

Służba Zdrowia

Wydanie specjalne
marzec 2011



STOP!
HCV

Sluzba Zdrowia



PROMOCJA PRENUMERATY

- rocznej – **rabat 20%**, cena: ~~247,50 zł~~
- półrocznej – **rabat 10%**, cena: ~~123,30 zł~~

cena promocyjna **198 zł**
cena promocyjna **111 zł**

PRENUMERATĘ MOŻNA ZAMÓWIĆ:

☎ tel.: (22) 877 22 85

☎ fax (22) 836 83 33

✉ e-mail: prenumerata@sluzbazdrowia.com.pl

💻 internet: www.sluzbazdrowia.com.pl

UWAGA! PUNKTY EDUKACYJNE:

Za prenumeratę – 5 pkt., za opublikowany artykuł medyczny – 20 pkt.!

NAJSTARSZY TYTUŁ, NAJŚWIEŻSZE SPÓJRZENIE

www.sluzbazdrowia.com.pl

Bardzo wiele do zrobienia



Tomasz Sienkiewicz

Ten kolejny już, specjalny numer „Śłużby Zdrowia” adresujemy głównie do pracowników ochrony zdrowia, a szczególnie lekarzy rodzinnych, dyrekcji szpitali oraz zespołów kontroli zakażeń szpitalnych. Inspiracją jest wdra-

żany właśnie Pilotażowy Program Profilaktyki Zakażeń STOP! HCV, a te właśnie grupy naszych czytelników są, obok młodzieży szkół ponadgimnazjalnych, głównymi adresatami Programu.

Skalę spustoszeń, jakich niemal bezkarnie dokonuje w polskim społeczeństwie wirus zapalenia wątroby typu C trudno z czymkolwiek porównać. Nazywany jest wirusową bombą zegarową, bombą z opóźnionym zapłonem, a z powodu chorób, jakie wywołuje, dla niemałej części chorych jest wyrokiem śmierci z odroczonego, ale tylko do pewnego czasu, terminem wykonania.

Szacuje się, że w Polsce jest ok. 700 tys. zakażonych HCV, a przy wykrywalności sięgającej zaledwie 10%, mówi się też o cichej epidemii. Tymczasem szybkie wykrycie HCV w organizmie i podjęcie leczenia daje bardzo duże szanse wyzdrowienia. Później medycyna staje się bezradna.

HCV jest przyczyną 60% przypadków raka wątroby w Polsce, nie mówiąc o marskości wą-

troby. To więc ogromny problem i wielkie pole do działania dla pracowników służby zdrowia. Tym bardziej że ok. 80% infekcji HCV to zakażenia jatrogenne.

Zadziwia, że dotąd nie prowadzi się centralnego rejestru nowo odkrytych zachorowań wzv C, brakuje programu zdrowotnego terapii tych zakażeń, choć programów terapeutycznych doczekali się chorzy na jednostki chorobowe występujące w znacznie mniejszej skali.

Przerażająca jest niemal całkowita nieświadomość zagrożenia w naszym społeczeństwie. Główny Inspektor Sanitarny alarmuje na tych łamach, powołując się na badania OBOP-u (sprzed 3 lat), że 93% Polaków nie wiedziało, co to jest HCV. Mnóstwo ludzi jest przekonanych, że wątrobę przed zakażeniem wystarczająco chroni szczepionka przeciwko HBV, kto się więc zaszczepił, temu nic już nie grozi. A na HCV nie ma jeszcze przecież szczepionki.

Co konkretnie można i należy w tej dziedzinie zrobić? Nasi autorzy nie mają wątpliwości. Zapraszamy do lektury. ■



Redaktor naczelny:

Tomasz Sienkiewicz
t.sienkiewicz@sluzbazdrowia.com.pl

Projekt i opracowanie graficzne:

Zbigniew Cieśliński

Skład i łamanie:

Mariola Włodarczyk

Korekta:

Maria Suda

Redakcja:

ul. Jana Brożka 4,
01-442 Warszawa
tel. 22 837 77 77,
fax 22 836 83 33

Wydawca:

Sanitas sp. z o.o.
ul. Jana Brożka 4,
01-442 Warszawa

HCV – ważne zadanie dla Państwowej Inspekcji Sanitarnej	4
Powstaną szczegółowe procedury dekontaminacji	4
Ochronić młodzież	5
Ruszył program	6
Polska w obliczu zakażeń HCV	8
Nie wszystko jeszcze wiemy	12
Raport. Kiepsko z higieną w szpitalach	14
Chroń pacjenta jak siebie samego	18
Trzy pytania do lekarza rodzinnego	19
Zdiagnozowani i leczeni to wierzchołek góry lodowej	20
Walczyć jak Prometeusz	22
Gdzie krócej, gdzie dłużej?	24
Pacjenci wygrywają w sądach	25
Kto wygrywa, a kto przegrywa	27
Brak badań i nieleczenie kosztuje nas miliardy	28
Samorządy nie widzą problemu HCV	29
Nie ma winnych	30
HCV wśród personelu medycznego	34
Nie-A i nie- B, czyli C	37
Boceprevir rejestrowany w trybie przyspieszonym	38
Ośrodki diagnostyki i leczenia	38

HCV – ważne zadanie dla Państwowej Inspekcji Sanitarnej



Przemysław Biliński
Główny Inspektor Sanitarny

Wirusowe zapalenie wątroby typu C zostało uznane przez Światową Organizację Zdrowia za jedno z największych światowych zagrożeń epidemiologicznych. Z uwagi na coraz większe rozpowszechnienie, bezobjawowy przebieg uniemożliwiający wczesne rozpoczęcie leczenia, a także wysoki koszt terapii – stanowi ono poważne wyzwanie dla zdrowia publicznego. Porównywanie wzw C do „wirusowej bomby zegarowej” ze względu na długoletni i bezobjawowy przebieg ma swój sens nie tylko w odniesieniu do pojedynczego pacjenta, ale również całej populacji. 85% zakażeń prowadzi do rozwoju przewlekłego zapalenia wątroby, które dla jednych może się skończyć marskością wątroby, dla innych pierwotnym rakiem wątroby.

Ten stosunkowo nowy, ale niezmiernie ważny problem epidemiologiczny, to kolejne wyzwanie dla Państwowej Inspekcji Sanitarnej, największej instytucji w Polsce działającej w obszarze zdrowia publicznego. W pierwszej kolejności chodzi o wzmocnienie nadzoru i kontroli zakła-

dów opieki zdrowotnej w zakresie zakażeń zakładowych. Skupiamy się na prawidłowości procedur dekontaminacji, a nie jak w przeszłości jedynie na ocenie tzw. bieżącego stanu sanitarnego. Drugi element to zmiany prawne i nowe obowiązki nałożone nie tylko na zozy, ale również na inne podmioty, jak zakłady fryzjerskie i kosmetyczne, w których może dojść do naruszenia ciągłości tkanek. Trzecim elementem musi być edukacja społeczna. Wiedza społeczeństwa o HCV jest bardzo niska – w badaniu opinii publicznej (TNS OBOP, wrzesień 2007 r.) ok. 93% społeczeństwa w ogóle nie wiedziało, co to jest HCV.

Pilotażowy program profilaktyki zakażeń HCV realizowany będzie w 3 modułach. Pierwszy zakłada dotarcie do wybranych szkół ponadgimnazjalnych i realizację działań edukacyjnych wśród młodzieży. Drugi skierowany jest do szpitali wysokospecjalistycznych, kadry zarządzającej i personelu medycznego. Planowane jest przeprowadzenie testów diagnostycznych na obecność przeciwciał anti-HCV i skierowanie osób zakażonych do specjalisty (algoritm postępowania) oraz wprowadzenie sys-

temowych rozwiązań diagnostyczno-przesiewowych w szpitalach wielospecjalistycznych. Realizacja ostatniego modułu, w ramach podstawowej opieki medycznej, zakłada przeszkolenie minimum 10% lekarzy poz w całej Polsce.

Płatnik – Narodowy Fundusz Zdrowia daje nadzieję, że jeszcze w tym roku uda

się wykonać 100 tys. testów. Bez czynnego poszukiwania osób zakażonych, czyli powszechnych badań skriningowych, nigdy nie rozwiążemy tego poważnego problemu zdrowotnego. Działania w obszarze zdrowia publicznego mogą przynieść w przyszłości doskonałe rezultaty. Ich brak może prowadzić do poważnych konsekwencji: liczba zakażonych będzie ciągle rosła, a wraz z nią medyczne, społeczne i ekonomiczne koszty zakażeń wzw C. ■



Fot. Jacek Persa

Izabela Kucharska
dyrektor Departamentu Zapobiegania oraz Zwalczania Zakażeń i Chorób Zakaźnych u Ludzi, Główny Inspektorat Sanitarny

Raporty zachorowań na wzv C prowadzone w postaci meldunków epidemiologicznych (dostępne na stronie internetowej NIZP-PZH) nie oddają pełnej liczby osób zakażonych, przede wszystkim z uwagi na fakt, iż rejestruje się zachorowania już trwające, którym towarzyszą określone objawy kliniczne. Występowanie objawów klinicznych u chorego nie oznacza zaś, że jest to nowy przypadek zachorowania na wzv C.

Nie rejestruje się nowych/świeżych przypadków HCV, a zachorowania bezobjawowe bądź nie poddane diagnostyce często nie są w ogóle odnotowywane – i to też jest przyczyną niepełnych danych epidemiologicznych.

Rzeczywista liczba zakażeń wirusem zapalenia wątroby typu C w Polsce jest obecnie trudna do oszacowania. Z uwagi na fakt, iż zakażenie wirusem może być przez wiele lat bezobjawowe, dostępne dane wskazują, że odsetek nosicielstwa może wynosić nawet 1,9% populacji. Należy przypominać, że ok. 80% zarejestrowanych przypadków zakażeń ma związek z wykonywaniem zabiegów medycznych (w tym stomatologicznych) oraz w innych miejscach świadczenia usług, w trakcie których dochodzi lub może dojść do naruszenia ciągłości tkanek (np.: gabinety tatuażu, kosmetyczne, zakłady fryzjerskie).

W celu zapobiegania występowaniu zakażeń związanych z wykonywaniem usług medycznych oraz zwalczania ich, Państwowa Inspekcja Sanitarna sprawuje nadzór nad warunkami sanitarno-higienicznymi, jakie powinien spełniać personel medyczny oraz sprzęt i pomieszczenia, w których udzielane są świadczenia zdrowotne, zarówno w lecznictwie zamkniętym, jak i otwartym. W ubiegłym roku opublikowaliśmy wyniki największej w ciągu ostatnich 20 lat kontroli w zakre-

Powstaną szczegółowe procedury dekontaminacji

sie zakażeń zakładowych (czyt. też s. 14–17 – przyp. red.), którą objęto 223 szpitale we wszystkich województwach (około 25% wszystkich szpitali w Polsce, dysponujących 35% wszystkich łóżek szpitalnych w kraju i realizujących ok. 40% hospitalizacji). Wyniki kontroli posłużyły do analizy porównawczej sytuacji epidemiologicznej oraz realizacji procedur zapobiegania zakażeniom związanym z opieką zdrowotną w polskich szpitalach.

Na podstawie dostępnych danych, do medycznych dróg szerzenia zakażenia wirusem HCV zalicza się głównie:

- wklucia oraz inne inwazyjne zabiegi medyczne wykonywane niesterylnym sprzętem lub brudnymi rękoma/rękawiczkami, co wynika z braku wiedzy personelu medycznego lub braku albo nieprzestrzegania przez lekarzy/pielęgniarki procedur postępowania aseptycznego i antyseptycznego,
- wielokrotne stosowanie przez personel medyczny sprzętu jednorazowego użytku, m.in. do dzielenia multidadawek preparatów podawanych pozajelitowo i aplikacji leków,
- posługiwanie się sprzętem skażonym materiałem biologicznym zawierającym HCV w wyniku nieskutecznej sterylizacji lub/i dezynfekcji czy wtórnego skażenia narzędzi w efekcie nieprzestrzegania przez personel medyczny procedur zabiegów,
- błędy w dezynfekcji spowodowane: wyborem niewłaściwego preparatu, zbyt niskim stężeniem roztworu, skróceniem czasu dezynfekcji, złym wstępnym umyciem narzędzi, użyciem niejałowej wody do spłukania preparatu, wtórnym skażeniem zdezynfekowanego narzędzia przy transporcie/przechowywaniu/podczas zabiegu,

- błędy w sterylizacji spowodowane: rezygnacją z wyjaławiania, używaniem niesprawnej aparatury, brakiem monitorowania i kontroli skuteczności procesu, niedokładnym myciem wstępnym, brakiem wstępnej dezynfekcji, zbyt dużą liczbą narzędzi w opakowaniu zbiorczym,

- używanie wyrobów medycznych niezgodnie z ich przeznaczeniem czy instrukcją ich dekontaminacji, np. ponowne używanie sprzętu medycznego przeznaczonego przez producenta wyłącznie do jednorazowego użytku.

Jednym z najważniejszych obszarów prewencji najgroźniejszych zakażeń szpitalnych są procedury związane z terapią żywną. W dalszym ciągu w 31% szpitali funkcjonuje otwarty system pobierania krwi, który w świetle aktualnych wytycznych krajowych i europejskich powinien być zastąpiony systemem zamkniętym, zapewniającym personelowi większe bezpieczeństwo. Wskazane jest podjęcie wielostronnych działań promujących wykorzystanie nowych, bezpiecznych technologii w polskich szpitalach z udziałem ośrodków referencyjnych, nadzoru sanitarno-epidemiologicznego, płatnika oraz instytucji ubezpieczających szpitale w zakresie odpowiedzialności cywilnej. Procesy sterylizacji i dezynfekcji stanowią jedno z najważniejszych ogniw prewencji zakażeń oraz przerywania łańcucha epidemiologicznego zakażeń szpitalnych. Od ich skuteczności zależy bezpieczeństwo pacjentów i personelu, decyduje ona również w dużym stopniu o powodzeniu terapii, szczególnie w dziedzinach zabiegowych. Jednym z głównych zadań na najbliższy rok jest stworzenie szczegółowych regulacji procedur dekontaminacji sprzętu medycznego, w szczególności sterylizacji. ■

Ochronić młodzież

Jacek Łuczak
dyrektor
Departamentu
Promocji
Zdrowia,
Biostatystyki
i Analiz
w Głównym
Inspektoracie
Sanitarnym



Fot. Jacek Persa

Edukacja zdrowotna prowadzona w ramach pilotażowego programu profilaktyki zakażeń „STOP! HCV” wśród młodzieży ponadgimnazjalnej, koordynowana przez jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej, ma na celu zwiększenie świadomości i upowszechnienie wiedzy w obszarze profilaktyki tych zakażeń.

Przez działania programowe chcemy wśród młodzieży zminimalizować indywidualne ryzyko zakażenia, uświadomić, jakie, nawet codzienne zachowania, są ryzykowne.

Przekaz dla tych młodych brzmi: Bądź świadomy zagrożenia. Zapobiegaj zakażeniu!

Po lekcji edukacyjnej prowadzonej w klasie uczniów powinien wiedzieć, jakie czynniki mogą prowadzić do zakażenia HCV, znać zasady profilaktyki, umieć rozróżniać typy wzw oraz rozumieć, jaką rolę spełnia wątroba dla prawidłowego funkcjonowania organizmu oraz znać następstwa nieleczzonego zakażenia HCV. Powinien też wiedzieć, gdzie szukać pomocy, a przede wszystkim, że należy codziennie stosować zasady zdrowego trybu życia.

W ramach kampanii, we współpracy z Państwową Inspekcją Sanitarną oraz Polską Grupą Ekspertów, prowadzone są kaskadowe szkolenia edukacyjne. Wojewódzcy koordynatorzy już niebawem rozpoczną szkolenia dla koordynatorów powiatowych i nauczycieli. Edukacją zostaną objęci uczniowie z pierwszych lub drugich klas, z co najmniej jednej szkoły w powiecie. Założeniem programu jest dotarcie do uczniów z ok. 400 szkół w 16 województwach, czyli ok. 2% młodzieży z grupy docelowej – populacji jednego rocznika. Wstępnie koordynatorzy wojewódzcy zgłosili zapotrzebowanie na ponad 16 tys. ulotek informacyjnych dla rodziców i ok. 500 płyt CD z filmem edukacyjnym dla młodzieży. Elementem programu jest również dotarcie za pośrednictwem uczniów do rodziców, by mobilizować ich do zachowań prozdrowotnych.

Realizacja tego pilotażowego programu będzie obejmować zajęcia edukacyjne, z wykorzystaniem aktywnych metod, na temat wirusowego zapalenia wątroby typu C, bezpieczeństwa epidemiologicznego, dróg szerzenia i ryzykownych zachowań oraz możliwości prewencji i następstw przewlekłego zakażenia. W toku jego realizacji szkoły otrzymają pakiety dydaktyczne: prezentację i film edukacyjny, scenariusz lekcji wychowawczej, ulotki edukacyjne, formularz zgłoszeniowy oraz ankiety ewaluacyjne dla uczniów i nauczycieli. ■

Celem Pilotażowego Programu Profilaktyki Zakażeń STOP! HCV jest zmniejszenie obciążenia zdrowotnego populacji Polski skutkami zakażeń HCV poprzez:

- zwiększenie wiedzy o ich epidemiologii, czynnikach ryzyka, obrazie chorobowym oraz zapobieganiu infekcji wśród młodzieży,
- zwiększenie wiedzy personelu medycznego o możliwościach profilaktycznych i terapeutycznych zakażeń oraz zachorowań,
- zwiększenie liczby badań w kierunku HCV u osób z grup ryzyka,
- zwiększenie wykrywalności zakażeń etiologii HCV.

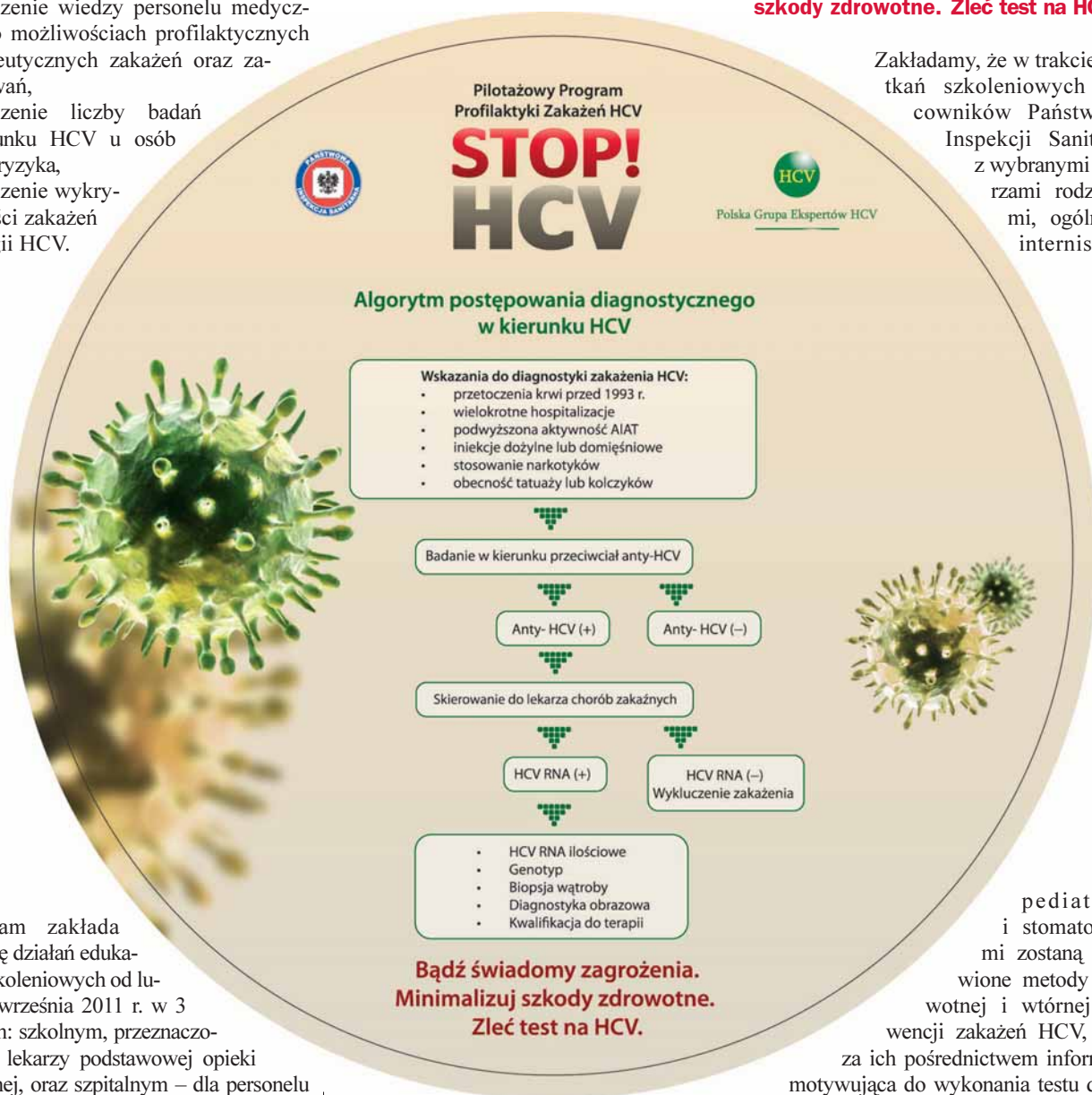
Ruszył program

trzeby wykonania testu na HCV w przypadku obecności czynników ryzyka lub opisywanych objawów.

Lekarzom wskazujemy potrzebę diagnostyki i specjalistycznego nadzoru nad pacjentami z problemami zdrowotnymi mogącymi mieć źródło w zakażeniu HCV. Przekaz programowy dla lekarzy poz brzmi:

Bądź świadomy zagrożenia. Minimalizuj szkody zdrowotne. Złóż test na HCV.

Zakładamy, że w trakcie spotkań szkoleniowych pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej z wybranymi lekarzami rodzinnymi, ogólnymi, internistami,



Program zakłada realizację działań edukacyjno-szkoleniowych od lutego do września 2011 r. w 3 modułach: szkolnym, przeznaczonym dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, oraz szpitalnym – dla personelu medycznego i kierownictwa wielospecjalistycznych placówek lecznictwa zamkniętego.

Ze względu na specyfikę poszczególnych grup docelowych przygotowano różne koncepcje działania, jak i niezbędne do realizacji narzędzia, tj. zestawy materiałów.

Będą więc spotkania edukacyjne, szkolenia, wykłady ekspertów, film i prezentacja dla młodzieży, plakaty, ulotki, broszury informacyjne, poradniki, podręczniki. Materiały w większości będą dostępne również na stronie

internetowej uruchomionej na potrzeby programu (www.stophcv.pl).

Do młodzieży, a za jej pośrednictwem do rodziców i krewnych, kierujemy przekaz:

Bądź świadomy zagrożenia. Zapobiegaj zakażeniu. Wykonaj test na HCV.

Zadaniem biorącej udział w programie młodzieży będzie sygnalizowanie bliskim po-

pediatrami i stomatologami zostaną omówione metody pierwotnej i wtórnej prewencji zakażeń HCV, toteż za ich pośrednictwem informacja motywująca do wykonania testu dotrze do pacjentów. Dla przychodni współpracujących w pilotażu przygotowaliśmy informacyjne plakaty i ulotki. Oczekujemy, iż w uzasadnionych przypadkach lekarze skierują osoby z podejrzeniem zapalenia wątroby typu C na badania i do specjalisty chorób zakaźnych czy hepatologa.

Do dyrekcji szpitali, zespołów kontroli zakażeń szpitalnych oraz lekarzy pracujących w tych jednostkach kierujemy przesłanie:



Dr Elżbieta Narolska-Wierczewska

Fot. Jacek Persa

Bądź świadomy zagrożenia. Minimalizuj ryzyko. Złóż test na HCV.

Jako cel szkoleń, prowadzonych kaskadowo w wytypowanych 200 szpitalach wielospecjalistycznych na terenie całego kraju, stawiamy:

- zwiększenie świadomości kierownictwa szpitali w zakresie zagrożeń i odpowiedzialności związanych z prowadzeniem placówki leczenia stacjonarnego,
- pogłębienie wiedzy lekarzy w zakresie profilaktyki, obrazu klinicznego i diagnostyki zakażeń HCV,
- dotarcie do pacjentów z informacją motywującą do wykonania testu,
- zwiększenie liczby pacjentów testowanych w kierunku HCV.

W ramach działań programowych osoby odpowiedzialne za bezpieczeństwo epidemiologiczne szpitali zostaną przeszkolone w siedzibach Wojewódzkich Stacji Sanitarно-Epidemiologicznych oraz zaopatrzone w materiały fachowe i informacyjne.

Zadaniem osób nadzorujących wewnętrznie stan sanitarny i bezpieczeństwo biologiczne szpitala będzie zorganizowanie szkoleń wewnętrznych dla lekarzy oraz kierowniczej kadry pielęgniarskiej. Kolejnym elementem, którego realizację proponujemy uczestnikom modułu szpitalnego, będzie monitorowanie sytuacji epidemiologicznej placówki w zakresie zagrożeń związanych z HCV, z uwzględnieniem liczby osób badanych, liczby wyników dodatnich, jak również kontrola wewnętrzna przestrzegania procedur i instrukcji związanych z bezpieczeństwem epidemiolo-

gicznym (mycie i dezynfekcja rąk, zasady stosowania sprzętu jednorazowego użytku, dzielenie płynów infuzyjnych i leków we wstrzyknięciach, stan dezynfekcji powierzchni, praktyki w zakresie sterylizacji sprzętu medycznego).

Czynny udział w realizacji Pilotażowego Programu Profilaktyki Zakażeń HCV weźmie łącznie około tysiąca pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej szczebla centralnego, wojewódzkiego i powiatowego. Wsparcie merytoryczne działań zapewniają członkowie Polskiej Grupy Ekspertów

HCV oraz kilkunastu krajowych i lokalnych ekspertów w dziedzinie chorób zakaźnych. W ramach działań programowych planujemy przeszkolenie nie mniej niż 9,5 tys. uczniów, 2 tys. lekarzy poz i ok. 5 tys. pracowników medycznych szpitali.

W oparciu o dane z realizacji i ewaluacji Pilotażowego Programu STOP! HCV (listopad 2011 r.), pod warunkiem zapewnienia realizatorom środków finansowych niezbędnych do rozszerzenia działań, planujemy przygotowanie wieloletniego Krajowego Programu Profilaktyki Zakażeń HCV. ■

Tylko 5% chorych leczy wzv typu C

Zakażenia HCV w postaci przewlekłej (80% wszystkich przypadków) są przyczyną zwiększonej zachorowalności i umieralności na marskość wątroby, żylaki przełyku, wodobrzusze, encefalopatię wątrobową oraz raka wątrobowokomórkowego. Przewlekłe zapalenie wątroby typu C jest pierwszą w Europie (60% przypadków), a drugą na świecie przyczyną tego nowotworu, występującego od 20 do 200 razy częściej u chorych na marskość wątroby o etiologii HCV w porównaniu do niezakażonych.

Powodem istotnego obniżenia jakości życia osób żyjących z HCV są takie objawy, jak: długotrwałe zmęczenie, apatia, stany depresyjne, dolegliwości grypopodobne czy dyspeptyczne oraz choroby przyczynowo związane z infekcją, m.in.: zapalenia wielostawowe, chłoniaki B, gammopatie, małopłytkowość, zapalenia tarczycy, kłębkowe zapalenia nerek, porfiria skórna późna, liszaj płaski czy zespoły metaboliczne.

