych. Wyd III, PZWL, Warszawa, 1998. -6. Di Bisceglie AM., Goodman Zd., Ishak KG., et al.: Long-term clinical and histopathological follow-up of chronic posttransfusion hepatitis. *Hepatology*, 1991, 14(6), 969-974. -7. Dmowski St., Rudnicki St: Komentarz do kodeksu cywilnego. Część ogólna, Wydawnictwo Prawnicze Sp.zo.o., Warszawa, 1998. -8. Głowaczewska I., Żabicki W., Barańska M.: Zakażenia szpitalne wirusem typu B w Warszawie w latach 1991-92, *Materiały Naukowe XIII Zjazdu Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych*, Wrocław, 1994, 383. -9. Gładysz A., Ingłot M., Knysz B.: Profilaktyka swoista zakażenia wirusem B zapalenia wątroby w grupach zwiększonego ryzyka. *Hepatology Polska*, 1994, 1, 27-34. -10. Hoofnagle J.H., Di Bisceglie A.M.: Serologic diagnosis of acute and chronic viral hepatitis. *Sem. Liver Dis.* 1991, 11(2), 73-83.

II. Jabłoński L.: *Epidemiologia*, Wyd. Folium; Lublin, 1996. -12. Jaegermann K.: O związku przyczynowym. I Aspekty teoretyczne. *Arch. Med. Sąd. Krym.* 1984, 34, 9-15. -13. Jaegermann K.: O związku przyczynowym. II Poznawcze wymogi opiniowania. *Arch. Med. Sąd. Krym.* 1984, 34, 81-86. -14. Jaegermann K., Marek Z., Baran E.: Uwagi o ustaleniu związku przyczynowego w opiniach sądowo-lekarskich. *Arch. Med. Sąd. Krym.* 1976, 26, 241-247. -15. Januszewicz J.: Zakażenia szpitalne - Zarys kliniki chorób zakaźnych, PZWL, Warszawa, 1992. -16. Juszczyk J.: Wirusowe zapalenie wątroby, PZWL, Warszawa, 1999. -17. Juszczyk J., Gładysz A.: Viral hepatitis in Poland. *Hepatology Polska*, 1997, 4, 65. -18. Kiyosawa K., Akahane Y., Nagataa, et al.: Hepatocellular carcinoma after non-A, non-B posttransfusion hepatitis. *Am.J. Gastroenterol.* 1984, 79(10), 777-781. -19. Koch A.: Związek przyczynowy jako podstawa odpowiedzialności odszkodowawczej w prawie cywilnym, PWN, Warszawa, 1975. -20. Lettau LA.: The A, B, C, D, and E of viral hepatitis: spelling out the risks for healthcare workers. (Editorial) *Infect Control Hospital Epidemiol.*; 1992, 13(2), 77-81.

21. Magdzik W.: Choroby zakaźne i pasożytnicze - zapobieganie i zwalczanie, PZWL, Warszawa, 1993. -22. Maier K. P.: Zapalenie wątroby, PZWL, Warszawa, 1998. -23. Mądrzak H., Krupa D., Marszałkowska-Krześ E.: Postępowanie cywilne, Wyd. II, O. H. Beck, Warszawa, 1998. -24. Nishioka K.: Epidemiological studies on hepatitis C virus infection: Detection, prevalence, exposure and prevention. *Intervirology.* 1994, 37-58. -25. Osmond DH., Charlebois E., Sheppard HW., et al.: Comparison of risk factor for hepatitis C and hepatitis B virus infection in homosexual men. *J. Infect Dis.* 1993, 167(1), 66-71. -26. Polz M.A.: Wirusowe zapalenie wątroby jako zakażenie jatrogenne. *Przegl. Epidem.*, 1993, 4, 405. -27. Radwański Z.: Zobowiązania - część ogólna.

Wyd. II, C.H. Beck, Warszawa, 1997. -28. Shapiro CN., Margolis HS.: Hepatitis B epidemiology and prevention. Epidemiol. Rev.;1990, 12, 221-227. -29. Szata W.: Wirusowe zapalenie wątroby typu B(wzw B) w 1993 roku. Przegl.Epidem., 1995, 49,153. -30. Wawrzynowicz-Syczewska M.: Analiza kliniczno-epidemiologiczna wirusowego zapalenia wątroby typu C na tle innych zakażeń nie-A, nie-B. Hepatologia Polska, 1994, 1,13.

Adres pierwszego autora:
Katedra Medycyny Sądowej Śląskiej AM
ul. Medyków 18
40-752 Katowice.

Czesław Chowaniec

Błąd medyczny organizacyjny w epidemiologii wirusowego zapalenia wątroby typ B i C. Ocena materiału opiniodawczego Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej w Katowicach

A medico-organisational error in the epidemiology of hepatitis B and C in the opinions of the forensic medicine department in Katowice

Z Katedry Medycyny Sądowej Śląskiej AM w Katowicach
Kierownik: prof. dr hab. H. Sybirska

Analiza materiału aktowego Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej ŚAM w Katowicach potwierdza znaczny wzrost liczby spraw cywilnych wnoszonych przez byłych pacjentów przeciwko placówkom służby zdrowia o odszkodowanie za uszczerbek na zdrowiu, związany z zakażeniem wirusowym zapaleniem wątroby typu B i C nabytym podczas diagnozowania i leczenia. Po przeanalizowaniu 240 spraw opiniowanych w latach 1993-1999 zwrócono uwagę na nieprawidłowości, dotyczące braku zapewnienia dobrej organizacji pracy, reżimu sanitarno-higienicznego, właściwej opieki nad chorym, a zwłaszcza uchybienia w zakresie dezynfekcji i sterylizacji sprzętu medycznego, które powinny być rozpatrywane w kategoriach błędu organizacyjnego. Powyższe dane, w ocenie autora, mają istotne znaczenie dla oceny epidemiologicznej ryzyka zakażenia i wnioskowania o stopniu prawdopodobieństwa istnienia związku przyczynowego

The records of the legal proceedings analysed at the Forensic Medicine Department in Katowice show a rising number of litigation action of former patients versus the Health Service establishment for compensation for hepatocellular damage caused by hepatitis B and C viruses during diagnostic and therapeutic management. After a precise analysis of the 240 records of legal proceedings in which opinions were given in the years 1993-1999, the author presents some irregularities relative to the lack of a good work practice system, sanitary-hygienic discipline (especially disinfection and sterilisation of medical equipment) and correct management which should be considered as medico-organisational errors. The author suggest that the data mentioned above are very important for the epidemiologic evaluation of infection risks and also for opinion on a chance of the probability of a cause - effect relationship.