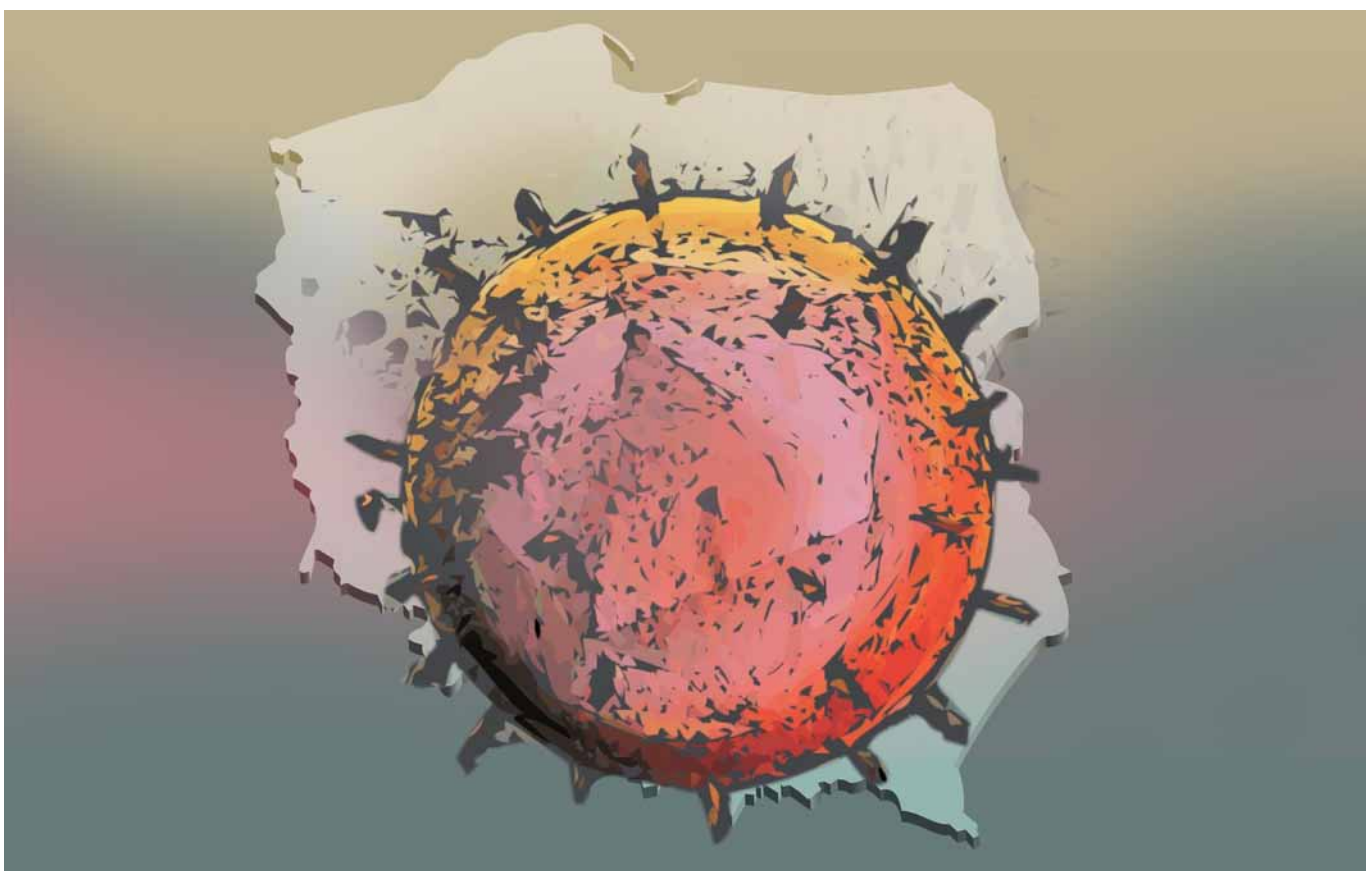
Stany te, tak w skali globalnej, jak i indywidualnej, przekładają się na straty ekonomiczne i społeczne (zahamowany rozwój osobisty i zawodowy, gorsze funkcjonowanie rodzin, absencja, inwalidztwo, przedwczesne zgony).

Brak charakterystycznego obrazu klinicznego zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu C powoduje, iż infekcję można rozpoznawać wyłącznie przy użyciu testów serologicznych. Niestety, w wielu krajach, w tym w Polsce, nie funkcjonuje system badań przesiewowych wykrywających osoby z podejrzeniem choroby.

Eksperci szacują, że z powodu niskiego poziomu wiedzy i świadomości społecznej co do zagrożeń HCV, jak również z powodu ograniczeń w dostępności badań przesiewowych, tylko około 5% chorych w Polsce korzysta z opieki specjalistycznej, w tym z terapii anty-HCV.

Polska w obliczu zakażeń HCV

Zakażenia wirusem HCV (*Hepatitis C Virus*) dominują wśród przyczyn chorób wątroby na świecie, a późne następstwa tych zakażeń decydują w istocie o ich poważnej randze w patologii ludzkiej. Charakterystyczną ich cechą, niezależnie od przebiegu zakażenia (ostrego czy przewlekłego), jest brak objawów klinicznych.



Rola lekarzy rodzinnych

W ostrym wirusowym zapaleniu wątroby typu C żółtaczka prawie nie występuje, natomiast inne objawy są mało swoiste, co powoduje bardzo rzadkie rozpoznanie zakażenia na tym etapie.

Szacuje się, że około 20% osób zakażonych HCV zdrowieje spontanicznie. Pozostałe 80% zakażeń należy do tzw. pierwotnie przewlekłych, czyli nie poprzedzonych jawnym, ostrym okresem chorobowym.

Wśród objawów dominują: przewlekłe zmęczenie, apatia czy depresja, które nie ułatwiają rozpoznania systematycznie postępującej choroby. Do manifestacji klinicznej zakażenia HCV dochodzi wówczas na etapie zaawansowanego procesu chorobowego.

Ryzyko marskości wątroby lub raka wątrobowokomórkowego tej etiologii dotyczy oko-

ło 1/5 pacjentów przewlekle zakażonych HCV. Wystąpienie tych niekorzystnych następstw klinicznych ogranicza możliwości leczenia farmakologicznego; często jedyną szansą terapeutyczną pozostaje przeszczepienie wątroby, co wobec wielkiej liczby zakażonych wirusem HCV jest opcją raczej teoretyczną. Jedyną zatem metodą uniknięcia tych poważnych problemów zdrowotnych i społecznych jest wprowadzenie do praktyki medycznej rutynowego wykrywania osób zakażonych HCV za pomocą czynnych badań przesiewowych prowadzonych przez lekarzy rodzinnych.

Rozpowszechnienie HCV

Światowa Organizacja Zdrowia szacuje, iż od 170 do 200 milionów ludzi (ok. 3% popu-

lacji na świecie) jest zakażonych tym wirusem. Długotrwały, utajony przebieg zakażenia HCV oraz ograniczenie dostępu do niezbędnych terapii przyczyni się, zdaniem WHO, do potrojenia śmiertelności wśród zakażonych tym wirusem w ciągu najbliższych 10–20 lat.

W przypadku Europy wskazuje się, że zakażenia HCV mogą dotyczyć prawie 9 mln ludzi (7,3–8,8 mln). Stosunkowo rzadko zakażenia te występują na północy kontynentu, w krajach skandynawskich, gdzie ich odsetki nie przekraczają 0,1% populacji. Znacznie częściej, powyżej 1,2%, występują w krajach Europy Południowo-Wschodniej. Prawdopodobnie szczególnie wysokie są odsetki zakażonych HCV w krajach byłego Związku Radzieckiego, aczkolwiek brakuje na ten temat obiektywnych danych. Szacuje się, iż każdego roku w Europie umiera z tego powodu pra-

wie 90 tysięcy osób. Zakażenie HCV jest tu główną przyczyną pierwotnego raka wątroby, a także przeszczepiania wątroby.

Pierwsze publikacje dotyczące rozpoznania rodzimych zakażeń HCV pochodzą z początku lat 90. ub. wieku. Dotyczyły one badań prowadzonych w różnych grupach wysokiego ryzyka tych zakażeń. Z tego czasu wywodzą się pierwsze wyniki badań wśród krwiodawców, które stały się podstawą rutynowych procedur selekcji dawców krwi w 1993 r.

Wśród krwiodawców początkowo wykrywano od 1 do 4% zakażeń HCV (średnio 1,4%). Najwyższe odsetki zakażonych występowały wśród dawców płatnych (do 5%). W kolejnych latach odsetki te zmniejszyły się do poniżej 0,5% pierwszorazowych honorowych dawców krwi. U około 2/3 tych osób z przeciwciałami anti-HCV wykrywano obecność kwasu nukleinowego wirusa HCV, czyli czynne zakażenia.

W innych grupach prowadzono badania najczęściej dla potrzeb dysertacji doktorskich. Należy do nich badanie występowania anti-HCV wśród 1000 dzieci przyjmowanych do jednego z bydgoskich szpitali. Wykryto 4% zakażeń HCV, przy czym częściej występowały one wśród dzieci młodszych oraz często hospitalizowanych.

Na podobne odsetki zakażonych wskazano wśród 320 chorych na cukrzycę, badanych w tym kierunku. Podobnie jak w innych krajach, szczególnie wysokie odsetki zakażonych HCV występowały wśród polskich narkomanów, uzależnionych od dożylnie przyjmowanych środków odurzających (75–90%) oraz wśród pacjentów poddawanych hemodializie.

W tym ostatnim przypadku wraz z upływem lat systematycznie obniżały się odsetki zakażeń (z około 50 do poniżej 15%). Interesujące są też niedawno przeprowadzone badania wśród osadzonych w zakładach karnych, gdzie występowanie przeciwciał anti-HCV wykazano u 7,25% badanych.

Największe z badań przesiewowych, prowadzone przed kilku laty w Polsce, obejmowało prawie 14 500 pacjentów. Wykryto w nim również średnio 4% zakażonych HCV, przy czym występowały duże różnice między poszczególnymi regionami kraju. Mankamentem tego badania było, iż robiono je na życzenie pacjentów, o których nic nie wiadomo. W konsekwencji – nie było uprawnione extrapolowanie tych wyników na przeciętną polską populację. Byłoby to tym bardziej nieuzasadnione, że w innym badaniu „na życzenie” wykryto 1,9% zakażonych HCV. Wśród 48 spośród ponad 2,5 tysiąca osób poddanych badaniom, u 31 (65%) występowały wykładniki czynnego zakażenia (HCV RNA).

W ostatnim kwartale 2009 r., pod patronatem Polskiej Grupy Ekspertów HCV, przepro-

wadzono w Polsce szeroką akcję badań przesiewowych w kierunku zakażeń HCV, obejmującą dorosłych pacjentów przyjmowanych do wybranych 21 szpitali wielospecjalistycznych, 8 szpitali wojskowych, a także pacjentów zgłaszających się do anonimowych punktów konsultacyjno-diagnostycznych oraz poradni rejonowych.

Badanie w kierunku obecności przeciwciał anti-HCV przeprowadzono w surowicach 26 057 osób, uzyskując wynik dodatni u 496 (1,9%). U co trzeciego pacjenta z obecnymi przeciwciałami anti-HCV w surowicy wykrywano materiał genetyczny wirusa HCV.

W badanej populacji przeważały kobiety (72,3%) oraz ludzie pochodzący z miast (79%), średni wiek wynosił 43 lata. Badani podawali najczęściej 3 wcześniejsze pobyty w szpitalu. Jako czynniki ryzyka zakażeń HCV określono płęć męską, częste (więcej niż 3) hospitalizacje, przetoczenia krwi przed 1992 r. oraz przyjmowanie środków odurzających drogą dożylną.

HCV u dzieci

W związku z systematycznym wzrostem liczby zakażeń HCV w populacji ogólnej, wzrasta ich liczba u kobiet w wieku rozrodczym, a tym samym potencjalne ryzyko ekspozycji perinatalnych. Średnią częstość zakażeń HCV u kobiet ciężarnych w Europie i Ameryce Północnej szacuje się na 0,2–3%. Jest ona wyższa w grupach ryzykownych zachowań, jak przyjmowanie środków odurzających drogą dożylną, a także w krajach, w których główną drogą szerzenia się tych zakażeń są zakażenia szpitalne.

Pomimo braku szczepionki przeciw wzw C i niemożliwej podczas ciąży chemioprophylaktyki, wykrycie zakażenia HCV u kobiety ciężarnej umożliwia, obok opieki hepatologicznej nad matką, także szybką diagnostykę tego zakażenia u nowo narodzonego dziecka.

Częstość transmisji wertykalnej (z matki na dziecko) szacuje się na 3–5% u noworodków urodzonych przez matki replikujące HCV. Wzrasta ona 2–3-krotnie w przypadku współistniejącego, nie leczonego zakażenia HIV. Czynniki zwiększającymi ryzyko transmisji wertykalnej HCV oprócz koinfekcji HIV są wysoka replikacja HCV oraz przyjmowanie przez matkę środków odurzających drogą dożylną. Zwraca się także uwagę na ryzykowne zabiegi położnicze.

Zakażenie HCV u matki nie stanowi przeciwwskazania do karmienia naturalnego

Ponieważ matczyne przeciwciała anti-HCV przechodzą przez łożysko, mogą być obecne w surowicy krwi noworodka i nie-

mowlecia. Stąd diagnostyka wertykalnego zakażenia HCV w pierwszym roku życia dziecka wymaga przeprowadzenia badań wiremii HCV. Odmatczyne przeciwciała przekazane biernie dziecku zanikają najczęściej przed ukończeniem pierwszego roku życia. Algorytm diagnostyki noworodka matki zakażonej HCV przedstawiono na ryc. 1.

Przebieg zakażenia HCV u dzieci, jeszcze częściej niż u dorosłych, jest bezobjawowy; aktywność biochemiczna choroby mierzona aktywnością ALAT u większości pozostaje w granicach normy, a zmiany histopatologiczne w wątrobie są mało zaawansowane.

Z opublikowanych badań wynika, że od 20 do 40% zakażeń HCV u dzieci kończy się spontanicznym wyzdrowieniem, jednak u zakażonych przed 20. rokiem życia – zaawansowana choroba wątroby ujawnia się po około 30 latach od zakażenia.

Główną przesłanką leczenia dzieci zakażonych HCV jest niemożność wczesnego prognozowania zejścia choroby w świetle jej poważnych następstw.

Leczenie przeciwwirusowe jest u dzieci profilaktyką niekorzystnych następstw klinicznych w postaci marskości wątroby i HCC, a terapia w tej grupie wiekowej jest skuteczna i dobrze tolerowana. Wynika to z wczesnej fazy choroby, relatywnie wysokich dawek interferonu i rybawiryny, mniejszej niż u dorosłych liczby chorób współistniejących oraz niedojrzałości układu immunologicznego i tym samym – większej jego podatności na immunomodulacyjne działanie leków.

Wykazano, że skuteczność terapii niepegylowanym interferonem i rybawiryną pzw C u dzieci wynosi około 50%, co odpowiada odsetkom uzyskania trwałej odpowiedzi u dorosłych leczonych pegylowanym interferonem i rybawiryną.

Terapia pegylowanym interferonem i rybawiryną dzieci chorych na pzw C, zakażonych genotypami 1, 4 HCV, leczonych pierwszorazowo, charakteryzowała się skutecznością zbliżoną do uzyskiwanej w leczeniu dorosłych zakażonych genotypami 2, 3 HCV. Długofalowe obserwacje dzieci, które uzyskały trwałą odpowiedź wirusologiczną na leczenie, potwierdzają zasadność wczesnego wprowadzania terapii w tej grupie pacjentów.

Terapia zakażeń HCV

Historia naturalna zakażeń jest uwarunkowana relacjami między układem odpornościowym człowieka a cechami drobnoustroju. W konfrontacji z wirusem HCV człowiek najczęściej przegrywa, czego dowodem są przewlekłe zakażenia dotyczące około 80% przypadków. Na kolejnych etapach klinicznego przebiegu tego zakażenia proporcje odwracają się,

gdyż tylko 20% spośród nich przechodzi w dalsze niekorzystne następstwa. Nie pozwala to jednak na lekceważenie problemu, gdyż zakażenia HCV – ze względu na szerokie rozpowszechnienie – zajmują pierwsze miejsce wśród przyczyn poważnych patologii wątroby na świecie. W tym kontekście aspekty terapeutyczne nabierają szczególnego znaczenia.

Efektywność terapii w ostatnich latach systematycznie się poprawia. Monoterapia interferonem alfa, zarówno naturalnym, jak i rekombinowanym, tylko w niewielkim stopniu prowadziła do trwałej odpowiedzi wirusologicznej. Prowokowało to do dyskusji, czy efektywność tych terapii nie jest pozorna, gdyż wynika ze spontanicznej eliminacji zakażenia HCV.

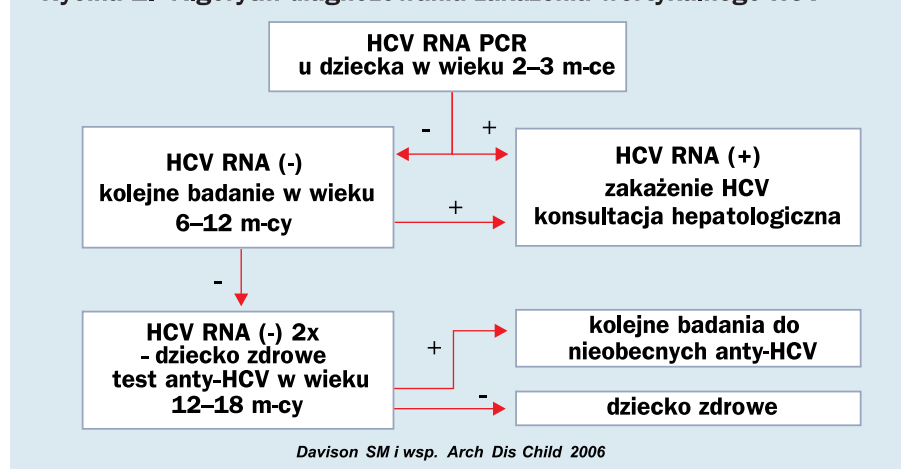
Wzbogacenie interferonu o rybawirynę i wydłużenie okresu leczenia do 48 tygodni praktycznie podwoiło skuteczność terapeutyczną. Kolejnym postępowaniem w leczeniu zakażeń HCV było wprowadzenie do praktyki klinicznej pegylowanych preparatów interferonu. To one w połączeniu z rybawiryną stanowią obecny standard terapeutyczny, prowadząc do trwałej odpowiedzi wirusologicznej u połowy zakażonych genotypem 1 HCV oraz u 80–90% zakażonych genotypem 2 i 3 HCV.

Interferony pegylowane alfa wraz z rybawiryną stanowią podstawowy schemat terapeutyczny. W wybranych przypadkach można stosować również interferony rekombinowane lub naturalne, a także monoterapię zamiast leczenia skojarzonego. Leczeni farmakologicznie powinni być chorzy zarówno z ostrym, jak i przewlekłym zakażeniem HCV, a także chorzy na marskość wątroby tej etiologii, bez objawów niewyrównania czynności wątroby.

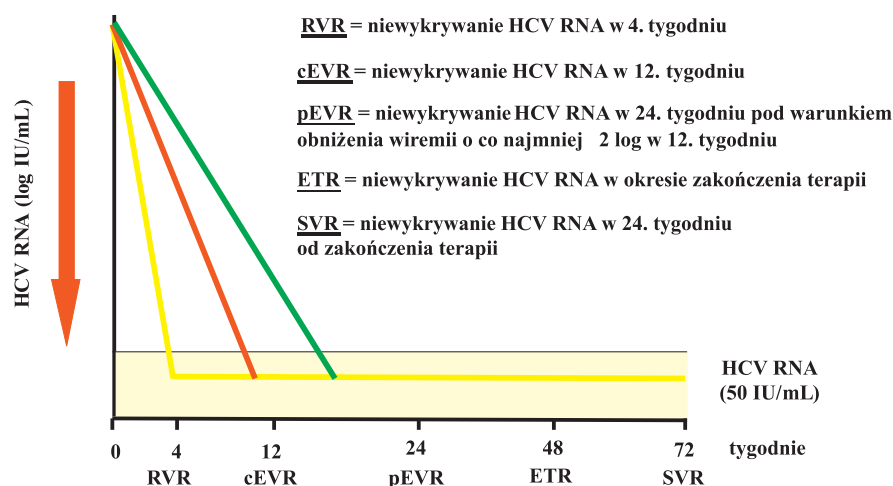
Na świecie wskazuje się, że umotywowane oczekiwanie pacjenta stanowi wystarczającą przesłankę do terapii. W praktyce, duże grupy oczekujących pacjentów zmuszają do ustalenia kolejności leczenia. W Polsce przesądza o tym zaawansowanie włóknienia wątroby, oczekiwanie na zabieg przeszczepienia narządu (nerki), koinfekcje HBV i HIV oraz krioglobulinemia objawowa.

Obowiązującym czasem terapii są 24 tygodnie dla zakażonych genotypem 2 i 3 HCV oraz genotypem 1 w przypadku chorych z niską wiremią i szybką odpowiedzią na leczenie (RVR). Pozostałych zakażonych, genotypem 1 lub 4 HCV, powinniśmy leczyć 48 lub 72 tygodnie, w zależności od rodzaju tzw. wcześniej odpowiedzi wirusologicznej (cEVR, pEVR). W tym kontekście najczęściej problemów stwarzają chorzy na marskość wątroby, gdyż czas niezbędnej terapii w tych przypadkach nie został dotychczas zdefiniowany.

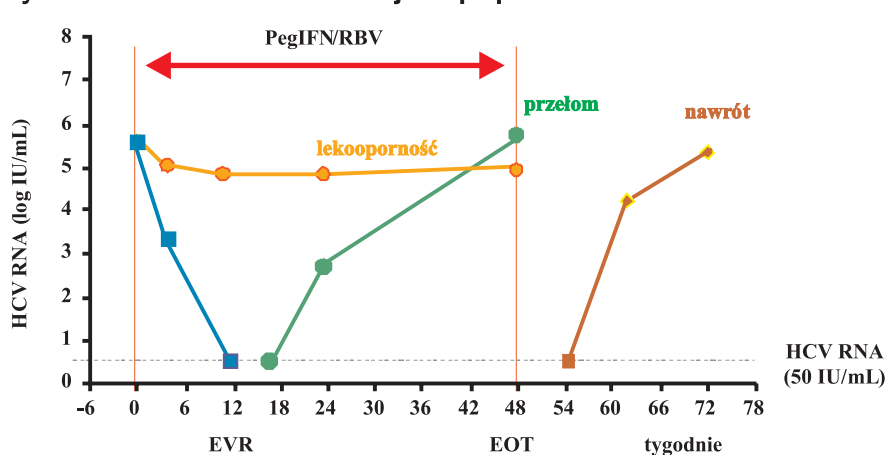
Rycina 1. Algorytm diagnozowania zakażenia wertykalnego HCV



Rycina 2. Typy odpowiedzi wirusologicznej



Rycina 3. Modele nieskutecznej terapii pzw C



W grudniu 2008 r. Amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków (FDA) zarejestrowała pegylowany interferon alfa-2b w kombinacji z rybawiryną do leczenia pierwszorazowego dzieci chorych na pzw C. W listopadzie 2009 r. lek ten zarejestrowano do leczenia dzieci chorych na

przewlekłe zapalenie wątroby typu C w Unii Europejskiej. W Polsce terapia ta znajduje się w propozycji programów terapeutycznych na bieżący rok, natomiast nadal obowiązującym w terapii pzw C u dzieci jest interferon niepegylowany – preparat o niższej skuteczności, wymaga-

jący 3 zastrzyków tygodniowo przez okres 1 roku.

Zachowanie się wirerii HCV w surowicy krwi jest podstawowym instrumentem prognozowania terapii i oceny jej efektywności. Skuteczne leczenie jest związane z obniżeniem się wirerii do poziomów niewykrywalnych czułymi testami diagnostycznymi, przy czym im szybciej zjawisko to nastąpi, tym lepiej prognozuje. W konsekwencji takie zjawiska jak RVR (rapid viral response), EVR (early viral response – complete, partial), czy ETR (end of treatment response) i SVR (sustained viral response) są ściśle monitorowane. Ich znaczenie przedstawiono na ryc. 2.

Chorzy z niską wirémią (poniżej 600 tysięcy IU/ml), zakażeni genotypem 1 HCV, mogą być leczeni przez 24 tygodnie, natomiast w przypadkach częściowego EVR – przez 72 tygodnie. Pojawiają się publikacje sugerujące, iż zakażeni genotypem 2 lub 3 mogą być w tych przypadkach leczeni 14–16 tygodni, a więc krócej niż przewiduje standard.

W przypadkach braku odpowiedzi na leczenie, możemy mieć do czynienia z pierwotną lekoopornością, przełomem lub nawrotem.

Jeśli pacjenci uzyskają SVR, to niewykrywalna wirémia utrzymuje się długo i tylko niezwykle rzadko dochodzi do reaktywacji zakażenia HCV.

Efekt terapeutyczny uwarunkowany jest wieloma czynnikami, determinowanymi zarówno przez wirusa, jak i zakażonego człowieka. Predyktorami niekorzystnej odpowiedzi terapeutycznej po stronie chorego są płeć męska, rasa czarna, przekroczenie wieku 40 lat, otyłość, oporność na insulinę oraz choroby współistniejące, np. stłuszczenie wątroby czy niewydolność nerek. Czynniki niekorzystnej prognozy terapeutycznej zależnymi od HCV jest przede wszystkim genotyp 1 i 4 oraz wysoka wyjściowa wirémia. Mimo iż efektywność terapii obniża się wraz z czasem trwania zakażenia, nie znajduje to należytej rangi w kształtowaniu standardów leczniczych.

Bezpośredni wpływ na skuteczność leczenia ma przestrzeganie przez pacjenta zaleconych dawek leków i czasu trwania terapii. Warunkiem zaliczenia kursu terapeutycznego jest przyjęcie co najmniej 80% przewidywanej dawki obu leków w okresie sięgającym 80% planowanego czasu terapii. Utrudniają to działania niepożądane stosowanych leków, z których większość udaje się skutecznie neutralizować farmakologicznie. Niekiedy niezbędne jest zredukowanie dawek lub przerwy w terapii, aczkolwiek zwiększa to ryzyko niepowodzeń terapeutycznych.

Nowe terapie

Nie ustają próby modyfikacji tradycyjnych metod leczenia, składających się z połączenia działania immunostymulacyjnego z antywirusowym. Dotyczy to badania innych interferonów, analogów rybawiryny, a także induktorów interferonu czy innych immunostymulatorów, np. histaminy i tymozyny. Celem tych poszukiwań, poza poprawą skuteczności, jest lepsza jakość życia chorych. Wśród interferonów głównym przedmiotem badań są consensus interferon, albinterferon oraz interferony gamma, omega i ostatnio lambda.

Nowy obszar poszukiwań to próby wykorzystania swoistych inhibitorów enzymów uczestniczących w replikacji, translacji i dojrzewaniu wirionów HCV. Do tych badań wykorzystuje się zwierzęta eksperymentalne, hodowle komórkowe oraz replikony.

Analizuje się przede wszystkim możliwość upośledzenia inicjacji translacji (5'-UTR), blokowania wejścia (E1/E2), redukcji i blokowania replikacji (NS5A i B) oraz zaburzania podziału poliproteiny (NS2/NS3). Wskazuje się, że blokowanie kanału jonowego p7 może obniżać zakaźność wirionu. Interesujące są też próby hamowania replikacji HCV poprzez blokowanie mikrona.

Najbardziej zaawansowane badania z zakresu terapii STAT-C (Specifically Targeted Therapies for HCV) dotyczą inhibitorów proteazy: telaprewiru i boceprewiru. Oba te leki po połączeniu z pegylovanym interferonem i rybawiryną potencjalizowały efekt terapeutyczny bez nasilenia działań niepożądanych i prawdopodobnie w najbliższych latach zostaną wprowadzone do standardowej terapii.

Wykazano, że leki działające bezpośrednio na wirusy, dodane do terapii standardowej pegylovanym interferonem i rybawiryną, skracają okres terapii i zwiększają skuteczność leczenia mierzoną uzyskaniem szybkiej odpowiedzi wirusologicznej (RVR – rapid viral response) oraz trwałej odpowiedzi wirusologicznej (SVR – sustained viral response).

Według niektórych badaczy działanie tych leków jest niezależne od profilu genetycznego gospodarza, aczkolwiek pogląd ten jest dyskusyjny, np. w kontekście skuteczności leczenia w zależności od polimorfizmu genów IL-28 B (3). Inhibitory proteazy HCV są pierwszymi lekami grupy DAAs (directly acting antivirals – działające bezpośrednio na wirusy), które utorowały drogę poglądom dotyczącym zjawiska oporności na leki p. HCV obok ich wysokiej skuteczności. Niektóre z nich, pomimo istotnej zdolności supresji wirerii HCV, charakteryzuje niska bariera genetyczna lekooporności, determinująca niższą skuteczność lecze-

nia. Dowiedziono, że bariera genetyczna lekooporności różni się zależnie od genotypów i podtypów HCV.

Terapia DAAs skojarzona ze standardowym leczeniem pegylovanym interferonem i rybawiryną stanowi atrakcyjną propozycję terapii pzw C, która zwiększa skuteczność i umożliwia skrócenie okresu leczenia. Jej negatywną stroną jest niewątpliwie generowanie lekooporności oraz dodatkowe działania niepożądane, co jest związane z koniecznością monitorowania wirusologicznego oraz wyższymi kosztami.

Nieudane próby zastosowania klinicznego inhibitorów helikazy prawdopodobnie przyczyniły się do zaprzestania badań. W przeciwieństwie do nich, inhibitory polimerazy stanowią realną perspektywę terapeutyczną.

Spośród innych leków na szczególną uwagę zasługują inhibitory cyklofilin, zaburzające replikację HCV, a także agoniści receptorów Toll-like, które mają zdolność rekonstrukcji mechanizmów odpornościowych, zarówno w zakresie odporności wrodzonej, jak i nabytej.

Postęp w leczeniu zakażeń HCV może zależeć również od prac nad szczepionką terapeutyczną. Badania dotyczą przede wszystkim stymulowania przeciwciał przeciwko glikoproteinom E1 i E2, cząstkom NS3 i NS2/3 rdzenia HCV, jak również stymulacji komórek T w drodze wykorzystania szczepionek plazmidowych.

Hamowanie tworzenia nowych wirionów oraz klirens komórek już zakażonych to wystarczające warunki sukcesu terapeutycznego. W świetle dostępnych publikacji brakuje przesłanek wskazujących, iż nowe leki stosowane w monoterapii zrealizują ten postulat. Zarówno bowiem „drobne cząsteczki”, jak i szczepionki terapeutyczne będą raczej dodawane do leków obecnie stosowanych. W konsekwencji, w nieodległej przyszłości należy spodziewać się wielolekowych schematów terapeutycznych, w których niemiennie będą występować interferony i rybawiryna lub leki o zbliżonym mechanizmie działania oraz znajdujące się obecnie w trakcie badań klinicznych.

Reasumując, w obliczu dużych grup pacjentów dotychczas nieskutecznie leczonych – poprawa efektywności terapii chorób etiologii HCV odgrywa ważne znaczenie kliniczne. Oczekiwania koncentrują się wokół terapii „celowanych” z zastosowaniem inhibitorów replikacji wirusa HCV oraz szczepionek terapeutycznych. Dołączenie tych preparatów do obowiązujących, choć modyfikowanych standardów terapeutycznych, to bardzo realna nadzieja na poprawę skuteczności terapii i reterapii. ■

Źródły tytułu pochodzą od redakcji

Nie wszystko jeszcze wiemy

Z dr. hab. n. med. **Andrzejem Horbanem**, konsultantem krajowym w dziedzinie chorób zakaźnych, na temat zakażenia HCV rozmawia Marcin Wełnicki

Głównym czynnikiem ryzyka w zakażeniu HCV jest kontakt ze służbą zdrowia. Ten paradoks podkreślany jest przez wszystkich lekarzy chorób zakaźnych i epidemiologów. Czy wirusowe zapalenie wątroby typu C należy więc traktować jako zakażenie wewnątrzszpitalne, czy też jest to konsekwencja przywiązywania zbyt małej wagi do przepisów sanitarno-epidemiologicznych obowiązujących, przynajmniej w teorii, w placówkach ochrony zdrowia?

– To trudne pytanie. Generalnie odpowiedź brzmi: i tak, i nie. Większość zakażeń HCV, która miała miejsce przed 1989 r., rzeczywiście była efektem działalności służby zdrowia. Nie można jednak mówić o tym w kategoriach winy.

Nie znaleźliśmy wtedy jeszcze wirusa, nie potrafiliśmy oznaczać przeciwciał skierowanych przeciwko jego cząsteczce. Wiedzieliśmy tylko, że istnieje patogen przenoszony drogą krwi, który wywołuje wirusowe zapalenie wątroby, określane wówczas jako nie-A nie-B.

W tym kontekście każda osoba, która przed 1989 r. miała przetaczaną krew, była narażona na zakażenie. Stąd nasza prośba, aby tacy pacjenci byli teraz uprzejmi zbadać się pod kątem obecności przeciwciał anti-HCV.

Rutynowe testy dla krwiodawców wprowadzono w ciągu kilku lat od momentu zidentyfikowania patogenu w 1989 r., można więc przyjąć, że badania powinni wykonać wszyscy, którzy mieli przetaczaną krew przed 1992 r. Należy jednak pamiętać, że istnieją mały odsetek osób zakażonych, które replikują wirusa, ale nie wytwarzają przeciwciał. Pewne ryzyko zakażenia podczas przetwarzania preparatów krwiopochodnych istniało więc także po 1992 r. Obecnie eliminujemy je dzięki testom PCR, wykrywającym materiał genetyczny patogenu.

Warto także pamiętać, że kilka dekad temu nie dysponowaliśmy sprzętem jednorazowym, igły gotowano, a jakość urządzeń służących do dezynfekcji pozostawiała wiele do życzenia. W efekcie w latach 80. ubiegłego wieku mieliśmy rocznie 40 tys. nowych wirusowych zapaleń wątroby typu B. To była plaga! Teraz nowych zakażeń HBV stwierdzamy rocznie od 1,5 do 2 tys. i jest to miara sukcesu, wynikającego z poprawy warunków sanitarnych w placówkach służby zdrowia. Droga szerzenia się zakażenia HCV jest taka



Fot. Jacek Persa

sama jak w przypadku HBV, chociaż wirusem C zarazić się jest trudniej. Przez analogię można więc stwierdzić, że procedury medyczne nie są już głównym czynnikiem ryzyka przy zakażeniu HCV.

W takim razie, jakie zachowania stwarzają dzisiaj zagrożenie zakażeniem się HCV?

– Nie jesteśmy tego do końca pewni. Stosunkowo rzadko udaje nam się stwierdzić zakażenie HCV w jego ostrej fazie. Kto łączyłby tak niespecyficzne objawy, jak senność czy

przewlekłe zmęczenie, z infekcją wirusem hepatotropowym? Najczęściej więc wyłapujemy takich pacjentów przypadkowo.

Warto też zaznaczyć, że HCV jest relatywnie łagodnym patogenem – około 20% zakażonych ulega samowyleczeniu w ciągu roku.

Problem zaczyna się, gdy zakażenie przechodzi w postać przewlekłą. Wśród tych osób u 20–30% z czasem rozwiną się ciężkie powikłania, z marskością wątroby i wszelkimi jej konsekwencjami łącznie. Czas od zakażenia do tak niepomyślnego zejścia choroby jest bardzo różny – od 10 do 20–30, a nawet 40 lat. Zależy to od wielu czynników dodatkowych. W efekcie jednak wyjątkowo trudno jest stwierdzić, kiedy i gdzie dokładnie doszło do pierwotnej infekcji.

Na pewno – ryzyko istnieje zawsze, gdy dochodzi do jakiegokolwiek przerwania ciągłości tkanek przez narzędzie, które mogło mieć wcześniej kontakt z krwią zakażoną wirusem. Obecnie wydaje się nam, że główną przyczyną zakażeń HCV są zabiegi wykonywane poza placówkami służby zdrowia: w gabinetach kosmetycznych, salonach tatuażów, gabinetach piercingowych.

Zachowaniem ryzykownym jest także oczywiście stosowanie dożylnych narkotyków, to jednak zdarza się obecnie znacznie rzadziej niż kiedyś.

Istnieją kontrowersje dotyczące ryzyka zakażenia HCV drogą stosunków płciowych. Jakie jest w tej kwestii stanowisko lekarzy chorób zakaźnych?

– Na szczęście, ryzyko transmisji zakażenia drogą seksualną, a w zasadzie każdą inną niż z krwią, jest niewielkie. Nasienie mężczyzn zakażonych, wydzieliny dróg rodnych kobiet czy ślina nie są istotnym materiałem zakaźnym. Osobom, których partnerzy seksualni są nosicielami HCV, nie zalecamy żadnych dodatkowych metod ochronnych. Oczywiście, ostatecznie to oni sami zawsze podejmują decyzję.

W Polsce zebranie rzetelnych danych epidemiologicznych odnośnie do różnych

schorzeń często jest, jak wiadomo, problematyczne. W przypadku HCV dodatkowym utrudnieniem jest długi okres bezobjawowy zakażenia. Ile, w przybliżeniu, osób w naszym kraju może być zakażonych tym wirusem? Ile nowych zakażeń stwierdza się rocznie?

– Tak naprawdę wciąż tego nie wiemy. Wszystkie dane są szacunkowe, wydaje nam się jednak, że te szacunki są coraz bliższe prawdy.

Istnieją polskie badania sugerujące, że zakażone może być nawet 2% naszego społeczeństwa.

– Badanie, do którego pan się odwołuje, dotyczyło osób zgłaszających się do placówek ochrony zdrowia. Z założenia jest to więc populacja wysokiego ryzyka. Co ciekawe, jednocześnie określano liczbę zakażeń u pracowników ochrony zdrowia i odsetkowo było ich mniej niż wśród pacjentów.

Częste hospitalizacje i przetaczanie preparatów krwiopochodnych okazały się według tego badania dodatkowymi czynnikami zwiększającymi ryzyko zakażenia. Nie badaliśmy jednak populacji ogólnej. Wiemy na przykład, że wśród osób do 20. roku życia, które nie naprzykrzają się zbyt słuźbie zdrowia, ryzyko zakażenia HCV jest znacznie mniejsze. A przecież ta populacja wiekowa stanowi blisko połowę naszego społeczeństwa.

To stoi trochę w sprzeczności z tym, o czym mówiliśmy wcześniej, że do większości zakażeń dochodzi obecnie prawdopodobnie w salonach kosmetycznych, piercingu itd.

– Nie wszyscy z tych salonów korzystają, nie wszyscy też fascynują się piercingiem i tatuażami. Oczywiście, osoby takie są obciążone wyższym niż przeciętne ryzykiem zakażenia. Generalnie jednak uważa się, że zakażonym HCV może być 0,5–1% naszego społeczeństwa, co też stanowi bardzo dużą liczbę ok. 360 tysięcy osób, z czego jedynie 40–50% zdaje sobie sprawę, że są zakażone.

Zarówno objawy przedmiotowe, jak i nieprawidłowości wykazywane w badaniach laboratoryjnych w przypadku zakażenia HCV są niespecyficzne. Jakim pacjentom lekarz rodzinny powinien zlecić zrobienie odpowiedniego testu? A może badania tego typu powinny się wykonywać rutynowo u wszystkich?

– Wykonywanie badań każdemu byłoby zbyt drogie, na pewno jednak przeciwciała anty-HCV powinno się oznaczyć u osób, u których wystąpiły zachowania ryzykowne. Poza wymienionymi już sytuacjami, należy także pamiętać o częstych wizytach u stomatologa. Niestety, nie każdy gabinet dysponuje

wysokiej klasy urządzeniami do dezynfekcji narzędzi. Jeżeli występują już objawy kliniczne, nawet wysoce niespecyficzne, to z reguły lekarz wpada w końcu na pomysł oznaczenia przeciwciał anty-HCV. Wskazówką bywają nieprawidłowe wyniki badań laboratoryjnych, takie jak podwyższona aktywność aminotransferaz.

Jednym z pierwszych izolowanych wskaźników zaawansowanej choroby jest trombocytopenia. Pierwsi pacjenci z zakażeniami HCV kierowani byli do nas od hematologów, którzy zajmowali się diagnostyką małopłytkowości. Niestety, obecność nieprawidłowości laboratoryjnych lub objawów klinicznych wskazuje już na stopień zaawansowania procesu zapalnego, co z kolei związane jest z gorszymi wynikami leczenia. Staramy się leczyć tych pacjentów jak najwcześniej, ale w tym celu musimy mieć szanse spotkania się z nimi.

Diagnostyka zakażenia HCV zaczyna się najczęściej poza poradnią chorób zakaźnych – na oddziale internistycznym, hematologicznym lub zupełnie gdzie indziej. W którym momencie pacjent powinien zostać skierowany do ośrodka zajmującego się leczeniem chorób zakaźnych?

– Od razu po stwierdzeniu obecności przeciwciał anty-HCV. Potwierdzenie obecności wirusa metodą PCR można pozostawić poradni chorób zakaźnych. Takich ośrodków jest w Polsce 60.

Do nich należy określenie poziomu wirēmii, genotypu wirusa oraz kwalifikacji do dalszego leczenia.

Dokładne badania są konieczne, ponieważ jak już wspominałem, 20% zakażonych ulega samowyleczeniu. Co więcej, wśród osób z przewlekłym wzw C rocznie około 2% pozbywa się wirusa z organizmu. Po 30 latach od zakażenia wirēmii stwierdzamy więc tylko u około połowy osób.

U pacjentów z aktywnym zakażeniem musimy określić stopień zaawansowania zmian zapalnych oraz genotyp wirusa. Osoby zakażone genotypem 2 lub 3 leczymy przez pół roku, a szanse wyleczenia szacuje się na ok. 70%. W takim przypadku nie sprawdzamy obecności zmian zapalnych w wątrobie, tylko leczymy, aby eradykować wirusa.

Niestety, w Polsce najczęściej stwierdzamy genotyp 1 HCV. W takich przypadkach trwałe wyleczenie udaje nam się uzyskać u 40–50% pacjentów i bardzo istotnym czynnikiem rokowniczym jest tu stopień uszkodzenia wątroby.

W terapii stosujemy przede wszystkim interferon, który pobudza układ immunologiczny do walki z wirusem. Jeśli patogen jest mało zjadliwy, o czym świadczy niski stopień uszkodzenia wątroby, łatwiej jest sobie z nim poradzić. Mechanizm działania stosowanej w

terapii zakażenia HCV rybawiryny jest natomiast wciąż niejasny. Lek ten gwałtownie obniża wirēmii poprzez zahamowanie replikacji. Nie wiemy tylko, czy cząsteczka rybawiryny wbudowuje się w kwas nukleinowy wirusa, czy też zakłóca działanie enzymów biorących udział w procesie replikacji. Ostatecznie więc rybawiryna ma tylko usprawnić działanie układu interferonowego.

Pytanie z pogranicza kliniki i administracji: jak wygląda kwalifikacja pacjentów do leczenia przeciwwirusowego i czy rzeczywiście istnieją poważne problemy z jego dostępnością?

– Kryteria włączenia pacjentów do programu terapeutycznego są w naszym kraju bardzo jasno zdefiniowane. Pacjenci z 1. genotypem wirusa oraz bez zmian w wątrobie czekają. Nie jest to nasz polski wymysł, ale zasada wynikająca z międzynarodowych wytycznych. My się z tym nie do końca zgadzamy i w moim ośrodku często leczymy również te osoby. Generalnie, praktyka jest jednak taka, że pierwszeństwo w leczeniu mają pacjenci z zaawansowanymi zmianami w wątrobie. Oni nie powinni czekać.

Nie powinni, czy – nie czekają?

– Nie powinni. Jeżeli czekają, jest to kwestia nie braku środków finansowych, ale złej organizacji na miejscu. NFZ z roku na rok zwiększa nakłady przeznaczane na program leczenia wzw C i w większości województw obecnie nie ma kolejek do programu.

Należy tu podkreślić, że jeden rok oczekiwania na rozpoczęcie terapii jest całkowicie akceptowalny. Potrzebujemy kilku miesięcy na przeprowadzenie wszystkich koniecznych badań, a sama terapia przeciwwirusowa wiąże się także z ograniczeniem aktywności zawodowej i społecznej pacjenta – do tego również trzeba się przygotować.

Pacjenci bez zmian zapalnych w wątrobie lub z niewielkim ich nasileniem mogą czekać. I nie jest to błąd. Generalnie natomiast w ostatnich latach dostępność programu znacznie się poprawiła.

Skuteczność terapii nie zawsze jest jednak zadowalająca. Czy prowadzone są badania nad nowymi lekami?

– Oczywiście, trwają badania kliniczne trzeciej fazy kilku nowych leków przeciwwirusowych, które stosowane łącznie z interferonem i rybawiryną w istotny sposób zwiększają skuteczność leczenia. Dużym zaskoczeniem była dla nas na przykład skuteczność pochodnych cyklosporyny, których dodanie do standardowej obecnie terapii zwiększa szanse na wyleczenie do niemal 100% i 70% w przypadku – odpowiednio – genotypu 2 i 3 oraz 1.

» Obecnie przyspieszono badania rejestracyjne i trwają dyskusje na temat czasu takiej politerapii. Być może, wystarczy 24 tygodnie leczenia, a nie jak dotychczas 48. Chcielibyśmy przynajmniej wyselekcjonować grupy pacjentów, u których terapia może trwać krócej, podobnie jak jest w przypadku indywidualizacji czasu leczenia interferonem i rybawiryną.

Proszę w takim razie przypomnieć nam definicję wyleczenia.

– Trwałe wyleczenie to sytuacja, w której pół roku od zakończenia terapii i niezależnie od długości jej trwania nie stwierdzamy wirerii. U większości z tych osób wirus nie wraca. W przypadku tych, u których po latach znów stwierdzamy wiramię, musimy się zastanowić, czy jest to reaktywacja, czy też efekt nowego zakażenia.

Pacjenci z przewlekłym wzw C wymagają monitorowania pod kątem progresji zmian zapalnych i ich powikłań. Jak często i jakie badania kontrolne należy u nich wykonywać? Czy należy to do obowiązków lekarza rodzinnego, czy też poradni specjalistycznej?

– Dalszym prowadzeniem pacjentów zakażonych HCV powinny się zajmować poradnie specjalistyczne. To, czego boimy się w sposób szczególny, to onkogeny potencjał wirusów hepatotropowych. Raz na rok pacjenci zakażeni HCV powinni mieć oznaczoną aktywność AFP, wskazującą na obecność raka wątrobowokomórkowego (HCC).

W przypadkach skrajnych, kiedy nowotwór ten rozwija się w marsko przebudowanej wątrobie, przyczyną zgonu chorego jest najczęściej nie sam rak, ale niewydolność narządu. HCV może jednak powodować transformację nowotworową komórek relatywnie dobrze funkcjonującej wątroby i w takiej sytuacji choroba ta stwarza poważne zagrożenie życia.

Raz na rok powinno się także wykonywać usg jamy brzusznej, oznaczenie aktywności aminotransferaz oraz wirerii. U pacjentów trwale wyleczonych z czasem możemy zrezygnować z tego ostatniego badania. Transaminazy z kolei są bardzo niespecyficznym wskaźnikiem aktywności choroby. Stan zapalny ma zwykle zmienne nasilenie, zwyczajki aktywności enzymów wątrobowych są więc przejściowe i możemy ich nie wychwycić. Trzeba również pamiętać, że o ich aktywności w dużej mierze decyduje styl życia pacjenta. Mam na myśli nie tylko alkohol, ale również leki hepatotoksyczne czy otyłość z towarzyszącym stłuszczeniem wątroby.

Problem zakażenia HCV oraz opieki nad pacjentem jest więc ostatecznie zagadnieniem interdyscyplinarnym. ■

Raport GIS z kontroli zakażeń

Kiepsko z higieną w szpitalach

Brakuje wielu ważnych przepisów, szczegółowo regulujących kwestie dekontaminacji sprzętu medycznego. W szpitalach mnóstwo jest przestarzałych autoklawów, a zużycie środków dezynfekcyjnych przez personel medyczny jest za małe – wynika z raportu Głównego Inspektoratu Sanitarnego o funkcjonowaniu kontroli zakażeń szpitalnych w Polsce.



Tymczasem Polska Grupa Ekspertów HCV właśnie sterylizację narzędzi i urządzeń medycznych oraz dezynfekcję rąk wymienia jako główne działania prewencyjne, chroniące przed zakażeniami wirusem C.

Skoro do 80% zakażeń HCV dochodzi w jednostkach służby zdrowia, głównie w szpitalach, ich prewencja jest jednym z najważniejszych składowych zarządzania jakością świadczeń. Podczas dwudniowej kontroli, przeprowadzonej przez GIS 27–28 października 2009 r. w losowo wybranych 223 szpitalach w całym kraju, dokonano oceny bieżącego stanu kontroli zakażeń szpitalnych i zapobiegania im, po wejściu w życie nowych przepisów ustawy o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych z 2008 r. Ten akt prawny podniósł rangę prewencji zakażeń szpitalnych, zwiększył wymagania wobec jednostek ochrony zdrowia w tym zakresie, rozszerzył monitorowanie zakażeń, jak również zakres wymagań w stosunku do procedur dekontaminacji skóry, sprzętu medycznego i środowiska szpitalnego.

Kompleksową kontrolą objęto wszystkie typy szpitali: wyspecjalistyczne, kliniczne, instytuty, szpitale wojewódzkie, powiatowe – publiczne i niepubliczne. Oceniono warunki realizacji programu kontroli zakażeń przez zespoły i komitety kontroli zakażeń szpitalnych, monitorowanie i rejestrację zakażeń, raportowanie, wykorzystanie diagnostyki mikrobiologicznej, zużycie antybiotyków, edukację personelu, procedury oceny i redukcji ryzyka zakażenia, skontrolowano też 2 wybrane oddziały szpitali: zabiegowy i niezabiegowy oraz wybrane działy szpitali: dezynfekcję, sterylizację, materiały sterylne, odpady medyczne, wodę, transport wewnętrzny, wentylację i klimatyzację.

Brakuje szczegółowych przepisów

Ze względu na bezpieczeństwo pacjentów i personelu jednym z najważniejszych elementów prewencji zakażeń są skuteczne procesy sterylizacji i dezynfekcji. Kontrolerzy z GIS zwrócili uwagę na lukę w polskim prawodawstwie, dotyczącą szczegółowych regulacji procedur dekontaminacji sprzętu medycznego, w szczególności sterylizacji. Postulowali pilną konieczność poprawy regulacji prawnych oraz wprowadzenia ich w życie.

W zakresie wyposażenia szpitali w sprzęt do sterylizacji stwierdzili duże zróżnicowanie.

W 68% placówek istnieje centralna sterylizatornia, w 48% występują sterylizatornie lokalne, a 14% szpitali zaopatruje się w sprzęt sterylizacyjny w zewnętrznych sterylizatoriach.

Wyposażenie w autoklawy jest również bardzo zróżnicowane, najstarsze działające mają ponad 30 lat. Aż 62% badanych szpitali dysponowało sprzętem ponad 10-letnim. Procesy sterylizacji są poddawane kontroli chemicznej i biologicznej, jednak jej częstotliwość i sposób realizacji jest bardzo różna. Zdaniem GIS wymaga to przyspieszenia prac nad rozporządzeniem o sterylizacji medycznej, regulującym szczegółowo niedoprecyzowane kwestie. I tak kontrola chemiczna skuteczności sterylizacji w autoklawach parowych prowadzona była w 49% szpitali w każdym wsadzie, a w 51% – tylko w każdym pakiecie. Jeszcze bardziej zróżnicowane było stosowanie kontroli biologicznej autoklawów parowych, która w 17% szpitali prowadzona była codziennie, w 40% cotygodniowo, a w 37% raz w miesiącu. Kontrola sterylizacji niskotemperaturowej również nie była prawidłowa: w 62% szpitalach kontrolowany był każdy wsad, ale w 24% – kontroli dokonywano raz dziennie, a w 15% jeszcze rzadziej.

Istotnym elementem systemu profilaktyki zakażeń szpitalnych jest także dekontaminacja sprzętu endoskopowego, która powinna być prowadzona w automatycznych urządzeniach zapewniających dezynfekcję chemiczno-termiczną. W 77% kontrolowanych jednostek endoskopy poddawane były dekontaminacji w urządzeniach automatycznych, ale ponad 40% szpitali w dalszym ciągu wykonywało te procedury ręcznie (w niektórych zakładach stosowano obie technologie).

Prof. Andrzej Zieliński, konsultant krajowy w dziedzinie epidemiologii, zgadza się z uwagami GIS co do potrzeb rozwiązań prawnych dotyczących sterylizacji. – Faktycznie, te rozwiązania się opóźniają, a są bardzo potrzebne – mówi. – Tylko, jak znam życie, sama legislacja nie rozwiąże problemu, ponieważ albo nie będzie pieniędzy w szpitalach na wdrożenie nowego prawa, albo zabraknie staranności w jego przestrzeganiu. W polskich szpitalach nie jest najlepiej z przestrzeganiem procedur. Skrupulatności w higienie możemy się uczyć od Holandii, Szwecji, Niemiec. W kwestii np. dezynfekcji rąk daleko nam do holenderskich standardów.

Częściej dezynfekować ręce

W GIS-owskiej kontroli poddano analizie ilość środków dezynfekcyjnych stosowa-

nych przez personel medyczny do dezynfekcji rąk. Potwierdzono zbyt małe zużycie tych środków, jak również niedostateczne wyposażenie gabinetów w stanowiska do higieny rąk. Wykazano też duże zróżnicowanie między jednostkami; średnie zużycie wynosi około 50 ml na hospitalizację, co przy średnim czasie pobytu pacjenta ok. 6 dni daje przeciętnie 3 cykle dezynfekcji dziennie na statystycznego pacjenta. Niewystarczające jest wyposażenie stanowisk pacjentów w środki dezynfekcyjne, jedynie w 57% szpitali w oddziałach intensywnej terapii był dozownik z preparatem dezynfekcyjnym na każdym stanowisku, przy tym 70% szpitali miało armaturę do mycia rąk bez kontaktu z dłonią w gabinetach zabiegowych.

Niebezpieczna terapia dożylna

W 31% szpitali funkcjonował otwarty system pobierania krwi, który w świetle wytycznych krajowych i europejskich powinien być zastąpiony systemem zamkniętym, zapewniającym większe bezpieczeństwo.

Procedury związane z terapią dożylną to jeden z najważniejszych obszarów prewencji najgroźniejszych zakażeń szpitalnych. Ryzyko zakażenia dotyczy zarówno pacjenta (zakażenie łóżyska naczyniowego, sepsa odcewnikowa), jak i personelu medycznego (zakażenia wirusami zapalenia wątroby typu B i C oraz HIV).

GIS wskazał na konieczność podjęcia wielostronnych działań promujących wykorzystanie nowych, bezpiecznych technologii. Czynnici powinni w tym uczestniczyć ośrodki referencyjne, nadzór sanitarno-epidemiologiczny, płaćnik oraz instytucje ubezpieczające szpitale od odpowiedzialności cywilnej.

Inspektorzy sanitarni zwrócili uwagę, że mimo powszechnej dostępności nowoczesnych opakowań płynów infuzyjnych, wyposażonych w elastyczne porty zapobiegające rozszczelnieniu linii naczyniowej, jak również redukujące ryzyko skażenia przy konieczności dodawania leków bezpośrednio do opakowania – wykorzystywało je jedynie 67% kontrolowanych szpitali. Natomiast w 22% nadal dodawano leki przekłuwając opakowanie, co jest szczególnie ryzykowne dla pacjenta.

Stosować wkłucia centralne

Kolejną furtką szerzenia się zakażeń są procedury zakładania cewnika naczyniowego centralnego, których nie wdrożyło 29% kontrolowanych szpitali. To podwyższone ryzyko wymaga pilnej regulacji, zgodnie z wytycznymi ekspertów. Jeszcze trudniejszym obszarem są procedury związane »

» z przygotowywaniem roztworów do żywienia pozajelitowego, stosowane tylko w 42% ocenianych szpitali. Dla bezpieczeństwa pacjentów procedury te są niezwykle istotne i wymagają pilnego wdrożenia w porozumieniu z Państwową Inspekcją Farmaceutyczną, zgodnie z wytycznymi ekspertów.

ISO i akredytacja CMJ

54% kontrolowanych jednostek ma system jakości potwierdzony certyfikatem, w tym większość ISO, a jedynie 30 szpitali uzyskało akredytację Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie.

Szpitala, które posiadały system zarządzania jakością, charakteryzowała lepsza organizacja i większa efektywność systemów kontroli zakażeń szpitalnych.

Ile łóżek na pielęgniarkę?

Jednym z najważniejszych czynników wpływających na bezpieczeństwo opieki medycznej jest liczba personelu pielęgniarskiego i lekarskiego. W kontrolowanych szpitalach liczba łóżek na 1 pielęgniarkę wynosiła między 10 a 32 podczas 1 dyżuru.

W raporcie GIS podniesiono konieczność prawnego uregulowania tej kwestii i określenia liczby pacjentów przypadających na 1 pielęgniarkę, w szczególności w oddziałach o podwyższonym ryzyku.

We wszystkich szpitalach stwierdzono istnienie zespołu kontroli zakażeń, ale nie wszędzie – w składzie wymaganym przepisami (lekarz, pielęgniarka epidemiologiczna, mikrobiolog). W większości – funkcja w zespole kontroli zakażeń była łączona z innymi obowiązkami w szpitalu, co zmniejsza efektywność.

Wprowadzić łączników i zespoły antybiotykowe

Kolejny postulat GIS dotyczy uregulowania w oddziałach szpitalnych kwestii personelu łącznikowego, który stanowi wsparcie w zakresie oceny ryzyka, monitorowania, rejestracji zakażeń oraz szkoleń. Wykazano bowiem, że w 30% jednostek w ogóle nie było łączników lub byli jedynie w wybranych oddziałach. Do uregulowania na poziomie ustawowym jest też powoływanie zespołów zajmujących się polityką antybiotykową, ustalających wytyczne terapii i profilaktyki zakażeń oraz nadzorowanie tej grupy leków. 28% kontrolowanych szpitali nie miało takich zespołów.

Multum braków

W raporcie mowa jest też o zbyt małej liczbie badań mikrobiologicznych (średnio ok. 18 posiewów na łóżko rocznie, co stanowi ok. 40% średniej liczby badań w szpitalach UE) oraz izolatów (tylko w 38% szpitali). Kontrolujący zwrócili również uwagę na rzadkie stosowanie nowoczesnych narzędzi

analizy zakażeń szpitalnych, w szczególności karty oceny ryzyka zakażenia przy przyjęciu oraz podczas pobytu w szpitalu, wprowadzonej ustawą z 2008 r.

Większość szpitali opierała system monitorowania na zgłoszeniach lekarzy prowadzących oraz zespole kontroli zakażeń szpitalnych, choć większość wprowadziła kartę monitorowania zakażenia szpitalnego oraz kartę monitorowania drobnoustroju alarmowego.

Prawo o sterylizacji – w szufladzie

Dr Bożenna Jakimiak, kierownik Zakładu Zwalczania Skażeń Biologicznych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego Państwowego Zakładu Higieny zwraca uwagę, że wszystkie poruszane w raporcie kwestie są bardzo istotne w zapobieganiu zakażeniom, zarówno wirusowym, w tym HCV, jak i bakteryjnym oraz grzybiczym.

– Procesy sterylizacji i dezynfekcji – mówi – należą do najważniejszych w zapobieganiu rozprzestrzeniania się mikroorganizmów chorobotwórczych. B. Jakimiak podkreśla niezwykle ważną rolę prawidłowego ich wykonania i kontroli przebiegu.

– Prawidłowość procesów dezynfekcji i sterylizacji wciąż wymaga sformułowania sztywnych reguł i wytycznych w postępowaniu mającym zapobiegać zakażeniom szpitalnym – podkreśla. – Nadal brakuje rozporządzeń i aktów prawnych w tej kwestii. Szczególne znaczenie mają procesy dekonta-



minacji sprzętu medycznego i prawidłowa dezynfekcja higieniczna i chirurgiczna rąk personelu medycznego.

W raporcie GIS mowa jest o pilnej konieczności szczegółowych regulacji prawnych w zakresie doprecyzowania zasad prowadzenia i kontroli procedur dekontaminacji sprzętu medycznego, w szczególności sterylizacji medycznej. – W latach 2008-2009 powstał projekt rozporządzenia opracowany przez grupę ekspertów z NIZP-PZH, Stowarzyszenia Kierowników Sterylizacji i Dezynfekcji Szpitalnej (obecnie, po zmianie nazwy: Polskie Stowarzyszenie Rozwoju Sterylizacji i Dezynfekcji Medycznej) oraz Stowarzyszenia Higieny Lecznictwa – przypomina dr Jakimiak. – Trafił on do GIS i do MZ. Niestety, ta ogromna praca społeczna do dzisiaj nie ujrzała światła dziennego. Tymczasem takie rozporządzenie, dotyczące sterylizacji medycznej, powinno być jak najszybciej wprowadzone w życie, co w raporcie GIS się akcentuje. Stanowisko to popiera też NIZP-PZH. Szczegółowe rozporządzenie dotyczące dekontaminacji sprzętu medycznego jest bardzo potrzebne zarówno użytkownikom, jak i pracownikom nadzoru – stacji sanitarno-epidemiologicznych.

Największa od 20 lat

Kontrola ta była największą tego typu tematyczną kontrolą w ciągu ostatnich 20 lat. Ze względu na metodologię, dużą liczbę skontrolowanych szpitali stanowiących próbę reprezentatywną uzyskane wyniki można uznać za obrazujące sytuację w całym kraju.

Dr Paweł Grzesiowski z Fundacji Instytut Profilaktyki Zakażeń w Warszawie, który koordynował raport GIS od strony merytorycznej, dodaje, że dotyczył on ogólnej sytuacji epidemiologicznej, a nie szczegółowo poszczególnych jednostek chorobowych.

– HCV jest zakażeniem krwiopochodnym; aby się zakazić, trzeba mieć w mniejszym lub większym stopniu naruszoną ciągłość tkanek – mówi dr Grzesiowski. – Nie wiemy do końca, kto i gdzie się zakaża. Ogólne stwierdzenie, że 80% zakażeń to efekt kontaktu z ochroną zdrowia, nie wskazuje na konkretne okoliczności, np. wkłucia dożylnie, pobieranie krwi, zabiegi operacyjne. Wiadomo, że sterylizacja sprzętu jest konieczna, by zabić wirusa, podobnie – skuteczna dezynfekcja chemiczna. Wszystko zależy jednak od efektywności tych procedur w szpitalach, a tego kontrola nie sprawdzała, bo aby to zweryfikować, trzeba zastosować zupełnie inne mechanizmy. ■

Raport sobie, a życie sobie

Komentarz **prof. Waldemara Haloty**, przewodniczącego Polskiej Grupy Ekspertów HCV, dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Zakaźnego w Bydgoszczy



Fot. Jacek Persa

Z dostępnych badań i opinii jednoznacznie wynika, że zakażenia szpitalne odgrywają dominującą rolę w kształtowaniu sytuacji epidemicznej wirusowych zapaleń wątroby typu C. Dotyczy to zwłaszcza drobnych zabiegów medycznych, jak iniekcje czy pobrania krwi. W mojej ocenie, w ostatnich latach nie doszło do radykalnej poprawy stanu sanitarnego w ochronie zdrowia i raport nie zmienia tego poglądu.

Mimo iż była to kontrola na niespotykaną wcześniej skalę, zbyt często dominowały w niej kryteria oceny formalnej, co nie oddaje obiektywnego stanu sanitarnego kontrolowanych jednostek. Procedury kontrolne mogą nie ilustrować rozmiaru zagrożeń związanych z zakażeniami szpitalnymi. Stąd ani komitet, ani komisja, ani też, co sugerują autorzy raportu, zwiększenie liczby personelu łącznikowego w oddziałach mogą nie poprawić sytuacji.

Nie mam natomiast wątpliwości, że bezpieczeństwo powinny poprawiać certyfikaty jakości, ale zarazem przypomina mi się jedno z międzynarodowych spotkań, gdy kolega z Rumunii tłumaczył, że u nich nie ma zakażeń szpitalnych, bo mają ISO 9001.

W ciągu 2 dni kontrolerzy mogą sprawdzić dokumenty, ale niemożliwa jest weryfikacja faktycznego bezpieczeństwa pacjentów pod kątem zagrożeń biologicznych. Skuteczność działań personelu w zespołach kontroli zakażeń można ocenić wyłącznie po zmniejszeniu się liczby tych zakażeń. Inne próby oceny wprowadzają nas w sferę domniemań. W wielu miejscach raport dostarcza interesujących wniosków

i sugestii. Dotyczy to np. odwiecznego niedostatku w zakresie diagnostyki mikrobiologicznej. Nie można jednak nie zauważyć, iż łatwiej ocenić zagrożenia ze strony zakażeń bakteryjnych niż w przypadku HCV, gdzie choroba ujawnia się po wielu latach od wyjścia ze szpitala czy ambulatorium. Polska Grupa Ekspertów HCV od lat zwraca uwagę na brak procedur dotyczących bezpiecznego wykonywania drobnych zabiegów medycznych oraz powszechnych zaniedbań w tym obszarze. Jeżeli autorzy raportu wskazują, że dotyczy to nawet procedur terapii dożylnych, to nasze oczekiwania będą trudne do spełnienia w najbliższym czasie. Sytuacja jest nadzwyczajnie groźna, gdyż podobne uwagi dotyczą procedur sterylizacji i dezynfekcji. W większości kontrolowanych jednostek dominuje przestarzały sprzęt, prowadzona jest wrywkowa kontrola skuteczności sterylizacji itd. Dramatu dopełnia fakt, iż okazało się, że w szpitalach brakuje nawet środków do dezynfekcji rąk. Z raportu wynika, że na jednego pacjenta przypadają trzy cykle dezynfekcji dziennie, co oznacza, że na każdej zmianie (dyżurze) – jedna osoba może... jednorazowo umyć ręce.

Raport nie analizuje dostępu personelu medycznego do jednorazowych rękawiczek. Nawet gdyby rękawiczek było pod dostatkiem, co jest niewiarygodne, to zalecenie mycia rąk przed i po ich użyciu staje się nierealne. Czy te fakty nie są poważnym zagrożeniem epidemiologicznym, ważniejszym nawet od liczby „wiarygodnych” badań mikrobiologicznych? Gdyby sytuacja ta nie była powszechna, łatwiej byłoby wydać decyzje administracyjne.

Jestem dyrektorem szpitala i nie podzielam sugestii z raportu, że brakuje średniego personelu medycznego. Przeliczanie liczby pielęgniarek na liczbę łóżek wydaje się anachroniczne, ponieważ łóżka nie są całkowicie obłożone. Z raportu przecież wynika, że w tych 223 kontrolowanych szpitalach średnie obłożenie wynosiło niespełna 74%.

Reasumując, bez wykształcenia nawyków bezpiecznych, profesjonalnych zachowań wśród pracowników ochrony zdrowia, osobiście wykonujących zabiegi medyczne, nie uda się poprawić losu chorych. Komitety, komisje i certyfikaty mogą zafałszowywać rzeczywistość, nawet dla potrzeb raportu. ■

E.S.

Chroń pacjenta jak siebie samego

Dla Światowej Organizacji Zdrowia przestrzeganie zasad prewencji zakażeń zakładowych, dawniej nazywanych szpitalnymi, jest wykładnikiem jakości ochrony zdrowia w danym kraju. – To nie jest przypadek. Koszty moralne – ludzkiej krzywdy – oraz odszkodowań i leczenia są tak ogromne, że rygorystyczne przestrzeganie zasad prewencji staje się powinnością nie tylko medyczną – mówi prof. Jacek Juszczak, dyrektor Instytutu Mikrobiologii i Chorób Zakaźnych UM w Poznaniu.

Nie ma wyodrębnionego sposobu prewencji zakażeń HCV u personelu medycznego. Nawet gdyby taka metoda była, na przykład w postaci szczepień, to i tak obowiązywałyby również uniwersalne zasady ochrony, będące podstawą przeciwdziałania wszystkim zakażeniom, identyczne, jak w przypadku innych zakażeń.

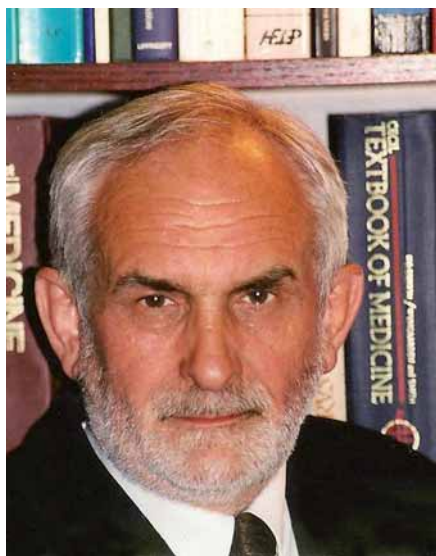
– Jak wynika z mojej wiedzy i wieloletnich doświadczeń oraz badań, przestrzeganie zasad ochrony nie może dotyczyć wyłącznie osoby wykonującej czynności medyczne, lecz w taki sam sposób pacjenta – podkreśla prof. Jacek Juszczak. Jego zdaniem, jest to problem m.in. związany z obowiązkiem i nawykiem mycia rąk.

Profesor jest przeciwnikiem zakładania rękawiczek przy każdym kontakcie z pacjentem. Uważa, że nie ma takiej potrzeby, a sytuacje, w których należy to czynić, muszą być jasno określone w procedurach prewencji zakażeń zakładowych. – Zdarza się natomiast, że pracownicy ochrony zdrowia zakładają rękawiczki i przechodzą od pacjenta do pacjenta, w ogóle ich nie zdejmując. Jest to naganne i niezgodne z ogólnie przyjętymi na świecie zasadami – akcentuje.

Zakażenie świeże czy wcześniej nabyte?

Zawężając problem zakażeń do HCV, należy podkreślić, że wirus przenosi się przez krew osoby zakażonej, w znacznie mniejszym stopniu – przez wydzieliny ustrojowe. Również relatywnie rzadko – w trakcie kontaktów seksualnych oraz z matki na płód. Warto zaznaczyć, że zakażone kobiety mogą karmić piersią.

Jeżeli dojdzie do skaleczenia narzędziem, np. skalpelem czy igłą, postępowanie jest takie, jak w każdym innym przypadku. Jako zasadę przyjmuje się, jak przy narażeniu na zakażenie wirusem HIV, iż nie należy wyciskać krwi z rany. W odróżnieniu od zapobiegania zakażeniom wirusem HBV, nie ma su-



Prof. Jacek Juszczak:
Bardzo dobrze wiemy, jak zakażeniom zapobiegać. I wciąż musimy wracać do podstawowej zasady: mycia rąk

rowicy zawierającej przeciwciała anti-HCV chroniące przed zakażeniem. Pod względem postępowania po skaleczeniu wyjątkiem jest bowiem jedynie wirus B – w tym znaczeniu, że u osoby nieszczepionej można zastosować immunoglobulinę anti-HBs.

Każdy przypadek skaleczenia, gdy zachodzi ryzyko zakażenia wirusem HCV, należy zgłosić do lekarza zakładowego, który wyznaczy terminy badań pozwalające na określenie, czy doszło do zakażenia.

Prof. Juszczak zwraca przy tym uwagę, że możliwe jest, iż osoba uczestnicząca w takim zdarzeniu mogła już wcześniej być zakażona. – Dlatego w dniu incydentu lub nazajutrz należy pobrać krew do badań na obecność

HCV. Wynik dodatni badania nie świadczy o świeżym zakażeniu, lecz o zakażeniu nabytym już w przeszłości – mówi profesor.

Pacjent jako ofiara i zagrożenie

Wszystkie zakłady opieki zdrowotnej zobowiązane są do przestrzegania przepisów dotyczących zapobiegania chorobom zakaźnym. W ocenie prof. Juszczaka, biorąc pod uwagę ostatnie 20 lat, a zwłaszcza sytuację z lat 70. i 80. ub.w. – poziom dbałości o prewencję w zakładach opieki zdrowotnej, choć nadal jest niezadowalający, wyraźnie się poprawił.

Nieporównywalnie lepszy jest dostęp do sprzętu jednorazowego użytku. Innym powodem wzmoczonej dbałości o zapobieganie zakażeniom wirusowym jest też coraz większa świadomość prawna pacjentów, a co za tym idzie, rosnąca z roku na rok liczba procesów wytaczanych placówkom ochrony zdrowia. Sumy odszkodowań są znaczące, co wymusza na dyrektorach, a co za tym idzie – podległych im jednostkach organizacyjnych szpitala i jego pracownikach – dbałość o prewencję. Ponadto brak przestrzegania reguł ochrony przed zakażeniami w zakładzie pracy uznawany jest za brak profesjonalizmu. – I to poważny, wręcz kompromitujący – podkreśla profesor.

– Nie ma więc zgody na złe postępowanie, odbywające się kosztem bezpieczeństwa – kontynuuje. – Liczne badania udowodniły, w jaki sposób dochodzi do przenoszenia drobnoustrojów na terenie szpitala. Te kanały są dokładnie poznane. Bardzo dobrze wiemy, jak zakażeniom zapobiegać. I wciąż musimy wracać do podstawowej zasady: mycia rąk. Nie chodzi jedynie o przestrzeganie procedury, ale o wyrobienie w sobie takiego nawyku – dodaje. Profesor porównuje ten nawyk do prowadzenia samochodu. – Chodzi o sytuację, gdy nie trzeba się już nad tym zastanawiać. To powinien być odruch – uważa. Jego zdaniem, dzięki wyrobieniu takich odruchów, pracownicy ochrony zdrowia mogą znacznie podnieść bezpieczeństwo własne i pacjentów. ■

Trzy pytania do lekarza rodzinnego

Z **Tadeuszem Derezińskim**, lekarzem rodzinnym z Gniewkowa, o profilaktyce HCV rozmawia Halina Pilonis

Z powodu braku badań diagnostycznych w kierunku HCV, zdecydowana większość nosicieli wirusa nie jest tego świadoma i może przekazywać go innym. Czy można to zmienić? I czy nie jest to zadaniem lekarzy rodzinnych?

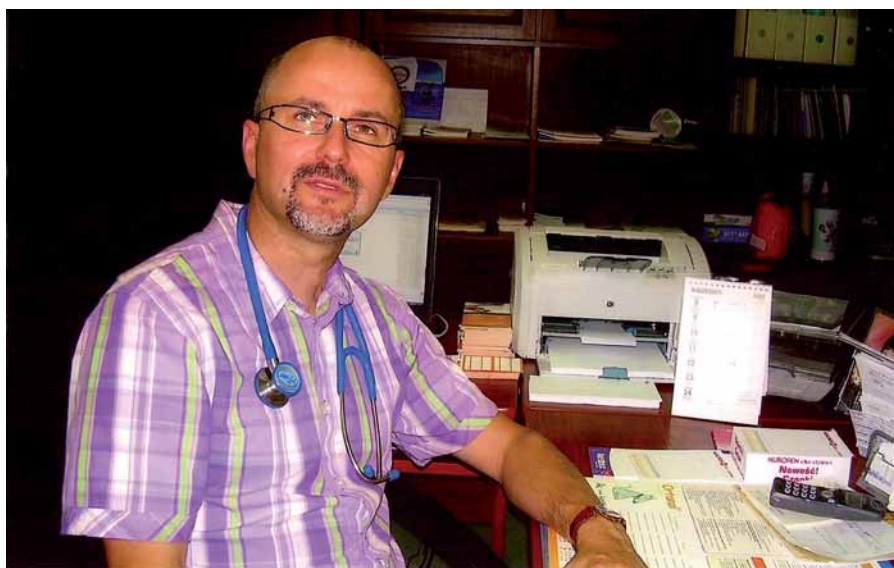
– O zakażeniu wirusem HCV ludzie dowiadują się najczęściej, gdy chcą oddać krew lub gdy szykują się do planowej operacji. W Polsce, jak wiadomo, nie wyszukuje się aktywnie zarażonych, a ci, nieświadomi zagrożenia, jakie stwarzają, nie leczą się i zarażają innych.

Lekarze rodzinni są najlepiej przygotowani do tego, aby przebadać jak największą liczbę osób w kierunku nosicielstwa HCV, bo przecież większość Polaków wybiera sobie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i przynajmniej raz na jakiś czas go odwiedza. Jednak badanie na obecność wirusa HCV nie jest wpisane przez NFZ w pakiet badań diagnostycznych lekarza po.

Jakie rozwiązania powinny być zatem wprowadzone, aby lekarz rodzinny mógł zlecać testy na obecność przeciwciał HCV?

– Model docelowy jest taki, że chorzy wiedzą o tym, że są zarażeni, natomiast zdrowi, w tym pracownicy służby zdrowia, wiedzą, jak zakażenia unikać. Dzięki temu zmniejszałaby się populacja zarażających, a w konsekwencji i zarażonych.

Oczywiście, trzeba ponieść koszty, bo lekarzom rodzinnym za badania na obecność wirusa HCV trzeba zapłacić. Specjaliści chorób zakaźnych z kolei będą musieli wytypować chorych, którzy zareagują na leczenie, wskutek czego wzrośnie liczba pacjentów poddanych farmakoterapii.



Jednak te koszty są konieczne. Wyobraźmy sobie sytuację osób, u których toczy się proces zapalny, wzrasta ryzyko marskości i raka wątroby, a one się nie leczą, bo nie wiedzą, że są zakażone. Cóż, w czasach gdy pacjent staje się PESEL-em i procedurą, empatia czy taka bardziej współczująca wyobraźnia stają się chyba towarami deficytowymi.

Jeśli lekarz poz podejrzewa u pacjenta wzw C, to może chyba skierować go na nierefundowane badanie diagnostyczne?

– Po pierwsze, objawy wzw C jak wiadomo są bardzo niecharakterystyczne, więc na podstawie wywiadu trudno tę chorobę rozpoznać. Kiedyś sądzono, że podstawowym symptomem jest żółtknienie skóry. Dziś wiadomo, że u pacjentów z

wzw C niemal nie ma takich objawów, występują wręcz sporadycznie.

Brak apetytu, męczliwość, podwyższona temperatura, bóle mięśni i kości mogą sugerować zakażenie wirusem C, ale są też objawami innych schorzeń. Możemy więc zlecić próby wątrobowe i jeśli wyniki będą podwyższone – kierować do specjalisty.

Trzeba się też wyczulić na sygnały z otoczenia. Kiedy zauważam u swojego pacjenta świeży tatuaż lub nowy kolczyk, to pytam, czy zdecydował się kłuć w firmie posiadającej certyfikaty sanepidu, albo – czy używano tam jednorazowych, sterylnych narzędzi? Jeśli podejrzewam chorobę, mogę skierować pacjenta do specjalisty chorób zakaźnych lub namówić go, żeby został honorowym dawcą krwi, bo wówczas zostanie przebadany na obecność HCV za darmo. ■

Grupy wysokiego ryzyka zakażeniem HCV:

- osoby, którym przetoczono krew lub preparaty krwiopochodne przed 1993 r.,
- kilkakrotnie hospitalizowani,
- poddani zabiegom chirurgicznym, częstym badaniom krwi,
- pracownicy służby zdrowia, straży pożarnej, policji (narażeni na urazy),
- przyjmujący narkotyki drogą dożylną lub donosowo,
- korzystający z salonów tatuażu, kolczykowani.

Opr. na podstawie materiałów z GIS

HCV nie przenosi się poprzez:

- kichanie i kaszel,
- trzymanie się za ręce,
- całowanie się,
- używanie tej samej toalety, wanny, prysznica,
- spożywanie żywności przygotowanej przez osobę zakażoną HCV,
- trzymanie kogoś w objęciach, przytulanie,
- pływanie w tym samym zbiorniku wodnym,
- zabawę z dziećmi, sport – jeśli nie dochodzi do uszkodzeń ciała.

Opr. na podstawie materiałów z GIS



Prelegenci na konferencji (od lewej): prof. dr hab. med. Małgorzata Pawłowska, kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii Wieku Rozwojowego UMK w Toruniu, prof. dr hab. med. Waldemar Halota, szef Polskiej Grupy Ekspertów HCV, kierownik Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii UMK w Toruniu, dr Przemysław Biliński,

Główny Inspektor Sanitarny, dr hab. med. Andrzej Horban, krajowy konsultant w dziedzinie chorób zakaźnych, kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych dla Dorosłych w Instytucie Chorób Zakaźnych i Pasożytniczych WUM, dr Elżbieta Narolska-Wierczewska – krajowy koordynator Programu STOP! HCV.

Konferencja prasowa nt. **STOP! HCV**

Zdiagnozowani i leczeni to wierzchołek góry lodowej

Przedstawiciele Polskiej Grupy Ekspertów HCV, Państwowej Inspekcji Sanitarnej i nadzoru specjalistycznego zaprezentowali na konferencji prasowej (25 lutego 2011 r.) założenia i cele wdrażanego właśnie programu STOP! HCV, a także przekazali dziennikarzom sporo wiedzy nt. wirusowego zapalenia wątroby typu C.



Prof. Waldemar Halota, przedstawiając istotę zagrożenia wirusem HCV alarmował, że jeśli nie podejmiemy radykalnych działań przeciwko wznowiającej się historii naturalnej zakażeń tym wirusem, to w ciągu najbliższych 10 lat potroi się śmiertelność z powodu HCV. A już obecnie wynosi ona w Europie 86 tys. rocznie. – Żebyśmy nie myśleli, że tylko Polacy podnoszą z tego powodu wrzawę, to chcę podkreślić, że zakażenia HCV uznał w 2007 r. za poważny problem Parlament Europejski i wezwał rządy państw członkowskich do podjęcia natychmiastowych działań, ze skoncentrowaniem się na wczesnej diagnostyce oraz zapewnieniu szerszego dostępu do leczenia i opieki – mówił profesor.



Dr Elżbieta Narolska podkreślała, że istotą i celem programu STOP! HCV jest niedopuszczanie do przypadków nowych zakażeń, jak również zmniejszenie ich postępów, przede wszystkim – śmiertelności. Zauważyła też, że problem HIV-AIDS, jeśli chodzi o liczbę zakażonych i chorych, jest w Polsce znacznie mniejszy niż HCV. Przekonywała, że wydatek z własnej kieszeni 20-30 zł, żeby wykonać test na przeciwciała HCV, jest bardzo uzasadniony – wystarczy porównać go z kosztami terapii przewlekłego zapalenia wątroby typu C.



Na prośbę red. Anny Jarosz, aby podnieśli ręce ci z kolegów dziennikarzy, którzy zbadali się kiedykolwiek na obecność HCV – powędrowało w górę zaledwie kilka dłoni...



Prof. Małgorzata Pawłowska zgodziła się z sugestią prowadzącej spotkanie, że HCV to wirusowa bomba zegarowa, a dla niektórych – wyrok śmierci z odroczonym terminem wykonania. – Jedyne wczesne wykrycie wirusa i wczesne leczenie daje ogromną szansę wyleczenia. Niestety, pacjenci zdiagnozowani i leczeni w Polsce to zaledwie wierzchołek góry lodowej – powiedziała. Także w kuluarach (na zdjęciu) podkreślała, że na wzw C może zachorować praktycznie każdy, bo trudno znaleźć kogoś, komu nigdy nie pobierano krwi czy nie zrobiono zastrzyku. Trzeba więc tak wyedukować społeczeństwo, żeby te zakażenia jak najwcześniej wykrywać.



Dr hab. Andrzej Horban, krajowy konsultant w dziedzinie chorób zakaźnych podkreślał, że generalnie jest optymistą, choćby z powodu wzrastającej skuteczności leczenia wzw C. Obecnie wynosi ona ok. 60%, ale przy pewnych genotypach wirusa ponad 80%, przy innych 50%. – Niedługo będziemy mieli nowe leki, które zwiększą skuteczność, szczególnie u pacjentów najgorzej się leczących, do 70%, w związku z tym uda się wreszcie przerwać łańcuch transmisji – powiedział.



Dr Przemysław Biliński, Główny Inspektor Sanitarny mówił m.in., że gdyby wyobrazić sobie, iż każdy zakażony HCV jest w stanie zarażać dziennie jedną osobę – np. poprzez używanie tej samej maszyny do golenia lub szczoteczki do zębów, podczas badań w zakładzie opieki zdrowotnej czy w wyniku nakłuć skóry w gabinetach kosmetycznych, salonach fryzjerskich bądź tatuażu – to owe 700 tysięcy zakażonych w Polsce trzeba by pomnożyć przez 365 dni w roku, a rezerwuuar szerzącego się zakażenia stałby się niewyobrażalnie ogromny. Trzeba więc robić wszystko, co możliwe, by przerwać łańcuch transmisji HCV. Zdaniem szefa GIS, program STOP! HVC powinien także uświadomić społeczeństwu, że każdy z nas ma jedną wątrobę, o którą należy wszelkimi sposobami dbać, bo musi wystarczyć na całe życie. Przeszczepów tego narządu wykonuje u nas tylko ok. 300 rocznie.



Konferencję prowadziła red. Anna Jarosz, nasza długoletnia koleżanka redakcyjna. Wyznała, że sama zaraziła się wirusem HCV najprawdopodobniej ponad 20 lat temu i potem przez wiele lat czuła się świetnie, niczego nie podejrzewając. – O swoim zakażeniu dowiedziałam się przypadkowo, gdy wykonano mi test na przeciwciała HCV przed koronarografią w Aninie. I okazało się, że serce jest w porządku, ale wątroba – nie bardzo – powiedziała.



Walczyć jak Prometeusz

– Prometeusz był dobroczyńcą ludzkości i dlatego jest symbolem naszego Stowarzyszenia. Na dodatek, podobnie jak my, cierpiał z powodu wątroby, bo sęp mu ją wyszarpywał, gdy tylko zaczynała odrastać. Nasze wątroby niszczy wirus HCV, ale nie poddajemy się i walczymy jak mityczny tytan – mówi Jarosław Chojnacki, prezes i założyciel Stowarzyszenia Pomocy Chorym z HCV „Prometeusz”.

Inspiracją do utworzenia tej organizacji była walka, jaką Chojnacki stoczył o własne leczenie. W 2000 r. dowiedział się, że 17 lat wcześniej został zarażony w trakcie operacji chirurgicznej wirusem HCV.

Lekarz powiedział mu, że istnieje lek na wzw C, ale w Polsce brakuje pieniędzy na jego refundację.

– Skoro zostałem zakażony przez służbę zdrowia, to powinna mnie ona wyleczyć – uparcie twierdził. I pisał listy: do prezydenta, premiera, rzecznika praw obywatelskich, mediów. – Kasa chorych finansowała wówczas leczenie 12 pacjentów i ja zostałem zakwalifikowany jako dwunasty – wspomina.

W czasie batalii o własne zdrowie poznał innych chorych, którzy też walczyli o możliwość terapii. Im się jednak nie udało.

– Poczulem się dziwnie: ja będę leczony, a oni nie... I wtedy założyłem stronę internetową z informacjami, jak takie leczenie wywalczyć – opowiada. – Na stronie pojawiło się wiele danych dotyczących wzw C. Wtedy był to temat tabu, ludziom przede wszystkim brakowało informacji. Wraz z grupą przyjaciół, którzy zaczęli mi pomagać przy redagowaniu strony, w 2002 r. założyliśmy Stowarzyszenie – wspomina Chojnacki.

Poza pomocą chorym „Prometeusz” propagowali badania w kierunku wykrywania zakażonych wzw C. – Jedyną profi-

laktyką tej choroby w obliczu braku szczepionki jest „wylapywanie” zakażonych i leczenie chorych – mówi prezes.

Na stronie internetowej Stowarzyszenia powstała lista dyskusyjna, gdzie chorzy mogą wymieniać się swoimi doświadczeniami. – Dziennie dostaję dziesiątki e-maili i telefonów – mówi prezes. Dodaje, że pracuje charytatywnie.

– Nie jesteśmy bogatym Stowarzyszeniem. Nasze środki to 30 tys. zł rocznie. Działamy bez osiągania zysków, jedynie żeby pomóc innym – wyjaśnia Chojnacki.

W 2004 r. zorganizowali manifestację pod NFZ. Ustawili krzyż nagrobkowy z napisem: „Zarażony przez służbę zdrowia – zmarł z powodu braku leków”. Dzięki tej

akcji NFZ zaczął rozmawiać ze Stowarzyszeniem i gronem ekspertów medycznych o nowych standardach leczenia wzw C. W końcu Fundusz zaczął też finansować badania genotypowe wirusa, pozwalające na właściwy dobór metody leczenia, stopniowo zwiększył środki na terapię, rozpoczął refundację badań kwalifikacyjnych do leczenia przeciwwirusowego. Wcześniej były województwa, gdzie wcale nie leczono *hepatitis C*, np. lubelskie.

– Dziś sytuacja nie jest zadowalająca, ale z pewnością dużo lepsza. Dawniej na rozpoczęcie leczenia czekało się nawet 10 lat – opowiada Chojnacki. – Obecnie, w zależności od regionu, okres oczekiwania trwa od roku do 3 lat. Na stronach Stowarzyszenia można znaleźć informację, w jakiej części kraju obecnie czeka się najkrócej.

„Prometeusze” oferują też pomoc psychologiczną, informują, jak żyć z chorobą, jak nie zarażać innych.

Stowarzyszenie działa na forum europejskim. – Nasza organizacja przyczyniła się do przyjęcia przez Europarlament oświadczenia w sprawie zapalenia wątroby typu C w 2007 r., które podpisało 470 eurodeputowanych, w tym aż 54 z Polski. Uznano tę chorobę za kwestię pilną do podjęcia rozstrzygnięć i wskazano zakres potrzebnych działań – opowiada Chojnacki.

Obecnie Stowarzyszenie zaangażowało się w organizację szkoleń dla pielęgniarzek, ponieważ – jak wykazują badania – wiedza na temat rozprzestrzeniania się wirusa HCV nie jest wystarczająca. Jego członkowie organizują ogólnopolskie kampanie informacyjno-edukacyjne, np. akcje bezpłatnych badań. – Wyprodukowaliśmy ponad 0,5 mln ulotek i dziesiątki tysięcy innych materiałów informacyjnych. W jednej z pierwszych naszych akcji informacyjnych plakaty w całej Polsce wieszało kilkuset wolontariuszy – wspomina prezes.

Na stronie Stowarzyszenia (www.prometeusze.pl) można poznać historie chorych na wzw C.

Jacek: będę walczył i wygram

Wiedziałem już, że prawdopodobnie jestem zakażony wirusem HCV od kilkunastu lat, że moja wątroba, nękana atakami zastołów żółci i przebytym HBV, jest jeszcze atakowana przez wirusa HCV. Do tego brak możliwości leczenia, jak się mi wydawało... Nikt nie powiedział mi, że *hepatitis C* można leczyć, że w Polsce są takie placówki, gdzie leczą, nawet z powodzeniem...

Byłem załamany. Do tego dochodził jeszcze strach o moich bliskich, była żona,

dziecko, dziewczynę, z którą obecnie jestem, o rodzinę... Bałem się, że kogoś zarażę. Strasznie się bałem.

Na początku kwietnia 2002 r. znalazłem w Internecie, który miałem od miesiąca w domu, stronę internetową o HCV i poznałem tam innych chorych, którzy pomogli mi znacznie w mojej walce o uzyskanie leczenia. Dziś mija już prawie rok od zakończenia mojej terapii. Mgła interferonowa powoli opadała, znowu łatwiej było mi przypomnieć sobie pewne rzeczy czy spisać numer telefonu z monitora komputera na kartkę, z czym miałem niemałe problemy podczas terapii. Odmienne stany świadomości objawiające się wybuchami szału i bezsenność powoli, bardzo powoli ustępowały. Czułem, jak uchodzi ze mnie powietrze.

Wyciszyłem się, ale chyba nie do końca, coś pozostało po tej terapii w mojej psychice. Dziś czuję się dobrze. Przez prawie 2 lata od rozpoczęcia przeze mnie terapii nie było u mnie pogotowia, zapominałem już, co to jest żółtaczka mechaniczna, ciemny moc i cholestatyczne swędzenie skóry. Zapominałem, jak odczuwałem ból, który towarzyszył mi od 14. roku życia. A więc warto było i warto spróbować jeszcze raz lub do skutku, jeśli będzie potrzeba. Będę walczył, bez względu na cierpienie i skutki uboczne leków. Będę walczył i wygram.

Ula: to można leczyć

Najważniejsze jest to, aby się nie poddawać, wiem, jak bardzo ciężko jest ludziom, którzy właśnie dowiedzieli się, że mają HCV... ale to można leczyć, należy leczyć i trzeba się domagać leczenia! Nawet w najgorszych momentach, kiedy

wyduje nam się, że to nie ma sensu... przewyciężajmy strach...

Ja daję sobie radę dzięki rodzinie i właśnie dzięki przyjaciółom z listy. Chciałabym Wam powiedzieć o moim szczęściu... zawsze jest przy mnie Tomek... mój Tomek, patrzy na moje/nasze problemy swoim „chłodnym” okiem;-).

Dzięki niemu mogę podchodzić do życia spokojnie, z dystansem... mam w nim oparcie... Jestem dla niego najważniejsza...

Teraz czekam na kurację. Kiedy rozpocznę leczenie, uzupełnię moją historię.

Jola: trzecia bitwa

Poszłam odebrać wynik HCV RNA i usłyszałam coś, czego tak bardzo się bałam: – Musisz przerwać terapię, poziom wirerii wzrósł. Nie ruszyło, tak mi przykro.

Osunęłam się na krzesło, po policzkach potoczyła się rzeka łez – nie potrafiłam powstrzymać płaczu.

Zacząłam się zastanawiać, po co to wszystko, skoro znowu przegrałam z chorobą. W domu złapałam za telefon. Otrzymałam to, czego tak bardzo w tym momencie potrzebowałam – wsparcie i dobre słowo od przyjaciół, a wieczorem dostałam też e-maila: „Pamiętaj, jedna, dwie, cztery, dziesięć przegranych bitew nie świadczy o przegranej wojnie. Dopóki będziesz walczyć, będziesz zwycięzcą”.

Po dwóch przegranych bitwach czekam na kolejne wytoczenie dział w tym roku. Obecnie czekam na wyniki HCV RNA – to od nich zależy przystąpienie do trzeciej terapii. Będę walczyć, nie oddam życia walkowerem. ■



Jarosław Chojnacki, prezes „Prometeuszy”, rozdaje ulotki o HCV na ulicach Warszawy.

Sonda. Kolejki oczekujących na terapię wzv typu C

Gdzie krócej, gdzie dłużej?

Średnio od 2 miesięcy do ponad 3 lat czekają pacjenci na terapię wzv typu C, w zależności od ośrodka. Sprawdziliśmy, jak długie są kolejki w niektórych, losowo wybranych miastach.

Bolesławiec. Dr Jan Hałubiec z tutejszego Oddziału Zakaźnego Zespołu Opieki Zdrowotnej Szpitala Powiatowego mówi, że na leczenie interferonem czeka około 20 pacjentów chorujących na wzv typu C. – W tym roku planujemy terapię około 10 osób, w tym nowe, włączone do programu będą 2–3 osoby, które kwalifikowaliśmy do leczenia już w latach 2009–2010. Czas oczekiwania jest więc spory. Obecnie zapisujemy chorych w kolejce na 2013 r. Wynika to z wysokości kontraktu z NFZ; na cały program mamy w tym roku tylko 400 tys. zł.

Wałbrzych. Do niedawna sytuacja w tym mieście była fatalna – pacjenci czekali na leczenie po kilka lat, nabawiając się marskości wątroby. Dr Krystyna Augustyniak z Oddziału Chorób Zakaźnych Specjalistycznego Szpitala Zespólnego mówi, że diametralna zmiana nastąpiła w ubiegłym roku. – W ciągu roku leczymy teraz około 35 chorych z wzv C, a zaczęliśmy od 2 – mówi. – Obecnie pacjenci czekają na terapię najwyżej rok, jeżeli jednak potrzebują jej szybciej, są włączani do leczenia w ciągu 3 miesięcy. Batalia o poprawę sytuacji została więc wygrana. Sama też dołożyłam wszelkich starań celem poprawy tej sytuacji, napotykając wsparcie dyrekcji szpitala i zrozumienie NFZ. W tym roku na leczenie chorych z wzv B oraz C mamy łącznie 1,5 mln zł.

Warszawa. W Wojewódzkim Szpitalu Zakaźnym w Warszawie praktycznie nie ma kolejek. Jak się dowiedzieliśmy od dr Anny Kołakowskiej, na leczenie przewlekłych zapaleń wątroby typu C interferonem i rybawiryną pacjenci czekają 2–3 miesiące.

Tychy. W miejscowym Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym, jak informuje dr Grażyna Orszulak, kolejka nie jest długa, czas oczekiwania wynosi do 6 miesięcy i zależy od stopnia zaawansowania choroby, programu lekowego oraz skompletowania pełnej diagno-



styki. – Kontrakt na leczenie przewlekłego wzv B oraz C mamy dobry, na 1,9 mln zł. Pacjenci przyjeżdżają do nas z dość rozległego obszaru, bo i z Bełchatowa, Częstochowy, Żywca, Cieszyńska – mówi dr Orszulak.

Kraków. Leczenie w Wojewódzkim Centrum Diagnostyki i Terapii Wirusowych Zapaleń Wątroby i Hepatologii odbywa się prawie na bieżąco. Kierownik Barbara Baka-Cwierż wyjaśnia, że na leczenie interferonem skojarzonym z rybawiryną czeka się 3–5 miesięcy, w zależności od konkretnego przypadku. – Jeżeli wykonamy pełną diagnostykę, zajmującą z oczekiwaniem na wyniki około 2 miesięcy, to pacjent rozpoczyna terapię. No, chyba że wymaga jeszcze konsultacji specjalistów, wtedy czas oczekiwania nieco się wydłuża. W tym roku kontrakt z NFZ na substancje lekowe oraz programy terapeutyczne mamy lepszy niż w ubiegłym, w sumie jesteśmy zadowoleni.

Wrocław. Prof. Krzysztof Simon z miejscowego Oddziału Chorób Zakaźnych Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego mówi, że pacjenci z zaawansowaną chorobą (marskością) lub mający koinfekcję wirusem B albo HIV czekają do 1 miesiąca. – Są dwie kolejki chorych – wyjaśnia. – Pierwsza, tzw. obserwacyjna, liczy około 1000 pacjentów, a w drugiej, składającej się z pacjentów wymagających bezwzględnie leczenia, na leczenie oczekuje 500–600 osób i trwa to około 2 lat. Rocznie przeprowadzamy 100–120 terapii.

Łódź. Dr Maria Małowiejska z poradni Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Łodzi informuje, że czas oczekiwania to około pół roku. Kolejka jest dość duża, czeka w niej ok. 200 chorych. Jednak w sumie w ciągu roku leczonych jest wielu pacjentów z wzv

C, bo kontrakt pozwala na prowadzenie około 150–160 terapii.

Gdańsk. Pomorskie Centrum Chorób Zakaźnych i Gruźlicy na program terapeutyczny ma ok. 8 mln zł; na terapię czeka się tam ok. 1 roku.

Olsztyn. Według informacji uzyskanych od dr Jolanty Citko z olsztyńskiego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego, czas oczekiwania wynosi tu od roku do 2 lat. – Kontrakt z roku na rok rośnie, zaczęliśmy od 12–13 chorych leczonych rocznie, teraz udaje nam się realizować w sumie około 25 terapii równoległych, wliczając tych, u których terapię zaczynamy i przerywamy, ponieważ jest np. nieskuteczna – komentuje.

Koszalin. Dr Jacek Wróblewski, ordynator Oddziału Obserwacyjno-Zakaźnego Szpitala Wojewódzkiego nie ukrywa, że sytuację mają kiepską. Pacjenci z zaawansowaną chorobą omijają kolejkę, jednak inni musieliby czekać ok. 3–4 lat, co w praktyce się nie zdarza, ponieważ rezygnują i jadą do innych ośrodków, np. klinicznych. W sumie – oczekujących jest około 150. – Realizujemy ponad 20 programów lekowych prowadzonych równolegle – dodaje.

Łańcut. Jednym z ośrodków prowadzących terapię wzv C na Podkarpaciu jest tutejsze Centrum Medyczne. Dr Jerzy Sieklucki mówi, że leczenie idzie na bieżąco i kształtuje się na poziomie ok. 30 pacjentów na rok.

– Naszym problemem, o ile można to nazwać problemem, jest spadek zgłaszalności z uwagi na małą liczbę zakażeń na naszym terenie. Na tle kraju mamy najmniej zakażeń wirusem B i C, a na Podkarpaciu jest 5 ośrodków prowadzących programy terapeutyczne w tym zakresie – mówi. ■

E.S.

Pacjenci wygrywają w sądach

Z mec. Jolantą Budzowską z krakowsko-warszawskiej kancelarii prawnej Budzowska, Fiutowski i Partnerzy, specjalistką z zakresu prawa medycznego, pełnomocniczką w procesach, rozmawia Żaneta Semprich.

Czy często trafiają do Pani klienci dochodzący odszkodowań z tytułu zakażenia wzw typu C?

– Owszem, w najbliższych dniach także powinien zapadć wyrok w procesie wytoczo-
nym przez ponad 20 kobiet zakażonych wirusem typu C w oddziale jednego ze szpitali.

Jest szansa na wygranie tej sprawy?

– Ten proces trwa już ponad 5 lat. Wytoczyliśmy powództwo, konstruując je na wzór nieznaney wtedy jeszcze w Polsce instytucji pozwu zbiorowego, tzn. indywidualna sprawa każdej z poszkodowanych została włączona do wspólnego rozpoznania. Zależało nam na tym, by biegli, którzy wezmą akta do rąk, od razu wiedzieli, ile osób zostało zakażonych w tym samym czasie w jednym szpitalu i wydając opinię – wzięli to pod uwagę.

I udało się osiągnąć taki skutek. Jednak wydanie opinii dla tylu poszkodowanych zajęło biegłym dużo czasu, przez co postępowanie trwało tak długo. Mimo to, moim zdaniem, była to taktyka korzystna dla pacjentek, gdyż zwiększyła ich szanse na pozytywny wyrok. Minus polegał na tym, że gdyby każda z pań prowadziła proces indywidualnie, być może wyrok zapadłby szybciej...

Jeden z pierwszych pozwów zbiorowych w Polsce wniosło 378 pacjentów zarażonych wzw w placówkach opieki zdrowotnej. Czy ten wprowadzony 19 lipca 2010 r. środek prawny otworzył, jak zapowiadano w trakcie prac legislacyjnych, nowy rozdział w dochodzeniu odszkodowań od szpitali?

– Nie sądzę. Uważam nawet, że ustawa wprowadzająca instytucję pozwów zbiorowych nie może być stosowana w przypadku roszczeń pacjentów, domagających się zadośćuczynienia z powodu naruszenia dóbr osobistych, w tym przede wszystkim zdrowia. Oczywiście, to jest mój pogląd, sprawy są w toku i nie zostały zakończone, nie wiadomo więc, jaka będzie w tej kwestii linia orzecznicza sądów.

Nawet jednak, gdyby ustawa zezwalała na wytaczanie pozwów zbiorowych, to zważywszy, że masowe zakażenia występują rzadko, może być jedna taka sprawa powyżej na kilka lat. W sumie – ustawa o dochodzeniu roszczeń w postępowaniu grupowym nie ułatwi pacjentom prowadze-



Fot. Piotr Stokłos

nia procesu, a nawet je utrudni. Nie będą więc po ten oręż sięgać zbyt często.

W prawie obowiązuje ponoć zasada, zgodnie z którą osoba wywołująca skutki prawne z określonych wydarzeń musi wykazać, że one zaistniały i udowodnić winę sprawcy. Czy nie jest tak, że sądy orzekając odszkodowania za zarażenie pacjenta HCV, podobnie zresztą jak HBV, wydatnie ją ograniczają? Zasadzają odszkodowania bez uzyskania pewności, że zakażenie nastąpiło w konkretnej placówce.

– Śledząc najnowszą linię orzecznictwa sądów, szybko dochodzi się do wniosku, że nie należy demonizować tzw. domniemania faktycznego, o którym pani mówi. Oczywiście, jeżeli pacjent wykaże poddawanie go procedurom inwazyjnym, które zwiększały ryzyko zakażenia i fakt hospitalizacji w okresie prawdopodobnego zakażenia, a także udowodni zakażenie wirusem, to sąd może przyjąć domniemanie zarażenia w danym szpitalu. Na tym jednak sprawa się nie kończy. Na poszkodowanym spoczywa również obowiązek udowodnienia winy szpitala.

Co się dzieje, gdy pacjent jest przewożony z jednego szpitala do drugiego, w krótkim okresie przebywa w kilku placówkach, jest poddawany różnym zabiegom? Który szpital wypłaci mu odszkodowanie?

– Jeden z nich. Z pewnością nie może być w takiej sytuacji mowy o solidarnej odpowiedzialności szpitali. Najczęściej opinia biegłego rozstrzyga, w którym z tych miejsc z największym prawdopodobieństwem został zarażony.

W przypadku zakażeń mówimy bowiem najczęściej nie o pewności, lecz o prawdopodobieństwie; musi być ono wyższe niż przeciętne, graniczące z pewnością.

Uzyskanie stuprocentowego potwierdzenia jest w praktyce niemożliwe, i tak też sądy przyjmują.

We wspomnianej przez panią sytuacji trzeba więc wytypować placówkę, w której prawdopodobieństwo zakażenia jest najwyższe. Gdy na podstawie związku czasowego żaden biegły nie jest w stanie wytypować jednej placówki, a jest ich kilka, wówczas bierze się pod uwagę inne czynniki, np. stan sanitarny szpitali, wyniki kontroli prowadzonych przez sanepid itp. Jeżeli prawdopodobieństwo zakażenia w danej placówce okaże się wyższe niż w pozostałych, to najczęściej wystarczy, aby można było przypisać jej odpowiedzialność.

Czy w trakcie takiego procesu bada się aktualny stan sanitarny placówki?

– Nie, bo nie ma znaczenia, jak sytuacja wygląda dzisiaj. Ważne jest tylko, jak było w trakcie wyrządzenia szkody, czyli zarażenia chorego. Odtwarza się sytuację w szpitalu w tym właśnie czasie.

Jakimi metodami?

– Możliwości dowodowe są nieograniczone. Pacjent na podstawie przepisów o informacji publicznej może domagać się udostępnienia mu przez sanepid wyników kontroli szpitala. Jeżeli nie ma dokumentów w tej sprawie, może powoływać świadków, podobnie zresztą jak szpital.

Szpital powinien się jednak bronić w inny sposób, przede wszystkim wskazując na regulaminy wewnętrzne, zarządzenia, starać się wykazać, że robił wszystko, co można, by nikogo nie zarazić.

Jaką moc dowodową mają zeznania świadków zgłaszanych przez pacjenta, zwłaszcza gdy są to nieprofesjonaliści, tacy jak np. odwiedzający go bliscy?

– Obie strony mają równe prawa w procesie, przynajmniej formalnie. Świadcami mogą być osoby odwiedzające, jak i te, które kontrolowały szpital w danym momencie. Wartość tych dowodów, jak wszystkich innych, ocenia sąd.

Jak odniosłaby się Pani do argumentu szpitala o nieuniknionym ryzyku zakażenia, wynikającym z braku odporności organizmu pacjenta, za które szpital nie może ponieść odpowiedzialności?

– Zakażenie jest niewątpliwie jednym z ryzyk hospitalizacji. Na całym świecie zakażenia się zdarzały, zdarzają i będą się zdarzać w przyszłości. Jednak odsetek zakażeń w Polsce odbiega niekorzystnie od europejskiej średniej statystycznej. Oznacza to, że wielu zakażeń można uniknąć przy lepszej organizacji i przestrzeganiu przez personel zasad aseptyki.

Oczywiście, są pacjenci szczególnego ryzyka. Takiemu choremu trzeba poświęcić więcej uwagi, np. częściej zmieniać opatrunki czy cewniki. Wymieniłam tylko przykładowo procedury, często zaniedbywane.

Broniące się przed odpowiedzialnością szpitale starają się czasem przekonywać, że pacjent mógł zostać zakażony jeszcze przed hospitalizacją. Taki argument nic im nie daje. W trakcie procesu to nie pacjent musi wykazać, że nie był nosicielem, lecz zakład opieki zdrowotnej musiałby udowodnić, że nim był. W interesie szpitala jest więc robienie odpowiednich badań przy przyjęciu pacjentów, zwłaszcza w przypadku osób wysokiego ryzyka.

Szpital starają się uchronić przed nieuzasadnionymi roszczeniami pacjentów. Z jakim skutkiem? Czy robią za dużo, za mało, czy też może nie to, co należałoby zrobić? Czy w związku z tym w ciągu ostatnich lat coś zmienia się w procesach odszkodowawczych?

– Przede wszystkim zaznacza się istotna prawidłowość, tzn. z roku na rok rośnie liczba procesów. Pacjenci są coraz bardziej świadomi swoich praw, wiedzą też, że muszą udowodnić winę szpitalowi. Przezornie gromadzą dowody. Jeżeli ich powództwo trafia do sądu, to na ogół jest ono poparte konkretnymi argumentami świadczącymi o tym, że szpital dopuścił się uchybień. Mamy więc drugą prawidłowość, tzn. powództwa są dziś lepiej uzasadniane, niż były 10 lat temu.

Jednak również szpitale, coraz częściej narażane na procesy sądowe, potrafią się skutecznie bronić.

– Twierdzę tak z istotnym zastrzeżeniem: pełnomocnicy angażowani przez szpitale nadal często nie dostrzegają interesu swoich mocodawców w tym, aby proces toczył się sprawnie i szybko zakończył. Nie koncentrują materiału dowodowego na początku procesu, powołują świadków na raty i w trakcie procesu. Wydatnie wydłuża to okres od wniesienia pozwu do wyroku.

Efekt? Wysokie odsetki od zasądzonego zadośćuczynienia, naliczone za czas trwania procesu. Zgodnie z obecną linią orzecniczą Sądu Najwyższego są one liczone od następnego dnia po upływie terminu zapłaty, a najczęściej jest to dzień po doręczeniu odpisu pozwu.

Z tego właśnie powodu, jeżeli wpływa obiektywnie uzasadnione roszczenie, dyrekcji szpitala zwyczajnie opłaca się spojrzeć prawdzie w oczy i zaproponować pacjentowi określoną kwotę odszkodowania, a nie ciągnąć sprawy latami. Bo jeśli np. sąd orzeknie zadośćuczynienie 300 tys. po 5-letnim procesie, to uwzględniając dzisiejszą stopę odsetek ustawowych, czyli 13%, do orzeczonej przez sąd kwoty dopisać trzeba 65%. Są to więc poważne sumy i zdarza się, że nie mają one pokrycia w polisach ubezpieczeniowych zozów. Z tego też powodu sądzę, że dzisiejsza taktyka szpitali, częste upieranie się, że w danej placówce nie doszło do zakażenia – na dłuższą metę się nie utrzyma. Najbardziej opłacalnym dla szpitala rozwiązaniem jest bowiem szybka ugoda i unikanie ryzyka wypłacania wysokich odsetek od zasądzonej przez sąd kwoty.

Załóżmy, że szpital sam szybko wykryje źródła zakażenia i sprawnie, nie szczędząc środków, wyleczy pacjenta. Czy unika wtedy odpowiedzialności?

– Nie. Zakażenie miało miejsce i na pewno spowodowało choćby przejściowy rozstrój zdrowia pacjenta. Jeżeli było zawnione, pacjent ma prawo do rekompensaty. Oczywiście, takie zasługujące na aprobatę postępowanie szpitala sąd na ogół uwzględnia i traktuje jako okoliczność łagodzącą. Ustalając wymiar zadośćuczynienia, sąd bierze pod uwagę także etyczne zachowanie dyrekcji i personelu szpitala. Ważne jest, że starają się robić wszystko, aby poszkodowanemu pomóc, a nie – udają, że nic się nie stało.

Odszkodowania za zakażenie wzw B wygrywają osoby, które nie zaszczepiły się przed planowaną operacją, choć mogły to zrobić. Jaki wpływ na odpowiedzialność szpitala ma fakt takiego zaniedbania ze strony pacjenta?

– Jeżeli w dokumentacji medycznej byłby wpis o zaleceniu szczepienia przeciw wzv B, to szpital może podnieść taki argument. To znaczy wykazywać, że choć nie było obowiązku szczepienia, pacjent został uświadomiony, jak można wyeliminować ryzyko.

Z kolei pacjent może w takim przypadku wyjaśniać, że jego zdaniem każde szczepienie też niesie ryzyko, chciał go więc uniknąć.

Nie można liczyć, że sąd potraktuje takie zaniechanie chorego jako istotne przyczynienie się do winy. Pacjent nie stał się przez to współwinnym zakażenia. W sumie, w mojej ocenie, okoliczność taka byłaby wzięta pod uwagę przez sąd, ale na pewno nie w ten sposób, że roszczenie pacjenta, który nie zaszczepił się mimo zalecenia, byłoby uznane za bezzasadne. Tak na pewno by się nie stało.

Wygrywała Pani dla swoich klientów bardzo wysokie odszkodowania, nie pokrywające tego, co wypłaca ubezpieczyciel szpitala.

– Bywało różnie. Ale rzeczywiście, w tych starszych procesach, wszczynanych w latach 2002–2003, w których wyroki zapadają w tych dniach, polisy często nie pokrywają zasądzonych kwot, zwłaszcza z uwagi na wspomniane odsetki ustawowe, sięgające nierzadko wysokości roszczenia głównego.

Dziś jednak szpitale dysponują bardziej realnymi sumami ubezpieczenia. Proszę pamiętać, że niedoubezpieczenie, czyli niedoszacowanie ryzyka, jest uważane nawet za rodzaj winy organizacyjnej. Dyrekcja szpitala odpowiada za odpowiednie ubezpieczenie placówki.

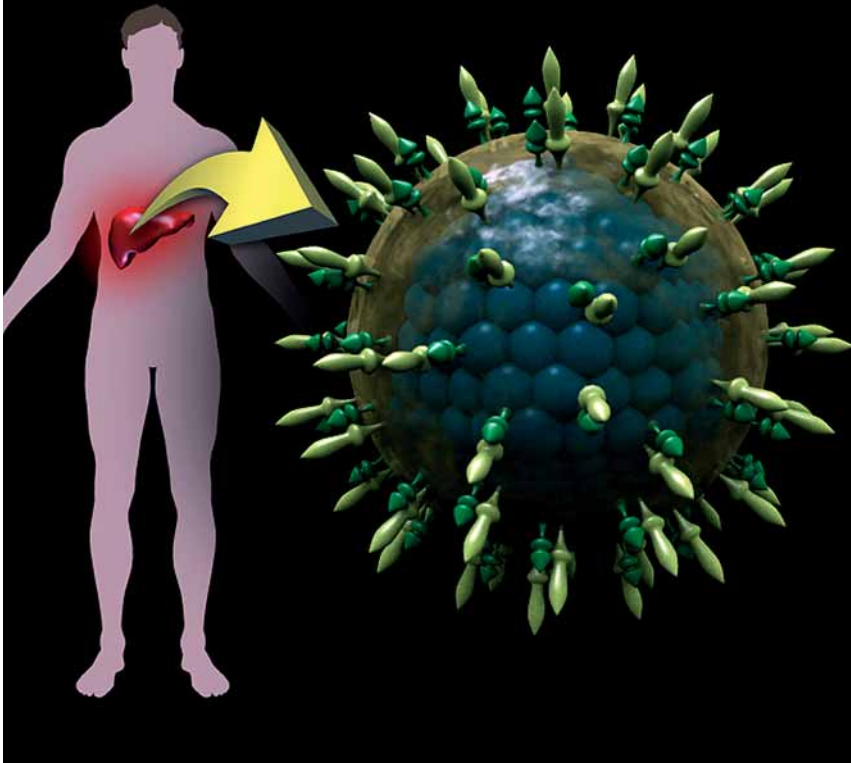
Ocena jest prosta: im większy szpital, im bardziej skomplikowane są stosowane tam procedury, tym większe ryzyko błędów i tym wyższa powinna być suma gwarancyjna oraz tym mądrzej zawarta umowa ubezpieczenia...

Czy ubezpieczyciele uzależniają wysokość opłat ubezpieczeniowych od ryzyka zakażenia, np. od stanu sanitarnego szpitala?

– Ku mojemu ubolewaniu i według mojej wiedzy – nie. Towarzystwa ubezpieczeniowe idą po linii najmniejszego oporu i biorą pod uwagę tzw. szkodowość, czyli liczbę zgłoszonych roszczeń i wypłaconych świadczeń oraz liczbę spraw w toku.

To moim zdaniem jest nieprawidłowe. Powinny być promowane i premiowane niższymi składkami te szpitale, które dołożyły starań, by ograniczyć ryzyko zakażeń. Takie, które mogłyby się wylegitymować odpowiednimi badaniami i certyfikatami bezpieczeństwa epidemiologicznego. Względem te powinny być brane pod uwagę przez towarzystwa ubezpieczeniowe – na tym polega wszak profilaktyka, dająca wymierną poprawę jakości opieki w szpitalu. ■

Kto wygrywa, a kto przegrywa



W procesach o odszkodowania za zakażenia sądy na ogół nie mogą ustalić, w jakim momencie i wskutek jakich niedociągnięć do tego doszło. Nie można więc mówić o pewności co do okoliczności zakażenia. Toteż wystarczy, jeśli poszkodowany je wykaże – jak wyjaśnił Sąd Najwyższy – z dostateczną dozą prawdopodobieństwa. Jeśli tego nie zrobi, nie ma co liczyć na odszkodowanie. Pozostaje jednak pytanie, co znaczy w takiej sytuacji „wykazać prawdopodobieństwo”?

Prawdopodobieństwo zakażenia bliskie pewności

Odszkodowania nie wyprocesowała A. L., która w 1993 r. przeszła operację serca. Była przekonana, że właśnie wtedy została zarażona HCV. Wirusa wykryto u niej w 2002 r., w czasie pobytu w innym szpitalu. Poszkodowana pacjentka przegrała proces, choć swych roszczeń dochodziła ze sporą determinacją i doprowadziła proces aż przed Sąd Najwyższy. Sądy ustaliły jednak, że po operacji serca A. L. przechodziła wiele in-

nych zabiegów i nie da się wykluczyć, że do zakażenia doszło kiedy indziej.

Sądy, pierwszej i drugiej instancji, wreszcie Sąd Najwyższy, uznały, iż A.L. nie wykazała przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej. SN podkreślił, że w procesach medycznych dopuszczalne jest ograniczenie dowodu jedynie do wykazania prawdopodobieństwa. Jednakże w tym konkretnym przypadku A. L. nie wskazała okoliczności, które uprawdopodobniłyby, że została zakażona HCV w związku z operacją serca, a nie przy innej okazji (sygn.VCSK477/06).

Z podobnego powodu pod koniec ubiegłego roku batalię o odszkodowanie przegrał J. D., który w latach 1997–1999 kilkakrotnie przebywał w dwóch warszawskich szpitalach. W 1998 r. rozpoznano u niego wzw typu C.

W jego procesie sąd wysłuchał opinii kilku biegłych. Jedna wskazywała, że z 95-proc. prawdopodobieństwem do zakażenia doszło we wskazanych przez niego placówkach. Z pozostałych wynika, że nie da się określić, gdzie to się stało. W efekcie, pacjent przegrał w I i II instancji, a Sąd Najwyższy oddalił jego kasację.

W obu tych sprawach pacjenci jakby nie wiedzieli o tym, że powodzenie ich starań zależy od tego, czy wykażą okoliczności czyniące zakażenie we wskazanej przez nich placówce najbardziej prawdopodobnym.

W kolejnej sprawie chory wiedział już, jak się to robi.

Szpital wyleczył, więc zapłaci mniej

Chodzi o sprawę z repertorium mec. Jolanty Budzowskiej (p. rozmowa „Pacjenci wygrywają w sądach”, s. 25–26), zakończoną ostatecznym wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Warszawie 16 września 2010 r.

Klient mec. Budzowskiej został zarażony wirusem HCV prawdopodobnie podczas jednego z wielu zabiegów wykonywanych w ramach cyklu chemioterapii w jednym z warszawskich szpitali. Szpital szybko wykrył zakażenie i niemal natychmiast wdrożył intensywne leczenie chorego, m.in. interferonem i rybawiryną. W efekcie wykonywane w toku procesu sądowego badania wykazały, że wirus został wyeliminowany z organizmu pacjenta. Zdaniem biegłych, zakażenie nie wpłynęło w sposób bezpośredni na przebieg choroby nowotworowej, opóźniło jednak zebranie materiału do autoprzeszczepu i osłabiło siły odpornościowe pacjenta.

Sądy miały z tą sprawą pewien kłopot. W I instancji sąd oddalił żądania pacjenta uzasadniając, że skoro został wyleczony, to nie jest poszkodowany. Od tego wyroku pacjent wniósł apelację.

Sąd II instancji podzielił w całości przedstawione w niej zarzuty. Uznał, że pacjent wykazał w stopniu granicznym z pewnością, iż do zakażenia doszło w pozwanym szpitalu i z winy jego personelu. W jaki sposób? Powołał świadków, którzy dostrzegli nieprzestrzeganie przez szpital procedur i zeznali to przed sądem.

Ten wyrok godny jest odnotowania z jeszcze jednego powodu. Sąd przyjął bowiem, że wyleczenie pacjenta nie przekreśla jego prawa do stosownej rekompensaty. W takiej jednak sytuacji należy mu się kwota niższa od tej, która zostałaby zasądzona, gdyby nadal był nosicielem wirusa. Powinna mu jednak być zrekompensowana dolegliwość terapii interferonem oraz cierpienia psychiczne płynące z faktu, że został dotknięty nie tylko chorobą nowotworową, ale i zakażeniem HCV.

Podjęcie przez szpital w trybie pilnym skutecznego leczenia jest zatem okolicznością silnie przemawiającą na jego korzyść. W opisywanej sprawie sąd uwzględnił to przy ustalaniu należnej sumy. Zasadził na rzecz pacjenta kwotę 40 tys. zł zadośćuczynienia wraz z odsetkami ustawowymi za czas trwania procesu. ■

Brak badań i nieleczenie kosztuje nas miliardy

Wdrażając skuteczny program badań przesiewowych oraz zwiększając dostęp do diagnostyki i leczenia przewlekłych zakażeń wirusem HCV, Polska mogłaby zaoszczędzić w ciągu 7 lat ponad 30 mld złotych – ogłosili półtora roku temu eksperci.

To wnioszek z badań przeprowadzonych przez dr Zeynep Guldem Okem z Centrum Studiów nad Polityką Europejską w Brukseli oraz dr Seval Akgun z Uniwersytetu Basket w Turcji. Na podstawie danych z Polski i 16 innych państw Europy Środkowej i Wschodniej oraz Wspólnoty Państw Niepodległych przygotowały one „białą księgę” HCV.

Z ich wyliczeń wynika, że koszty leczenia powikłań wzw typu C są od 13 do 29 razy wyższe niż koszty leczenia wczesnych faz choroby. I to bez uwzględnienia strat ponoszonych przez pracodawców czy wydatków ZUS.

Ile faktycznie kosztuje leczenie wzw C oraz zaniechania dotyczące HCV, trudno stwierdzić. W Polsce farmakoekonomika to dziedzina wciąż niedoceniana.

– Leki stosowane w terapii jednego chorego na przewlekłe zapalenie wątroby typu C kosztują średnio ok. 40 tys. zł rocznie, do tego trzeba dodać koszty pobytu w szpitalu: razem z płacami dla personelu to ok. 20 tys. zł rocznie, czyli w sumie 60 tys. zł – mówi dr hab. Andrzej Horban, konsultant krajowy w dziedzinie chorób zakaźnych.

Zbyt późne rozpoznanie HCV praktycznie przekreśla szanse na skuteczną farmakoterapię. Ostatnią deską ratunku jest przeszczep wątroby, ale to metoda bardzo droga i o ograniczonej dostępności ze względu na liczbę dawców.

– Rocznie wykonuje się ok. 300 przeszczepów, a wzw C jest uznawane za ich najczęstszą przyczynę – mówi prof. Waldemar Haloła, szef Polskiej Grupy Ekspertów HCV.

O program przesiewowy oprócz lekarzy walczą też organizacje pacjenckie.

– Z badań zarówno polskich, jak i zagranicznych wynika jasno, że nieleczenie jest o wiele kosztowniejsze niż leczenie – mówi Jarosław Chojnacki, prezes Stowarzyszenia Pomocy Chorym z HCV „Prometeusz”. Pacjent w szpitalu nie tylko obciąża budżet NFZ, ale dostaje też zasiłki z ZUS. Podkreśla, że koszty rosną, gdy dochodzi do marskości wątroby. Kolejne wizyty lekarskie, hospitalizacje, niezbędne zabiegi chirurgiczne, np. żyłaków przełyku, to regularne wydatki dla systemu przez kilkanaście, a nawet kilkadziesiąt lat. Na tym nie koniec, bo ostatnim rozwiązaniem bywa przeszczep.



– Transplantacja wątroby to koszt rzędu

Eksperci wyliczyli, że koszty leczenia powikłań wzw typu C są od 13 do 29 razy wyższe niż koszty leczenia wczesnych etapów tej choroby.

260 tys. zł, a przecież przeszczep nie zawsze się przyjmuje i wtedy procedurę się powtarza – mówi Chojnacki.

Koszty społeczne też są olbrzymie. Osoba nie wiedząca, że jest nosicielem, może зараżać bliskich czy personel medyczny. Choroba angażuje rodzinę. W razie śmierci pozostają sierotom dzieci, którym ZUS wypłaca renty rodzinne.

– Do tego dochodzą obciążenia Skarbu Państwa z tytułu odszkodowań. Coraz więcej osób, które nie uzyskały dostępu do szybkiego leczenia i przez to pogorszył się stan ich zdrowia, występuje z pozwami przeciwko państwu – mówi Chojnacki. Podkreśla, że choć w ostatnich latach sytuacja z dostępem do terapii się poprawiła, to nadal zdarzają się problemy.

– Tylko kilka ośrodków przyjmuje pacjentów niemal z marszu. W wielu trzeba czekać na leczenie 2–3 lata, co dla osób w początkowej fazie choroby nie jest dużym kłopotem, ale dla tych z zaawansowanym wzw C może oznaczać utratę szansy na skuteczne leczenie – mówi Chojnacki.

Olbrzymim kosztem jest rozpowszechnianie się HCV. – Na ten typ wirusa nie ma szczepień, więc im więcej mamy niezdiagnozowanych chorych, tym większe ryzyko, że np. w szpitalu dojdzie do zakażenia. Pod względem ochrony personelu medycznego przed HCV jesteśmy w ogonie Europy – twierdzi szef „Prometeusza”.

Sposobem na lepszą wykrywalność mogłaby być edukacja. Test HCV nie jest bardzo drogi i jego wykonanie mogłoby sfinansować sami pacjenci lub pracodawcy. Bez problemu i najczęściej bezpłatnie wykonują go firmy abonamentowe i przychodnie współpracujące z ubezpieczycielami w ramach pracowniczych programów zdrowotnych. W grupie regularnie badanych są zwłaszcza panie planujące ciążę i ciążarne.

– W ramach prywatnych polis badamy pacjentów na wypadek HCV, głównie gdy lekarz podejrzewa chorobę, kiedy kierujemy pacjenta na operację lub prowadzimy ciążę – mówi Xenia Kruszewska, prezes ubezpieczeniowej firmy Medica Polska, wcześniej m.in. szefowa leczenia szpitalnego w branżowej oraz mazowieckiej kasie chorych. Dodaje, że gdyby prywatne firmy mogły konkurować z NFZ korzystając z publicznej składki, to takie testy robiłyby masowo.

– Leczenie zaawansowanej choroby jest bardzo drogie. Poza tym każdemu zależy, żeby wykryć potencjalne ogniska zakażenia i uchronić kolejne osoby przed wirusem – podkreśla.

Zdaniem Kruszewskiej, w Polsce powinien powstać centralny rejestr zakażonych. – Pomogłoby to też szpitalom pozywanym przez pacjentów, którzy mogli mieć HCV już wcześniej – podkreśla. ■

Samorządy nie widzą problemu HCV

Wysyp zdrowotnych programów profilaktycznych organizowanych przez samorządy ominął wirusa zapalenia wątroby HCV. Za to szczyt zainteresowania dotyczy HPV, wywołującego raka szyjki macicy.

Większość pytaných przez nas ekspertów nie była w stanie wskazać gminy, powiatu czy województwa, gdzie prowadzono by program profilaktyczny związany z zapaleniem wątroby typu C czy B. W końcu, z pomocą Agencji Oceny Technologii Medycznych, udało się nam znaleźć i potwierdzić jeden taki program. Choć Agencja nie zdradziła jego nazwy, a tylko datę przyjęcia, wiadomo, że chodzi o województwo lubelskie.

– Na około 270 programów zdrowotnych przygotowanych przez władze lokalne i wysłanych do AOTM (Agencja od sierpnia 2009 r. zajmuje się oceną tych programów), zaledwie 1 przygotowano pod kątem HCV. – Jest on jednym z 70 zaopiniowanych już programów i dostał pozytywną ocenę – mówi Wojciech Matuszewicz, prezes AOTM. Samorządy stawiają obecnie na profilaktykę HPV. – Takie programy trafiają do nas najczęściej – dodaje. Podobne spostrzeżenia ma Marek Wójcik, ekspert Związku Powiatów Polskich.

Aż 6% z wirusem

Lubelski program, który radni przyjęli w kwietniu 2010 r., a od czerwca badano pierwszych pacjentów, działał niestety tylko do połowy grudnia. Nie jest pewne, czy zostanie znów przyjęty przez radnych.

– Opinia prezesa AOTM zawiera zalecenia dotyczące uzupełnienia programu, co uniemożliwia jego realizację w tym roku. Poza tym, był przyjęty tylko na 2010 r. – informuje Zbigniew Orzeł z Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego w Lublinie. Program trzeba uzupełnić i znów skierować pod

Lubelski program profilaktyki HCV

Populacja uczestnicząca w programie:

- Osoby pełnoletnie
- Z chorobami przewlekłymi
- Z ryzykownymi kontaktami seksualnymi
- U których stwierdzano w przeszłości nawet nieznacznie zwiększoną wartość aminotransferaz
- Z dolegliwościami dyspeptycznymi
- Biorcy krwi i jej pochodnych

Wielkość populacji: 300 osób

Realizator programu: Poradnia Chorób Zakaźnych Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej

Sposób dotarcia z informacją: Akcje medialne w prasie, Internecie, radiu, plakaty informacyjne w NZOZ-ach

Koszty: Ogłoszenia w prasie i plakaty – 2 tys. zł

Koszt badań: 30 tys. zł (z tego 13 tys. zł osobowe, 17 tys. rzeczowe).

W jednym z miast sekretariat prezydenta na hasło profilaktyka HCV połączył nas z wydziałem rolnictwa

obradę sejmiku, a w tzw. międzyczasie jeszcze otrzymać kolejną opinię AOTM.

– Program profilaktyki zakażeń miał charakter pilotażowy. Sfinansowano przeprowadzenie 300 badań za kwotę 30 tys. zł – mówi Orzeł. Realizowała go Poradnia Chorób Zakaźnych Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej, która zajmowała się m.in. upowszechnianiem wiedzy o HCV, wywiadem epidemiologicznym, badaniami fizykalnymi pacjentów oraz testami na obecność HCV, a wreszcie – wyodrębnieniem chorych i grup ryzyka oraz wyborem terapii.

– Przeciwciała anti-HCV stwierdzono u 18 osób, co stanowi aż 6% przebadanej populacji – czytamy w sprawozdaniu ze szpitala. To

znacznie więcej niż średnia w Polsce, jednak w lubelskim programie uczestniczyły osoby z grup zwiększonego ryzyka (p. ramka). Zdecydowana większość osób, u których w czasie programu wykryto HCV, to ludzie młodzi; zakażenie przebiegało u nich bezobjawowo.

Złe doświadczenia „Prometeusz”

– Nigdy nie udało nam się pozyskać do współpracy samorządu lokalnego, choć podejmowaliśmy takie próby – mówi Jarosław Chojnacki, prezes Stowarzyszenia Pomocy Chorym z HCV „Prometeusz”. Jego organizacja zwróciła się w tej sprawie kilka lat temu do wszystkich urzędów marszałkowskich. – Ale z żadnym się nie udało. Proponowaliśmy wspólne akcje informacyjne i sfinansowanie przez samorząd badań. Usłyszeliśmy, że musimy poczekać i wystąpić w konkursie wraz z innymi organizacjami – relacjonuje Chojnacki. – Patrząc w kosztorys – urzędnicy od razu zastrzegali, że szanse „Prometeusza” są nikłe lub żadne. Przebadanie jednej osoby kosztowało wtedy kilkaset złotych, a chcieliśmy zbadać w każdym regionie przynajmniej z 1000 osób – opowiada. – Okazało się, że program HCV musiałby „przejeść” pieniądze na wszystkie inne działania profilaktyczne.

HPV modniejsze

Co wybierają samorządy? Przede wszystkim profilaktykę nowotworową: od cytologii po szczepienia przeciw HPV. O HCV wiedzą bardzo niewiele.

Z dokumentów dostępnych w serwisach samorządów wynika, że jeśli już o HCV ktoś wspomina, to w kontekście walki z AIDS, któremu towarzyszy przewlekłe zapalenie wątroby typu C. Część samorządowców myliła HCV z HPV, a w jednym z miast – sekretariat prezydenta na hasło profilaktyka HCV połączył nas z wydziałem rolnictwa.

Temat HCV sporadycznie pojawia się przy anonsach o tańszych szczepieniach HBV czy np. programach szkoleń dla lekarzy realizowanych przez szanepid. Wyraźnie zmieniło się to w lutym tego roku – gdy samorządy zaczęły informować o programie pilotażowym „STOP! HCV”. ■

Aleksandra Kurowska

Nie ma winnych

Po 10 latach
sądzenia się
o odszkodowanie
pacjent zakażony
HCV usłyszał
wyrok: **nic nie
dostanie**,
bo publicznych
szpitali, w których
mogli mu wszczepić
wirusa, było kilka.

– Wysłałam starszego syna do laboratorium, żeby odebrał badanie krwi Kubu. To był styczeń 2000 roku – zeznała przed sądem matka Jakuba D. Pani w okienku powiedziała mu: Jesteś chory na żółtaczkę. On na to, że przyszedł po wyniki młodszego brata. – Acha – usłyszał w odpowiedzi.

Marzena D. obejrzała analizy i zaraz zadzwoniła do dr M. w Szpitalu Dziecięcym w Dziekanowie Leśnym, gdzie jej 8-letni Kuba leczył się na ostre zapalenie stawu biodrowego. Zapytała, co oznaczają różne informacje ukryte za niezrozumiałymi dla niej symbolami.

– To może chodzić o stan zapalny – wymijająco odparła lekarka.

Matka wystraszyła się. Kuba zaczął chorować w 1997 r., gdy miał 6 lat. Ciągłe na to samo: nawracające anginy, zapalenia oskrzeli, bóle stawów. W 1997 r. w Szpitalu Dziecięcym w Dziekanowie leżał, z przerwami, w listopadzie i w grudniu. Dostawał antybiotyki. Nie przeszedł szczepień przeciwko wirusowi „żółtaczk”. Co prawda, przez moment pojawił się taki wymóg, bo była planowana operacja stulejki. Ale że chłopiec akurat gorączkował, termin

zabiegu odsunięto, a potem w ogóle z niego zrezygnowano. Lekarze o szczepieniu więcej już nie wspominali.

Pod koniec grudnia – zeznała na rozprawie pani D. – dziecko zostało wypisane do domu w stanie rzekomo dobrym. Ale matkę niepokoiło, że syn ma spuchnięte kolana i płacząc trzyma się za brzuch. W historii choroby wpisano katar, krwawienie z nosa oraz że pokąsłuje, gardło ma zaczerwienione, a wątrobę powiększoną.

20 stycznia 1998 r. Kuba miał się zgłosić na konsultację w przychodni Instytutu Reumatologii, a po 2 tygodniach wrócić do Dziekanowa.

– Zrobiłam, jak mi kazano. Jestem prostą kobietą, utrzymuję się ze sprzątania w biurach, nie ośmieliłabym się dyskutować z lekarzami. Pojechałam z dzieckiem do poradni reumatologicznej na Spartańską, ale pani doktor nie chciała przyjąć Kuby, poleciła mi wykonać badania, czy dziecko nie jest zarażone wirusem zapalenia wątroby.

Z karty informacyjnej pacjenta Jakuba D.: „W czasie konsultacji w poradni Instytutu Reumatologicznego zbadano u dziecka wartości aminotransferazy. Pacjenta z podejrzeniem wzw wysłano do Szpitala Zakaźnego na Siennej. Wobec niestwierdzenia p-ciał anti-HBS, HBC, HCV, HAV w IgM, wykluczono infekcję wirusową i rozpoznano zapalenie wątroby w przebiegu młodzieńczego przewlekłego zapalenia stawów”.

W kwietniu i w maju 1998 r. Kuba ponownie leżał w Instytucie Reumatologii ze względu na zmiany zapalne w stawach. Wartości aminotransferaz utrzymywały się w prawidłowych granicach. W czasie tego pobytu usunięto mu 13 zębów mlecznych, bo zaatakowała je próchnica.

Potem był w Instytucie w listopadzie – wyniki aminotransferaz nadal nie dawały powodu do niepokoju. Ale już rok później u chłopca wystąpiło przejściowe podwyższenie tych wskaźników, choć bez klinicznych objawów uszkodzenia wątroby. Wiązano to z lekiem neoral: wycofano go, wyniki poprawiły się; włączono – aminotransferazy podskoczyły.

W grudniu 1999 r. dziecko ponownie zostało położone w Instytucie Reumatologii. Nie stwierdzono zaostrzenia procesu zapalnego stawów ani podwyższenia laboratoryjnych wskaźników obecności ognisk zapalnych. Kuba wrócił do domu i wkrótce w laboratorium Szpitala Dziecięcego w Dziekanowie, gdzie od lat był leczony, zostały wykonane rutynowe badania.

Wykazały obecność przeciwciał anti-HCV we krwi! Zrozpaczona Marzena D. usłyszała, że do licznych chorób jej słabowitego syna należy dopisać przewlekłe zapalenie wątroby typu C. Prawdopodobnie został zakażony w czasie pobytu w Instytucie Reumatologii.

Biegła S. nie ma wątpliwości

Rok 2000. Do Sądu Rejonowego dla Warszawy Mokotowa wpływa pozew od matki Jakuba D. o zasądzenie od Instytutu Reumatologii (czyli Skarbu Państwa) 30 tys. zł. odszkodowania dla jej nieletniego syna. Kobieta prosi o zwolnienie z kosztów sądowych. Jest sprzątaczką, zarabia 710 zł. Mąż pracuje w Hucie Lucchini jako robotnik, jego pensja to ok. 2 tys. zł. Mają na utrzymaniu troje dzieci. Nie stać ich na opłacenie adwokata; chcieliby, aby był ustanowiony z urzędu.

Instytut Reumatologii odpowiada po... 2 latach, przekazując na żądanie sądu dokumentację lekarską małego pacjenta. Sąd gromadzi jako materiały dowodowe karty informacyjne z innych publicznych placówek ochrony zdrowia, gdzie chłopca leczono, a w szczególności ze Szpitala w Dziekanowie. Będzie je oceniała dr Aleksandra S., biegła z listy sądowej, specjalistka chorób zakaźnych i wewnętrznych. Potrwa to kilka miesięcy.

Rok 2003. Jest opinia. Obszerna, bo biegła nie opierała się tylko na dokumentach, również osobiście badała Kubę. Wnioski są stanowcze: Przeciwciała anti-HCV u Jakuba wykryto w grudniu 1999 r., ale nie oznaczają początku choroby. Z pewnością symptomy pojawiły się wcześniej, choć badań nie robiono może dlatego, że w objawach chorobowych dominowało zapalenie stawów, trudno poddające się leczeniu.

Zdaniem dr S., początek wzw typu C trzeba datować na styczeń 1998 r., czyli na drugi pobyt dziecka w szpitalu w Dziekanowie. Jeśli przyjąć, że okres wylegania się wzw wynosił około 50 dni, prawdopodobnie Jakub złapał wirusa podczas pierwszej hospitalizacji w tej placówce. Fakt, że mimo stwierdzenia w szpitalu zakaźnym na ul. Siennej znacznego wzrostu poziomu transaminaz nie uzyskano potwierdzenia serologicznego HCV, może wynikać z tego, że w ostrym okresie wzw typu C nie wykrywa się antygenu, jak to ma miejsce w wzw typu B. Rozpoznanie potwierdzają jedynie serologicznie wykrywane przeciwciała anti-HCV, które, jeśli chory ma z jakichkolwiek powodów obniżoną zdolność układu immunologicznego (np. z powodu leczenia encortonem), mogą się pojawiać dopiero 20–30 tygodni od zakażenia.

Kuba dostawał encorton ze względu na zapalenie stawu biodrowego.

Biegła wykluczyła, że miejscem zakażenia HCV mógł być Instytut Reumatologii; jej zdaniem, doszło do tego znacznie wcześniej – w listopadzie lub grudniu 1997 r. Dokładny początek choroby to 12

stycznia 1998. r. Potwierdzenie serologiczne uzyskano 16 grudnia 1999 r.

Rozszerzenie pozwu

Proces nieśpiesznie się toczył, a Kuba zmagając się z chorobą. We wrześniu 2003 r. ponownie znalazł się w Instytucie Reumatologii z powodu zapalenia stawu kolanowego. Wtedy przeciwciała anti-HCV wykryto u niego w surowicy krwi i również w płynie stawowym. Zdaniem biegłej S. wskazywałoby to, że wirus HCV może być przyczyną (nie jedyną) reumatoidalnego zapalenia stawów. Zmiany wielonarządowe w zakażeniu wirusem HCV znacznie pogarszają rokowanie na przyszłość, zwiększają też zarówno koszty leczenia, jak i późniejszej rehabilitacji.

Na pytanie sądu o przyczyny zakażenia wirusem HCV w szpitalu, dr S. wyliczyła ich wiele: zabiegi operacyjne, stomatologiczne, urazy po iniekcjach, duży przepływ pacjentów, w tym nosicieli wirusów hepatotropowych, spadek odporności u chorych, zwłaszcza leczonych lekami immunosupresyjnymi, które są stosowane m.in. w reumatologicznych schorzeniach stawów.

Po tej opinii, zwłaszcza w kwestii złych rokowań co do wyleczenia dziecka, rodzice Kuby rozszerzyli w imieniu syna powództwo o kwotę 170 tys. zł. Wezwali też do udziału w procesie Szpital Dziecięcy w Dziekanowie Leśnym.

Kilka miesięcy później ponownie zmodyfikowali roszczenia: już nie 200 tys. zł, ale 150 tys. i renta w wysokości 1500 zł.

Z uzasadnienia: Kuba ma 14 lat, został zarażony przed 8 laty. Nie ma szans, aby kiedyś powrócił do zdrowia. Żaden z pozwanych nie podjął właściwych kroków, by zminimalizować negatywne skutki nieuleczalnej choroby. Wręcz przeciwnie, przyjęli taktikę odsyłania pacjenta do innego szpitala, czym narazili go na dodatkowe cierpienia.

Zanim jednak sąd zajął się roszczeniem, musiał ustalić sprawcę nieszczęścia Kuby, bo żaden z pozwanych szpitali nie poczuwał się do winy. Radca prawny Instytutu Reumatologii oświadczył, że nie ma żadnych dowodów, iż zakażenie Jakuba D. nastąpiło w czasie jego leczenia w ich klinice, bo nie przetaczano mu krwi, wszystkie badania laboratoryjne były wykonywane sprzętem jednorazowego użytku, a ekstrakcja zębów – z zastosowaniem narzędzi jednorazowych i wyjałowionych.

Poza tym – przed pierwszym pobytem dziecka w Instytucie, leżało ono co najmniej 3 razy w innych szpitalach. Przy drugiej obecności w Dziekanowie stwierdzono podwyższoną aktywność transaminaz. To mogło sugerować, że już wcześniej chłopiec był zakażony wirusem HCV.

» Szpital Dziecięcy również twierdził, że do zakażenia mogło dojść przed pojawieniem się chłopca w ich placówce, bo nie od razu trafia się do szpitala. A przychodnie pierwszego kontaktu? Niestety, dokumentacja lekarska tego pacjenta istnieje od 1997 r., gdy miał już 6 lat. Wiadomo tylko, że urodził się zdrowy i nikt w rodzinie nie choruje.

Trudność z ustaleniem dokładnej daty zakażenia polega również na tym, że w związku z leczeniem zapalenia stawów sterydami wykrycie przeciwciał się opóźniło. Objawy wzmożonej aktywności enzymów wątrobowych w styczniu 1998 r., sugerujące, że do zakażenia doszło w Dziekanowie, są niecharakterystyczne i mogły być spowodowane innym czynnikiem niż HCV. (W każdym razie – jest to

uwzględnił wnioski pozwanych o powołanie kolejnych biegłych w zakresie chorób zakaźnych i pediatrii.

Szpital w Dziekanowie przedstawił 3 opinie specjalistów Instytutu Chorób Zakaźnych Wieków Dziecięcego AM w Warszawie.

Wynika z nich, że niemożliwe jest ustalenie dokładnego terminu i miejsca zakażenia wzw typu C, ponieważ inkubacja tej choroby trwa 15–150 dni. Objawy ostrego wzw są dostrzegalne tylko u 10–25% pacjentów. Pozostali przechodzą tę fazę bez widocznych symptomów. Kiedy Kuba był w Dziekanowie – w listopadzie i grudniu 1997 r., a także styczniu 1998 r. – nie można było jednoznacznie rozpoznać ostrego zapalenia wirusowego wątroby, bo podwyższenie aktywności aminotransferaz mieściło się w obrazie

ciwko deprecjonowaniu jej doświadczenia zawodowego. – Mam 50 lat pracy, nadal piśnię dla sądów dużo opinii dotyczących wzw u dzieci. Opierałam się na badaniu pacjenta i dokumentacji. Jeżeli dziecko zostało wypisane do domu z tak wysokimi aminotransferazami, to dostrzegam w tym niedopełnienie obowiązków przez lekarza, który powinien wykonać badania i skierować chorego na oddział zakaźny.

Ripostowała biegła dr Małgorzata A., choć bez takiej determinacji jak jej poprzedniczka: – Ja w 100% nie mogę wykluczyć, że powiększenie wątroby, jak i zwyżki aktywności aminotransferaz były związane z wirusowym zapaleniem wątroby typu C, ale nie są to objawy, które pozwolą przyjąć takie rozpoznanie bezdyskusyjnie.

Natomiast opinia dr S. bardzo była na rękę Instytutowi Reumatologii. Radca prawny z tej placówki twierdził, że biegła logicznie wskazała, gdzie mogło dojść do zakażenia i że jest to wywód spójny. Nie ma żadnego powodu, aby go deprecjonować z powodu zaawansowanego wieku opiniującej. Biegła sądowa jest byłym wieloletnim lekarzem oddziału chorób zakaźnych. A dr Małgorzata A. reprezentuje naukę, brak jej dłuższej praktyki lekarskiej. I nigdy nie badała Kuby.

Dostało się też rodzicom chłopca, że żądają odszkodowania, a sami nie pilnowali terminów kontroli lekarskich w Poradni Chorób Wątroby w Dziekanowie Leśnym.

– Wobec takiej postawy – stwierdziła powołana na świadka lekarka z przychodni – nie można wykluczyć, że do zakażenia dziecka wirusem zapalenia wątroby doszło poza placówkami medycznymi, w wyniku zaniedbań opiekunów chłopca.

Tę samą linię obrony przyjął przedstawiciel Instytutu Reumatologii. Konieczność jednorazowego usunięcia dziecku 13 zębów to dowód na zaniedbania rodziców, którzy nie chodzili z synem do dentysty.

Matce Kuby trudno było zgodzić się z taką opinią. – Kuba w wieku 6 lat miał poważną próchnicę – zaliła się na rozprawie sądowej – jeździłam z nim od stomatologa do stomatologa; jeden mówił, żeby usuwać, drugi że nie, przecież to mleczaki, same wypadną.

Marzena D. zaprzeczyła też, jakoby lekceważyła terminy kontrolnych wizyt w przychodni. Jeśli prosiła czasem o przesunięcie, to tylko dlatego, że dziecko miało gorączkę i tak silne bóle stawów, że musiało zostać w łóżku.

Pozwani kwestionowali też miesięczne koszty leczenia ubezpieczonego Kuby, które jego matka obliczyła na 1 332,33 zł. W tej sumie mieściły się wydatki na leki, dojazdy do lekarzy, wizyty kontrolne i specjalną dietę.



Jakuba M. czeka
smutna przyszłość.
Nie można też
ukrywać, że nigdy
nie będzie mógł
mieć dzieci,
bez świadomego
narażania swojej
partnerki życiowej
i ewentualnego
potomstwa

opinia ordynatora oddziału chorób zakaźnych w Szpitalu Dziecięcym – w żadnej mierze nie można traktować zapalenia stawów, w którym nie dochodzi do zniekształcającego zapalenia stawów, a na takie schorzenie cierpi pacjent, jako następstwa zakażenia wirusem HCV.)

Mec. Magdalena Bentkowska, pełnomocnik Szpitala w Dziekanowie, wniosła ponadto, że przed 1999 r. (kiedy wykryto zakażenie u chłopca) placówka była jednostką budżetową. Zatem na ławie pozwanych powinien zasiąść przedstawiciel Skarbu Państwa.

Będzie coraz gorzej

Jest już rok 2005. Z nadzieją na ustalenie bezdyskusyjnego terminu zakażenia Kuby (a tym samym i winowajcy), sędzia

przewlekłego młodzieńczego zapalenia stawów. W praktyce zdarza się, że gdy brakuje objawów zakażenia HCV, rozpoznanie stawiane jest często dopiero po wielu latach.

Opinia dr Aleksandry S. została poddana przez pozwany Szpital w Dziekanowie ostrej krytyce. Właściwie, był to atak personalny, odmawiający biegłej sądowej kompetencji i wiedzy. Przede wszystkim wytknięto jej zaawansowany wiek (dr S. ma 75 lat), nieznamość współczesnego funkcjonowania służby zdrowia i wymogów realizacji kontraktów z NFZ. Oraz brak, ponieważ jest emerytką, czynnego kontaktu z zawodem.

Na sali sądowej doszło do sporu między tą biegłą sądową a biegłymi powołanymi z inicjatywy Szpitala w Dziekanowie.

Dr S. o przyczynienie się do groźnej choroby Kuby zdecydowanie oskarżała personel szpitala dziekanowskiego. Protestowała prze-

Zdaniem biegłych powołanych przez Szpital w Dziekanowie, obecny stan zdrowia Kubę, jeśli chodzi o zakażenie wątroby, jest dobry. Pacjent dostaje jedynie preparat *essentiale forte*, na który w ciągu miesiąca trzeba wydać tylko 73,48 zł. Przewlekłe młodzieńcze zapalenie stawów stanowi przeciwwskazanie do włączenia w zwalczanie wirusa HCV bardziej skutecznych interferonu i rybawiryny. Pozostałe leki dotyczą zapalenia stawów.

Sędzia oczekiwał odpowiedzi na pytanie, jaka przyszłość czeka chorego Kubę. Prognozy specjalistów nie były optymistyczne. Powołane przez szpital w Dziekanowie biegłe z AM przyznały, że nie można wykluczyć szybkiego postępu zmian patologicznych w wątrobie ze względu na wyniszczające organizm młodzieńcze zapalenie stawów. Pacjent wymaga terapii lekami hepatotoksycznymi i immunosupresyjnymi, które z kolei mogą mieć negatywny wpływ na przebieg przewlekłego wzw C. Trudno też przewidzieć, w jakim zakresie procedury terapeutyczne będą w przyszłości refundowane przez NFZ.

Nieoczekiwanie również opiniująca pediatra ze Szpitala w Dziekanowie Leśnym, dr Lidia K., która od lat prowadziła pacjenta Jakuba D., potwierdziła, że niszczący stawy przewlekły stan zapalny u chłopca wymaga podawania leków źle wpływających na funkcje wątroby, zatem błędne koło się zamyka. Z uwagi na chroniczność obu procesów, szybki postęp uszkodzenia stawów oraz brak możliwości radykalnego leczenia zapalenia wątroby, rokowania co do wyleczenia są niepewne. Jakuba M. czeka smutna przyszłość. Nie można też ukrywać, że nigdy nie będzie mógł mieć dzieci, bez świadomego narażania swojej partnerki życiowej i ewentualnego potomstwa.

Ten osąd, brzmiący jak wyrok, skłonił matkę Kubę do rozszerzenia pod koniec 2006 r. (chłopiec miał już wtedy 15 lat) kwoty w pozwie tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę i cierpienia. Domagała się jednorazowo 400 tys. zł i 1500 zł miesięcznej renty.

W odpowiedzi Prokuratoria Generalna Skarbu Państwa (reprezentowanego przez wojewodę mazowieckiego) wystąpiła do sądu o ponowne dopuszczenie dowodu z opinii lekarzy chorób zakaźnych dzieci AM w Warszawie. Chodziło o możliwe precyzyjną odpowiedź na pytanie, jaki jest obecny stan pacjenta.

Ale odpowiedź nie była jednoznaczna. Bo – wprawdzie „dobry”, ale rokowania na przyszłość co do wyleczenia są „niejednoznaczne z uwagi na złożone przyczyny choroby.”

Natomiast na pytanie, jakie jest prawdopodobieństwo zarażenia Kubę wirusem HCV z innych źródeł niż szpital – biegli z AM na-

pisali w opinii, że jest ono „równe prawdopodobieństwu zakażenia w szpitalu”.

Przeigrana

W połowie 2008 r. Sąd Okręgowy w Warszawie Wydział Cywilny orzekł, że oddala powództwo Marzeny D. w całości.

Matka Kubę złożyła za pośrednictwem swego pełnomocnika z urzędu apelację.

Twierdziła w niej, że nie jest prawdą, iż stan chłopca jest dobry, jak by to wynikało z ostatnich zaświadczeń z Dziekanowa. Przecież pracująca tam lekarka Lidia K. przyznała, że wyleczenie Jakuba D. jest niemożliwe. Mecenas kwestionowała orzeczenie Sądu Okręgowego, że nie można jednoznacznie określić, ani kiedy zakażenie nastąpiło, ani gdzie to się stało. – Takie rozumowanie – napisała w uzasadnieniu apelacji – jest sprzeczne z orzecznictwem sądów wyższej instancji (Wyrok SN z 6 listopada 1998 r., a także z 17 maja 2007 r.) wskazujących, że nie wymaga się od poszkodowanego ścisłego udowodnienia, jaką drogą jego organizm został zainfekowany. Wystarczające jest ustalenie wysokiego prawdopodobieństwa, że do zakażenia doszło we wskazanym szpitalu. W przytoczonych wyrokach SN wskazano, że w tego rodzaju sprawach możliwe jest też przyjęcie – na zasadzie domniemania, przy braku dowodu przeciwnego – zaniedbania placówki służby zdrowia.

Wreszcie argument ostatni: nie można odrzucić opinii jedynej biegłej niezależnej, bo nie związanej z pozwanymi placówkami (tj. dr S.) tylko dlatego, że jest ona na emerytu-

rze. Ciągłe przecież jest z tematyką zakażeń na bieżąco, pisze wszak opinie dla sądów.

Sąd Apelacyjny oddalił skargę. W uzasadnieniu stwierdził, że występujący o zadośćuczynienie powinien był wskazać jeszcze inne dowody, które zwiększałyby prawdopodobieństwo jego zakażenia w placówce medycznej. Mogły to być zeznania świadków o warunkach sanitarnych, dokumentacja sanepidu, ocena rodzajów sprzętu laboratoryjnego itd.

Matka i jej mecenas nie poddały się, wysłały do Sądu Najwyższego skargę kasacyjną. Podniesiono w niej, że sąd nie ustalił odpowiedzialności Skarbu Państwa. Tymczasem istniało współuczestnictwo pozwanego Szpitala w Dziekanowie i Skarbu Państwa, choćby z tego względu, że 29 grudnia 1997 r., kiedy chłopiec po raz pierwszy zgłosił się do Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego na oddział wewnętrzny, był dniem wpisu tej placówki jako jednostki Skarbu Państwa do rejestru sądowego, gdzie otrzymała osobowość prawną.

Pod koniec ub. roku SN odrzucił skargę kasacyjną, jako że przeprowadzony w niej wywód prawny był niewłaściwy.

Jakub M. nie jest już pacjentem Szpitala Dziecięcego – osiągnął pełnoletność. Raczej nie spotka się już z lekarzami, którzy w czasie procesu oskarżali jego matkę o zaniedbania w leczeniu syna. Jakub nie zna się na niuansach prawnych, ale wie, że to akurat jest nieprawdą. Jego dziecięca wiara, że dorośli w białych fartuchach są stworzeni do pomocy cierpiącym, została mocno nadwątlona. ■

Prawie 400 zakażonych – jeden pozew

W warszawskim Sądzie Okręgowym od kilku miesięcy leży zbiorowy pozew prawie 400 byłych pacjentów zarażonym wirusem HCV. Każda z tych osób domaga się 200 tys. zł zadośćuczynienia. Oskarżonym jest Skarb Państwa za pośrednictwem Ministerstwa Zdrowia. Wszyscy autorzy pozwu byli w latach 80. leczeni na hemofilię preparatami zanieczyszczonymi wirusem HCV. Ich pełnomocnikiem jest mecenas Małgorzata Szczypińska-Kozioł z Krakowa.

– To było zaniedbanie systemowe – powiedziała nam pani mecenas. – Do 1989 r. krwi przekazywanej do produkcji leków nie badano pod kątem obecności wirusa HCV. Dopiero w 1989 r. zidentyfikowano w tych preparatach – również w skali międzynarodowej – wirusa HCV. Mimo to resort zdrowia w Polsce zaczął odpowiednio zabezpieczać krew dopiero w 1992 r. Nie we wszystkich jednak szpitalach stosowano się do nowych procedur. Niewykluczone też, że Ministerstwo Zdrowia nie wycofało w 1992 r. wszystkich skażonych leków. Wśród moich klientów są także tacy, którzy zarazili się HCV po roku 2000.

W przypadku pozwu zbiorowego można przystąpić do mediacji na każdym etapie postępowania procesowego. Pierwszy krok strony pozwyjących został zrobiony, ale jak poinformował nas zajmujący się tą sprawą radca prawny MZ Rafał Wiślicki, warunki, jakie stawiał poszkodowani, były nie do przyjęcia.

W tej sytuacji mec. Szczypińska-Kozioł skierowała propozycję mediacji do Prokuratury Generalnej. Wnioskowała też nazwiska mediatorów jako osób zaufania publicznego.

KOW

HCV wśród personelu medycznego

Czynnikiem zwiększającym ryzyko nabycia zakażenia w miejscu pracy jest niewystarczająca wiedza na temat dróg szerzenia się zakażeń oraz możliwości zapobiegania zakażeniom, brak bądź nieprzestrzeganie odpowiednich procedur postępowania po przypadkowej ekspozycji na materiał potencjalnie zakaźny, bagatelizowanie zdarzeń związanych z przypadkowym przzerwaniem ciągłości tkanek. Nierzadko pracownicy medyczni unikają wręcz badań serologicznych w kierunku wzv, obawiając się utraty pracy w przypadku potwierdzenia zakażenia wirusami hepatotropowymi.

Zakażenia zawodowe wirusowym zapaleniem wątroby dotyczą personelu medycznego mającego kontakt z krwią, wydzielinami i wydalninami pacjentów. Odsetek zakażeń HCV wśród pracowników służby zdrowia na tle innych wirusowych zapaleń wątroby wykazuje trend wzrostowy, co pokrywa się ze wzrostem zapadalności w populacji ogólnej. Około 60% osób ulegających zakażeniu stanowią pielęgniarki.

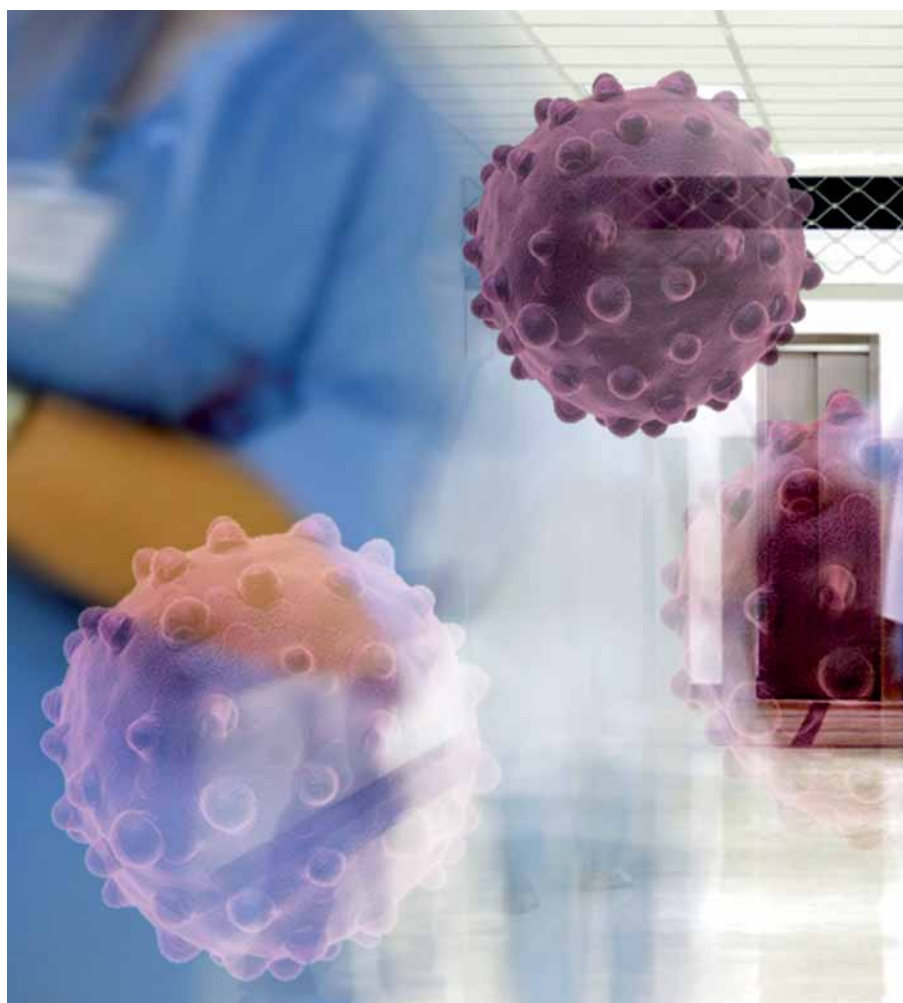
W 2009 r. rozpoznano w Polsce 3146 przypadków chorób zawodowych; choroby zakaźne lub pasożytnicze albo ich następstwa stanowiły 28,2%. Choroby zakaźne w latach 2008–2009 znajdowały się na pierwszym miejscu na liście chorób spowodowanych warunkami pracy, wyprzedzając nawet przodujące wcześniej choroby narządu głosu (brak jeszcze danych za 2010 r.).

Najczęściej rozpoznawaną w Polsce chorobą zawodową o podłożu zakaźnym jest borelioza. Drugą jest wirusowe zapalenie wątroby; jako choroba zawodowa występuje najczęściej wśród pracowników ochrony zdrowia i opieki społecznej, gdyż właśnie te grupy zawodowe są najbardziej narażone na czynniki biologiczne znajdujące się w materiale pochodzącym od osób zakażonych, w tym na wirusy zapalenia wątroby typu B i C.

HBV mniej, HCV więcej

Ogólna tendencja orzekania wirusowego zapalenia wątroby (wzw) jako choroby zawodowej wśród pracowników służby zdrowia jest spadkowa, z wyjątkiem wzv C, które rośnie.

Z raportu przygotowanego przez dr Urszulę Wilczyńską oraz prof. Neonilę Szeszenia-Dąbrowską z Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi, gdzie prowadzony jest Centralny Rejestr Chorób Zawodowych, wynika, że w latach 1994–2008 wirusowe zapalenie wątroby charakteryzowało się tendencją spadkową. Liczba zachorowań malała przeciętnie o 56 przypadków rocz-



nie, a w 2008 r. odnotowano o 80% przypadków mniej niż w 1994 r.

Informacja o typie wirusa, który spowodował wzv, wprowadzona została do rejestru w 2003 r. – Dane za lata 2003–2008 pokazują, że 70,5% z 911 odnotowanych przypadków spowodowanych było wirusem typu C, a 27,1% wirusem typu B – mówi dr Wilczyńska. – Do rzadkości należały zakażenia wirusem A lub zakażenia nieokreślone (2,4%). O ile liczba przypadków wzv typu B wyka-

zywała tendencję malejącą, średnio o 3 przypadki rocznie, o tyle liczba zakażeń wirusem C wzrastała również o 3.

Odsetek procentowy zapadalności na wzv na tle wszystkich chorób zawodowych wśród pracowników służby zdrowia wynosi około 50% (np. 2008 r. – 316 przypadków orzeczonych chorób zawodowych wśród personelu ochrony zdrowia, w tym 141 wzv: B i C).

Odsetek chorób zakaźnych na tle innych chorób zawodowych wynosi około 65%.

Wzw B oraz C wśród chorób zakaźnych i pałeczniczych występujących w tej populacji stanowiły 72,1% (w latach 2003–2008).

Odsetek zapadalności personelu medycznego na wzw jako chorobę zawodową wynosi w stosunku do całej populacji ponad 90%.

Na redukcję częstości zakażeń HBV mają wpływ szczepienia, na wzrost zakażeń HCV – przede wszystkim brak szczepionki.

Utrudnione orzecznictwo

Większość rozpoznań zakażeń uznanych za choroby zawodowe, w tym wzw C, ma miejsce wiele lat po prawdopodobnej ekspozycji. Marcin Rybacki, lekarz medycyny pracy z Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi podkreśla, że orzecznictwo dotyczące chorób zawodowych pod postacią wzw jest często utrudnione. Brak badań serologicznych w kierunku HCV i HBV przed podjęciem pracy (np. w ramach badań wstępnych) wyklucza możliwość stwierdzenia, że zakażenie pracownika nastąpiło wcześniej, a także opóźnia rozpoznanie i podjęcie leczenia.

– Wykryte po latach zakażenie tymi wirusami, przy bezobjawowym wieloletnim przebiegu infekcji, może być później niesłusznie uznane za chorobę zawodową – uważa. – Dodatkowo procedurę orzecznictwa utrudniają inne pozazawodowe czynniki zwiększające ryzyko zakażenia, takie jak zachowania ryzykowne, częste hospitalizacje, diagnostyka inwazyjna, zabiegi chirurgiczne czy przetaczanie krwi. Niewątpliwie czynnikiem zwiększającym ryzyko nabycia zakażenia w miejscu pracy jest niewystarczająca wiedza na temat dróg szerzenia się zakażeń oraz możliwości zapobiegania zakażeniom, brak bądź nieprzestrzeganie odpowiednich procedur postępowania po przypadkowej ekspozycji na materiał potencjalnie zakaźny, bagatelizowanie zdarzeń związanych z przypadkowym przerwaniem ciągłości tkanek. Z danych literaturowych wynika, że nierzadko pracownicy medyczni unikają wręcz badań serologicznych w kierunku wzw, obawiając się utraty pracy w przypadku potwierdzenia zakażenia wirusami hepatotropowymi.

Lekceważone ryzyko zakażenia

Narażenie zawodowe na czynniki zakaźne dotyczy najczęściej wirusów HIV, HBV i HCV. Potencjalnym źródłem infekcji tymi wirusami jest każdy materiał biologiczny mogący zawierać wystarczającą do zakażenia liczbę kopii wirusa. Najbardziej niebezpiecznym ich źródłem w codziennej praktyce zawodowej jest krew. Inne materiały biologiczne potencjalnie zakaźne to: nasienie, wydzielina pochłowa, płyn mózgowo-rdzeniowy,

Tabela. Liczba przypadków wzw C jako choroby zawodowej wśród psz* (w nawiasie) i w całej populacji

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
WZW	186 (172-psz)	153 (139-psz)	151 (139-psz)	178 (166-psz)	161 (154-psz)	149 (141-psz)	130
Typ A	1	1	0	0	0	0	0
Typ B	56	37	46	48	45	30	31
Typ C	117	98	105	130	116	119	99

Opr. M. Rybacki. *psz – pracownicy służby zdrowia

opłucnowy, osierdziowy, otrzewnowy, owodniowy, maź stawowa oraz każdy materiał biologiczny, który jest w sposób widoczny skażony krwią i każda oddzielona tkanka lub narząd. Do zakażenia zawodowego najczęściej dochodzi przez skaleczenie/zakłucie zanieczyszczoną igłą lub innymi ostrymi narzędziami.

Prof. Krzysztof Simon, prezes Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, uznaje podwyższone ryzyko nabycia przez pracowników służby zdrowia zakażeń różnymi patogenami występującymi w środowisku placówek służby zdrowia i wśród pacjentów za element pragmatyki zawodu.

– Szczególny problem stwarzają zakażenia wirusowe, szerzące się drogą przerwania ciągłości powłok. Stąd duże ryzyko zakażenia HCV i HIV – zdecydowanie jednak mniejsze niż ryzyko HBV, wbrew obiegowym poglądom – zauważa prof. Simon. – Szczególnie narażone są pielęgniarki, pracownicy laboratoriów, lekarze, sanitariusze, salowe, ale także policjanci, strażnicy miejscy, służba więzienna.

Prof. Simon przywołuje polskie dane ankietowe z 1993 r. pokazujące, że 80% pielęgniarek zakłuwa się igłą przynajmniej raz w roku, a 12% – więcej niż 10 razy w roku. A przecież pracownicy służby zdrowia ulegają też innym ekspozycjom na zakaźny materiał biologiczny.

Łatwiej zarazić się wirusem HBV niż HCV. Dr Marek Beniowski z Katedry i Oddziału Klinicznego Szpitala Specjalistycznego Chorób Zakaźnych w Chorzowie mówi, że ryzyko zakażenia HBV wynosi od 7 do 30% po zakłuciu zanieczyszczoną igłą, dla zakażenia HCV – od 0,3 do 10%, natomiast dla HIV rzadziej niż 1 na 300 zakłuć igłą skażoną HIV (0,3%).

Do zakażenia może również dojść po kontakcie materiału biologicznego z powierzchnią otwartych ran, skaleczeń, z pękniętej lub uszkodzonej skóry. Możliwe jest również проникnięcie wirusa przez błony śluzowe wysiękające jamę ustną, nos i spojówki oczu.

Dla wirusa HIV ryzyko takie szacuje się na 0,09%, czyli rzadziej niż 1 na 1000 przypadków. Dla wirusa HCV ryzyko zakażenia przy kontakcie z błonami śluzowymi jest niezwy-

kle małe. – Ryzyko to można znacząco zmniejszyć poprzez szybkie i właściwe postępowanie po wypadku, w którym nastąpił kontakt z materiałem zakaźnym – wyjaśnia dr Beniowski. – Podstawową czynnością po ekspozycji zawodowej jest niezwłoczne umycie zranionej/zanieczyszczonej okolicy wodą z mydłem (przy braku wody można użyć płynów do mycia rąk na bazie 60–90% alkoholu. Jeżeli skażone są oczy, należy wypłukać je dokładnie wodą lub 0,9% roztworem NaCl przy otwartych powiekach. Natomiast jeśli materiał zakaźny dostał się do ust, należy kilkanaście razy przepłukać jamę ustną wodą.

Prof. Simon powołuje się też na dane z Wrocławia, z których wynika, że 83% zgłaszanych ekspozycji zawodowych na zakażenie HCV, HBV czy HIV to ekspozycje pracowników służby zdrowia. Szacuje się, że 1 ekspozycja zdarza się co miesiąc u jednego na 10 pracowników służby zdrowia, przy tym stopień niedoszacowania sięga 40–100%.

– Po prostu problem jest lekceważony – mówi prof. Simon. – Niemniej, z ostatnich obserwacji prowadzonych na dużym materiale polskim (dane będą opublikowane na najbliższym kongresie Europejskiego Towarzystwa Badań nad Wątroba) nie wynika, by zakażenie HCV obserwowano częściej (w przeciwieństwie do HBV) u personelu służby zdrowia niż u naszych pacjentów. Uważa się, że problem transmisji zakażeń HCV na pracowników służby zdrowia po narażeniu na zakaźny materiał można istotnie, bo o ok. 90% ograniczyć, stosując odpowiednie procedury i postępowanie. Jest to podstawowy cel prawidłowo prowadzonego postępowania poekspozycyjnego. Postępowanie to, w odróżnieniu od profilaktyki przedekspozycyjnej, zmniejsza ryzyko transmisji wszelkich czynników zakaźnych w sytuacji, gdy doszło już do kontaktu z materiałem zakaźnym, oraz powinno zapobiegać utrwaleniu się infekcji, jeśli doszło do zakażenia. Postępowanie nieswoiste zmniejsza (choć nie eliminuje całkowicie) ryzyko zakażenia szeregiem wirusów szerzących się drogą naruszenia ciągłości powłok, a w szczególności HCV, HIV, HBV. Natomiast postępowanie swoiste niestety jest możliwe jedynie w przypadku wirusów HBV i HIV. Stąd tak istotne zachowanie zdrowego rozsądku w sytuacjach ryzykownych, próba »

» eliminacji permanentnego pośpiechu, który sprzyja błędom i dostosowanie się do podstawowych zasad BHP, a w przypadku ekspozycji – jak najszybsza konsultacja specjalistyczna i odpowiednie postępowanie.

Postępowanie poekspozycyjne

Pomimo opracowanych procedur postępowania poekspozycyjnego wydaje się, że szczególnie w placówkach nie świadczących całodobowej opieki medycznej nie są one wystarczająco rozpowszechnione i przestrzegane.

Dr Rybacki z IMP w Łodzi przeprowadził badania ankietowe w ramach projektu dotyczącego zakażeń biologicznych, finansowanego ze środków UE w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. Objęto nimi 1014 pracowników służby zdrowia.

Badanie wykazało, że na 843 osób zatrudnionych w szpitalach, istnienie rejestru ekspozycji zawodowych w miejscu pracy potwierdziło 708 ankietowanych (84%). Spośród 111 pracujących w przychodniach, istnienie takiego rejestru potwierdziło 56 ankietowanych (50,4%).

– Ważne jest stworzenie centralnego rejestru zdarzeń związanych z przerwaniem ciągłości tkanek u personelu medycznego oraz

prowadzone przez łódzki IMP badanie wykazało, że powody niezgłaszania przypadków ekspozycji zawodowej wśród 140 pracowników, którzy jej doświadczyli, były takie jak: wrażenie, że rodzaj ekspozycji wiązał się z niskim ryzykiem (32,8%), brak czasu (24,3%), nieznanie procedury postępowania (20%), wrażenie, że ryzyko nosicielstwa wirusów HCV, HBV czy HIV u pacjenta, czyli źródła, było niskie (17,8%), obawa, że zgłoszenie ekspozycji będzie źle postrzegane (15%), brak świadomości, że raportowanie ekspozycji jest ważne (9,3%), brak procedury postępowania w miejscu pracy (4,3%), długa procedura poekspozycyjna w miejscu pomocy (0,7%), wątpliwości co do zapewnień o nieujawnieniu wyników badań osobom trzecim (1,4%).

Prace nad centralnym systemem raportowania

W IMP w Łodzi trwają prace nad stworzeniem centralnego systemu raportowania zdarzeń związanych z ekspozycją zawodową na patogeny krwiopochodne, opartego na współpracy z lekarzami służby medycyny pracy. Jego stworzenie pozwoli na oszacowanie skali problemu i stopnia ryzyka transmisji zakażeń

zdrowotnej nad pracownikami, niezbędnej z uwagi na warunki pracy, można przyjąć, że wyżej opisane działania mogą wchodzić w zakres „innych kosztów opieki zdrowotnej” i tym samym – być finansowane przez zakład pracy. Należy jednak zauważyć, że w wielu placówkach świadczących usługi profilaktyki poekspozycyjnej badania te odbywają się na koszt NFZ.

Warto dodać, że na rynku istnieją firmy ubezpieczeniowe, które m.in. oferują ubezpieczenie od kosztów postępowania po przypadkowej ekspozycji pracownika na materiał potencjalnie zakaźny. Ubezpieczenie obejmuje m.in.: badania na obecność wirusów HIV lub wzw, koszt konsultacji lekarskich, koszt leków antyretrowirusowych, jednorazowe świadczenie z tytułu zakażenia wirusem HIV.

Dobre prawo to bezpieczniejsza praca

Przykładem dostosowania legislacji do obowiązujących standardów bezpieczeństwa pracy są Stany Zjednoczone. W 2000 r. z inicjatywy amerykańskiego instytutu medycyny pracy podpisana została tam ustawa skłaniająca pracodawców do wdrażania metod ograniczających stopień ekspozycji pracowników medycznych na materiał biologiczny, np. poprzez rozpowszechnienie stosowania igieł bezdotykowych czy narzędzi non-touch. Wykazano, że po zastosowaniu tych narzędzi oraz cyklicznej edukacji częstość zakażeń i innych ekspozycji można ograniczyć o 90%.

Dr M. Rybacki przypomina, że w Europie obowiązuje Dyrektywa Rady 2010/32/UE z 10 maja 2010 r. w sprawie wykonania umowy ramowej dotyczącej zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej, zawartej między HO-SPEEM a EPSU. Państwa członkowskie powinny wprowadzić w życie przepisy ustawowe, wykonawcze i administracyjne konieczne do wykonania tej dyrektywy lub zapewnić wprowadzenie koniecznych środków na podstawie umowy zawartej przez partnerów społecznych, najpóźniej do 11 maja 2013 r.

Zgodnie z dyrektywą przedstawiciele pracodawców i pracowników zobowiązani są współpracować w celu eliminowania ryzyka i zapobiegania mu, ochrony zdrowia i bezpieczeństwa oraz tworzenia bezpiecznego środowiska pracy, konsultując się m.in. w kwestii doboru i stosowania bezpiecznego sprzętu. Mowa jest także o konieczności wyeliminowania przypadków zbędnego stosowania ostrych narzędzi poprzez wdrożenie zmian w praktyce oraz, na podstawie wyników oceny ryzyka, zapewnienie wyrobów medycznych zawierających mechanizmy chroniące przed zranieniem. ■

Według polskich danych ankietowych z 1993 r., 80% pielęgniarek zakłuwa się igłą przynajmniej raz w roku, a 12% więcej niż 10 razy w roku

działań podjętych w ramach profilaktyki poekspozycyjnej – komentuje M. Rybacki. – Przeprowadzone przez naszą placówkę badanie wykazało bardzo niską zgłaszalność takich faktów, szczególnie w małych placówkach służby zdrowia. Jest to najprawdopodobniej związane z brakiem wiedzy na temat zakażeń i odpowiednich procedur. Tam gdzie jest mała liczba personelu, nie ma wymogu zatrudniania pielęgniarek epidemiologicznych, a także powołania zespołu czy komitetu kontroli zakażeń (jak w szpitalach) i nie zawsze przestrzega się zasad BHP.

Wśród 218 osób, które doświadczyły ekspozycji zawodowej w ostatnich 12 miesiącach poprzedzających badanie przeprowadzone przez Instytut Medycyny Pracy w Łodzi, zbadało zgłaszalność przypadkowej ekspozycji i częstość wypełniania odpowiedniego raportu dotyczącego zdarzenia. Ekspozycję zgłosiły 133 osoby, formularz ekspozycji zawodowej wypełniło 86, ekspozycji w ogóle nie zgłosiło 85 osób.

Zdaniem Marcina Rybackiego, ta analiza potwierdza światowe szacunki, że ok. 50% zdarzeń nie jest w ogóle zgłaszanych. Prze-

krwiopochodnych, wypracowanie doskonalszych sposobów wykonywania pracy oraz procedur poekspozycyjnych, ocenę objawów ubocznych i korzyści farmakologicznego postępowania poekspozycyjnego, ocenę związku przyczynowo-skutkowego między stwierdzonym zakażeniem a warunkami pracy w przypadku postępowania orzeczniczego w kierunku choroby zawodowej.

– Zgodnie z ustawą z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (art. 41. ust 5), profilaktyczne leczenie poekspozycyjne po styczności z ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV), do której doszło w wyniku wypadku w trakcie wykonywania czynności zawodowych, jest finansowane przez pracodawcę albo zlecającego prace – przypomina dr Rybacki. – Nie są natomiast jasno określone zasady finansowania badań laboratoryjnych, kosztów profilaktycznego podania immunoglobuliny anti-HBs czy dawki szczepionki przeciw wzv B oraz konsultacji lekarskich. Powołując się na art. 229 Kodeksu pracy, że pracodawca ponosi ponadto inne koszty profilaktycznej opieki

O wzw typu C historycznie

Nie-A i nie-B, czyli C

Wirusowe zapalenie wątroby typu C przez lata było niemożliwe do precyzyjnego zdiagnozowania.

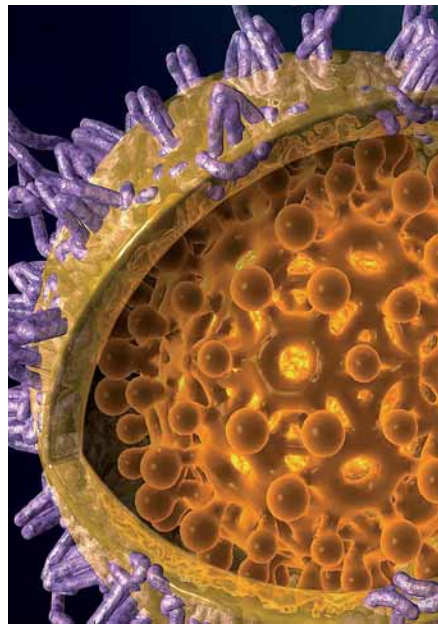
Choć pierwsze opisy objawów u chorego z żółtaczką, które mogą odpowiadać wzw, pochodzą od Hipokratesa (460–375 p.n.e.), podejrzewając, że istnieje jeszcze inny, poza HBV, wirus przenoszony drogą krwiopochodną, powzięto dopiero w latach 70. ubiegłego wieku.

Drogę od pierwszych spostrzeżeń ojca medycyny do zidentyfikowania wirusa HCV (*Hepatitis C Virus*) w 1989 r. wyznaczają liczne odkrycia, poprzedzone wieloletnimi obserwacjami i badaniami. Odpowiedź na jedno pytanie wiązała się jednak z pojawieniem się następnych. I tak, gdy już wprowadzono testy diagnostyczne w kierunku wzv A i wzv B, w 1974 r. na podstawie analizy epidemiologicznej stwierdzono występowanie potransfuzyjnego zapalenia wątroby typu nie-B. Wiedza o tym, że część przypadków zapaleń wątroby związanych z transfuzjami krwi nie ma związku z HBV, stała się podstawą do ukucia terminu wzv nie-A, nie-B. Problemem pozostawało zdiagnozowanie tego „trzeciego” zapalenia wątroby.

Najpierw tylko obserwacje

Spostrzeżenia z poprzednich wieków dotyczące wirusowego zapalenia wątroby były bardzo ogólnikowe, dotyczyły np. wskazania pór roku, gdy występowanie choroby się nasila. Opisując chorobę u dzieci i osób młodych, o wyraźnym wzroście zachorowań występujących jesienią i zimą wspominał Blumer, śledzący 63 ogniska choroby, pojawiające się w latach 1812–1920 w USA. Spostrzeżenia Blumera tożsame były z pierwszymi wzmiankami o wzv, które znajdują się w słynnych opisach Hipokratesa. On także podawał, że choroba występuje szczególnie jesienią, przy końcu roku. Warto dodać, że gdy mowa była o żółtaczce, brano pod uwagę dwa objawy: zażółcenie białkówki oczu lub białkówki i skóry.

Pierwsze obserwacje symptomów choroby przeprowadzone na szerszej grupie pacjentów datują się na 1885 r., kiedy to Lurmanowski opisał 191 osób chorych na żółtaczkę w Bremie. Obserwacje dotyczyły pacjentów prawdopodobnie zaszczepionych



przeciwko ospie prawdziwej z zastosowaniem szczepionki wyprodukowanej na bazie ludzkiej „limfy”. Spośród 1289 osób, którym podano szczepionkę, u 191 zaobserwowano objawy choroby. Zapalenie wątroby zauważono po upływie 2 do 8 miesięcy od czasu wakcynacji.

Dwie drogi

Biorąc pod uwagę pochodzenie pierwszych wzmianek odpowiadających opisowi objawów wzv, które datowane są na czas aktywności Hipokratesa, aż trudno uwierzyć, że dopiero XX wiek przyniósł pierwsze informacje wskazujące na 2 drogi szerzenia się żółtaczki.

Dwie drogi przenoszenia dwóch różnych wirusów udało się potwierdzić na podstawie eksperymentu, w którym brali udział ochotnicy, chorzy na reumatoidalne zapalenie stawów. W 1944 r. McCallum i Bradley podali podskórną grupie pacjentów surowicę chorych na żółtaczkę, a także doustnie... zawiesiny kału i popłuczyn z jamy nosowo-gardłowej. Podanie surowicy doprowadziło do zapalenia wątroby po upływie 64 do 92 dni. Natomiast pierwsze objawy żółtaczki spowodowanej zakażeniem kałem pojawiły się

już po 17 dniach. Badacze chcieli wywołać hiperbilirubinemię u chorych na reumatoidalne zapalenie stawów, co miało zmniejszyć objawy bólowe.

Podobny eksperyment opisali w tym samym, 1944 r., Havens i wsp. I w tym przypadku ochotnikom podawano surowicę krwi lub zawiesiny stolca i moczu chorych. U osób, którym podano surowicę krwi, objawy choroby pojawiły się w okresie 30–84 dni. Ochotnicy, którzy przyjęli ekstrakt z wydaliny, zaczęli zdradzać pierwsze objawy po 20–22 dniach.

Historycy medycyny przypuszczają, że eksperymenty na ludziach zapoczątkowali w latach 40. ubiegłego wieku lekarze niemieccy. Ochotnicy – żołnierze otrzymywali krew pochodzącą od chorych na zapalenie wątroby. Odnotowano, że objawy żółtaczki zaczęły się pojawiać po 32 dniach.

Wprowadzenie terminów „wirus zapalenia wątroby typu A” oraz „wirus zapalenia wątroby typu B” zaproponował w 1947 r. McCallum na łamach tygodnika „The Lancet”. Terminologię tę uznała za obowiązującą Światowa Organizacja Zdrowia. Zapalenie wątroby typu A odróżniano od zapalenia wątroby typu B, wskazując na 2 różne drogi zakażenia.

Ostatnie dziesięciolecie XX w. upłynęły badaczom *hepatitis* na poszukiwaniu i odkrywaniu kolejnych czynników etiologicznych. Wirusa B zapalenia wątroby odkrył Blumberg i wsp. W 1976 r. uhonorowany został za tę pracę Nagrodą Nobla. Bardzo ważne okazały się też wysiłki Dane’a, który jako pierwszy sfotografował wirusa HBV w mikroskopie elektronowym. Pierwsze zdjęcie wirusa A wykonał natomiast Feinstone (1973 r.).

Na odkrycie wirusa HCV trzeba było czekać do 1989 r. Choo i wsp., wykorzystując możliwości biologii molekularnej, dokonali wówczas ekspresji fragmentu genomu wirusa C o właściwościach antygenowych. Zapoczątkowało to wprowadzenie diagnostyki serologicznej wzv C – testu I generacji. Wprowadzenie testów przesiewowych wśród krwiodawców pozwoliło na niemal całkowite wyeliminowanie przetoczeń krwi jako przyczyny zakażeń HCV. ■

Wirusowe zapalenie wątroby typu C

Boceprevir rejestrowany w trybie przyspieszonym

Nadzieja na znaczący przełom terapeutyczny lub możliwość odpowiedzi na niezaspokojoną potrzebę medyczną w obszarze istotnym dla zdrowia publicznego – to podstawowy warunek nadania aplikacji dotyczącej rejestracji leku przyspieszonego trybu rozpatrywania. Amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków (FDA) oraz Europejska Agencja ds. Leków (EMA) podjęły decyzję o nadaniu takiego trybu w przypadku bocepreviru – nowego leku MSD stosowanego w leczeniu wirusowego zapalenia wątroby typu C.

Celem FDA jest zakończenie procesu rejestracji w ciągu 6 miesięcy. Również w tym roku można spodziewać się decyzji EMA. Pozytywna – będzie jednoznaczna z rejestracją leku we wszystkich 27 krajach Unii Europejskiej, w tym w Polsce.



Boceprevir jest lekiem doustnym, z nowej grupy inhibitorów proteazy, nie stosowanych dotąd w leczeniu

wzw typu C. Inhibitory proteazy dotychczas z powodzeniem stosowano w leczeniu osób zakażonych wirusem HIV. Są to substancje hamujące aktywność enzymów odpowiedzialnych za namnażanie się wirusów.

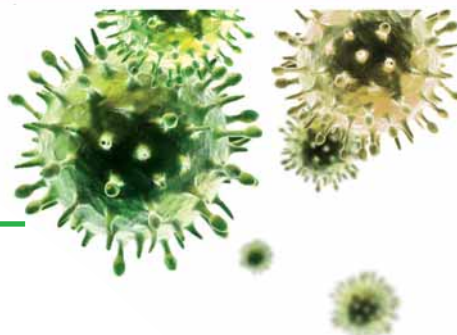
Wyniki badań klinicznych będące podstawą do złożenia wniosków rejestracyjnych w FDA i EMA pokazują wysoką skuteczność bocepreviru w leczeniu wzw C z genotypem 1, w kombinacji z terapią standardową u pacjentów dorosłych wcześniej nieleczonych lub leczonych nieskutecznie. ■

TK

Ośrodki diagnostyki i leczenia zakażeń HCV u dzieci

WOJEWÓDZTWO DOLNOŚLĄSKIE	
SPSK 1 Klinika Pediatrii i Chorób Infekcyjnych ul. Bujwida 44, Wrocław	tel. (71) 770 31 59
WOJEWÓDZTWO KUJAWSKO-POMORSKIE	
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Katedra i Klinika Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii ul. M. Skłodowskiej-Curie 9, Bydgoszcz	tel. (52) 585 48 50 tel. (52) 585 40 86
Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny ul. Św. Floriana 12, Bydgoszcz	tel. (52) 325 56 00
Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny ul. Krasińskiego 4/4a, Toruń	tel. (56) 658 25 14
WOJEWÓDZTWO ŁÓDZKIE	
Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki II Klinika Pediatrii ul. Rzgowska 281/289 Łódź	tel. (42) 271 16 73 tel. (42) 271 16 29
Szpital im. Biegańskiego Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych Oddział Zakaźnych Dzieci ul. Kniaziewicz 1/5, Łódź	tel. (42) 251 62 30
WOJEWÓDZTWO MAŁOPOLSKIE	
KSS im. Jana Pawła II, Oddział Chorób Infekcyjnych Dzieci i Hepatologii Dziecięcej, Wojewódzka Poradnia Chorób Infekcyjnych Dzieci i Hepatologii Dziecięcej ul. Prądnicka 80, Kraków	tel. (12) 614 34 66 tel. (12) 614 23 80
WOJEWÓDZTWO MAZOWIECKIE	
Instytut-Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka al. Dzieci Polskich 20, Warszawa	tel. (22) 815 73 84
Wojewódzki Szpital Dziecięcy im. Brudzińskiego ul. Konopnickiej 65, Dziekanów Leśny	tel. (22) 751 12 15 tel. (22) 751 30 92
Klinika Chorób Zakaźnych Wieków Dziecięcego ul. Wolska 37, Warszawa	tel. (22) 335 52 53
WOJEWÓDZTWO PODLASKIE	
Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny im. Zamenhafa Klinika Chorób Dzieci ul. Waszyngtona 17, Białystok	tel. (85) 745 05 00
WOJEWÓDZTWO POMORSKIE	
Katedra i Klinika Pediatrii, Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego ul. Nowe Ogrody 1-6, Gdańsk	tel. (58) 302 25 91
Pomorskie Centrum Chorób Zakaźnych i Gruźlicy Oddział Dziecięcy ul. Smoluchowskiego 18, Gdańsk	tel. (58) 341 40 41 wew. 250, 253

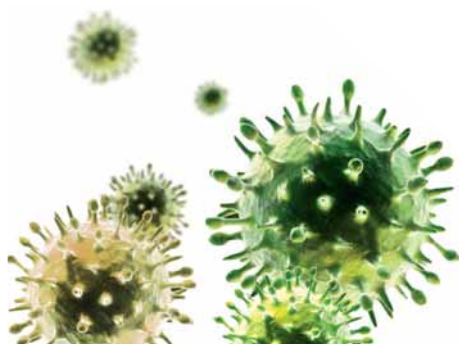
WOJEWÓDZTWO ŚLĄSKIE	
Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych Poradnia Hepatologiczna al. Legionów 49, Bytom	tel. (32) 281 92 41 tel. (32) 281 92 42 tel. (32) 281 92 43
Śląskie Centrum Pediatrii Poradnia Hepatologiczna (Gastroenterologii) ul. 3-go Maja 13-15, Zabrze	tel. (32) 370 43 34
WOJEWÓDZTWO ŚWIĘTOKRZYSKIE	
Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy Oddział Hepatologiczno-Gastroenterologiczny ul. Langiewicza 2, Kielce	tel. (41) 361 55 25 wew. 217
WOJEWÓDZTWO WARMIŃSKO-MAZURSKIE	
Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy ul. Żołnierska 18 A, Olsztyn	tel. (89) 539 32 00 tel. (89) 539 32 01
WOJEWÓDZTWO WIELKOPOLSKIE	
SPSK nr 5 AM im. Jonschera Poradnia WZW dla dzieci ul. Szpitalna 27/33, Poznań	tel. (61) 849 14 30
Klinika Chorób Zakaźnych i Neurologii Dziecięcej Akademia Medyczna w Poznaniu ul. Szpitalna 27/33, Poznań	tel. (61) 849 13 62
Specjalistyczny ZOZ nad Matką i Dzieckiem Oddział Chorób Zakaźnych ul. Nowowiejska 56/58 Poznań	(61) 859 03 36
WOJEWÓDZTWO ZACHODNIOPOMORSKIE	
SP Wojewódzki Szpital Zespolony im. M. Skłodowskiej, Oddział Dziecięcy ul. Arkońska 4, Szczecin	tel. (91) 454 10 07 wew. 442
Szpital Wojewódzki im. M. Kopernika Oddział Chorób Zakaźnych Dzieci ul. Chałubińskiego 7, Koszalin	tel. (94) 348 84 00



Ośrodki diagnostyki i leczenia zakażeń HCV u dorosłych

WOJEWÓDZTWO DOLNOŚLĄSKIE	
Szpital Miejski ZOZ, Oddział Chorób Zakaźnych ul. Jeleniogórska 4, Bolesławiec Śląski	tel. (75) 738 00 00
Specjalistyczny Szpital Zespolony Oddział Chorób Zakaźnych ul. Stefana Batorego 4, Wałbrzych	tel. (74) 842 34 31
Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby i Naby- tych Niedoborów Odporności AM we Wrocławiu Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Grodzkiego, ul. Koszarowa 5, Wrocław	tel. (71) 325 52 42
WOJEWÓDZTWO KUJAWSKO-POMORSKIE	
Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych i Hepatologii Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy ul. Św. Floriana 12, Bydgoszcz	tel. (52) 325 56 00
Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny ul. Krasieńskiego 4/4A, Toruń	tel. (56) 658 25 60
WOJEWÓDZTWO LUBELSKIE	
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Oddział Obserwacyjno- Zakaźny ul. Warszawska 15, Biała Podlaska	tel. (83) 342 81 47
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 Klinika Chorób Zakaźnych ul. Staszica 16, Lublin	tel. (81) 534 94 10
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Jana Bożego, Klinika Chorób Zakaźnych ul. Biernackiego 9, Lublin	tel. (81) 740 27 00
SP ZOZ w Łukowie, Oddział Obserwacyjno-Zakaźny ul. Rogalińskiego 3, Łuków	tel. (25) 798 20 01
Szpital Miejski ul. Bema 1, Puławy	tel. (81) 886 42 91
WOJEWÓDZTWO LUBUSKIE	
SP ZOZ im. K. Marcinkowskiego, Oddział Chorób Zakaźnych ul. Żyty 2, Zielona Góra	tel. (68) 325 42 61
WOJEWÓDZTWO ŁÓDZKIE	
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Biegańskiego w Łodzi, Poradnia Hepatologiczna ul. Kniaziewicza 1/5, Łódź	tel. (42) 251 62 53
WOJEWÓDZTWO MAŁOPOLSKIE	
Katedra Gastroenterologii, Hepatologii i Chorób Zakaźnych jk Collegium Medicum UJ w Krakowie ul. Śniadeckich 5, Kraków	tel. (12) 424 73 40
KSS im. Jana Pawła II, Oddział WZW Wojewódzka Poradnia Wirusowego Zapalenia Wątroby ul. Prądnicka 80, Kraków	tel. (12) 614 20 15 tel. (12) 614 22 80
Szpital Specjalistyczny im. S. Żeromskiego Oddział Obserwacyjno-Zakaźny os. Na Skarpie 66, Kraków	tel. (12) 644 01 44 wew. 502
Zespół Opieki Zdrowotnej w Dąbrowie Tarnowskiej, Oddział Obserwacyjno-Zakaźny ul. Szpitalna 1, Dąbrowa Tarnowska	tel. (14) 644 32 88
Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie, Oddział Obserwacyjno-Infekcyjny ul. Wrocławska 1-3, Kraków	tel. (12) 630 82 44
WOJEWÓDZTWO MAZOWIECKIE	
Specjalistyczny Szpital Wojewódzki ul. Powstańców Wielkopolskich 2, Ciechanów	tel. (23) 673 04 31
SZPZOZ im. dr Józefa Psarskiego ul. Sienkiewicza 58, Ostrołęka	tel. (29) 765 12 42
Wojewódzki Szpital Zespolony ul. Medyczna 19, Płock	tel. (24) 364 62 16
Radomski Szpital Specjalistyczny ul. Tochtermiana 1, Radom	tel. (48) 361 54 74
Wojewódzki Szpital Zakaźny ul. Wolska 37, Warszawa	tel. (22) 335 52 35 tel. (22) 335 53 32
Wojskowy Instytut Medyczny ul. Szaserów 128, Warszawa	tel. (22) 681 75 19 tel. (22) 681 61 82
Szpital MSWiA ul. Wołoska 137, Warszawa	tel. (22) 508 18 50
WOJEWÓDZTWO OPOLSKIE	
Szpital Wojewódzki, Oddział Chorób Zakaźnych ul. Kośnego 53a, Opole	tel. (77) 443 30 64

WOJEWÓDZTWO PODKARPACKIE	
Szpital ZOZ, Oddział Obserwacyjno-Zakaźny ul. Krakowska 91, Dębica	tel. (14) 670 36 21
Szpital Powiatowy im. Edmunda Biernackiego Obserwacyjno-Zakaźny ul. Żeromskiego 22, Mielec	tel. (17) 78 00 391
Szpital ZOZ, Oddział Obserwacyjno-Zakaźny ul. Paderewskiego 5, Łańcut	tel. (17) 224 02 92 tel. (17) 224 02 23
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej, Oddział Chorób Zakaźnych, ul. 800-lęcia 26, Sanok	tel. (13) 464 51 47
Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu Oddział Obserwacyjno-Zakaźny, ul. 3 Maja 70, Jarosław	tel. (16) 621 54 21 wew. 211
Szpital Specjalistyczny w Jasle Oddział Obserwacyjno-Zakaźny i WZW ul. Lwowska 22, Jasło	tel. (13) 443 75 29
WOJEWÓDZTWO PODLASKIE	
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. K. Dłuskiego ul. Żurawia 14, Białystok	tel. (85) 740 94 48
WOJEWÓDZTWO POMORSKIE	
Pomorskie Centrum Chorób Zakaźnych i Gruźlicy ul. Smoluchowskiego 18, Gdańsk	tel. (58) 341 40 41 wew. 303
WOJEWÓDZTWO ŚLĄSKIE	
Szpital Specjalistyczny nr 1, Oddział Obserwacyjno-Zakaźny al. Legionów 49, Bytom	tel. (32) 281 92 41 wew. 210, 213
Szpital Specjalistyczny Katedra i Oddział Kliniczny Chorób Zakaźnych ul. Zjednoczenia 10, Chorzów	tel. (32) 349 93 88 tel. (32) 349 93 82
ZZOZ Szpital Miejski nr 2, Oddział Obserwacyjno-Zakaźny ul. Katowicka 1, Cieszyń	tel. (33) 852 05 46 wew. 142
WSZ im. prof. W. Orłowskiego, Oddział Chorób Zakaźnych ul. PCK 1, Częstochowa	tel. (34) 325 26 11 wew. 273, 272
Szpital Rejonowy im. dr. J. Rostka Oddział Obserwacyjno-Zakaźny ul. Bema 5, Racibórz	tel. (32) 755 50 25 tel. (32) 755 53 70 tel. (32) 755 53 73
WSS nr 5 im. Św. Barbary Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych Pl. Medyków 1, Sosnowiec	tel. (32) 368 20 00
WSS im. prof. J. Gasińskiego, Poradnia Hepatologiczna ul. Edukacji 102, Tychy	tel. (32) 325 43 03 tel. (32) 325 43 04
WOJEWÓDZTWO ŚWIĘTOKRZYSKIE	
Wojewódzki Szpital Zespolony, Oddział Obserwacyjno- Zakaźny ul. Radiowa 7, Kielce	tel. (41) 363 71 31
Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej w Starachowicach Oddział Chorób Zakaźnych ul. Radomska 70, Starachowice	tel. (41) 274 54 43 tel. (41) 273 93 20
WOJEWÓDZTWO WARMIŃSKO-MAZURSKIE	
SPZOZ im. Jana Pawła II, Poradnia Chorób Zakaznych ul. Żeromskiego 22, Elbląg	tel. (55) 230 42 05
SNZOZ „Vita”, Poradnia Chorób Zakaźnych ul. Kochanowskiego 68a, Elk	tel. (87) 620 05 45
SPZOZ ul. Warszawska 41, Giżycko	tel. (87) 429 66 93
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Poradnia WZW ul. Żołnierska 16A, Olsztyn	tel. (89) 538 65 07 tel. (89) 538 65 08
WOJEWÓDZTWO WIELKOPOLSKIE	
SP Szpital Wojewódzki nr 2 Poradnia Chorób Wątroby ul. Warszawska 48, Gorzów Wielkopolski	tel. (95) 733 17 84
Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. J. Strusia Poradnia Hepatologiczna ul. Szwajcarska 3, Poznań	tel. (61) 873 92 97
Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. J. Strusia Oddział Zakaźny ul. Szwajcarska 3, Poznań	tel. (61) 873 93 76
WOJEWÓDZTWO ZACHODNIOPOMORSKIE	
Szpital Wojewódzki im. M. Kopernika Oddział Chorób Zakaźnych ul. Chałubińskiego 7, Koszalin	tel. (94) 348 84 00
Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie ul. Arkońska 4, Szczecin	tel. (91) 454 10 07 wew. 442



Służba Zdrowia

