

Małgorzata Chowaniec, Czesław Chowaniec, Christian Jabłoński, Agnieszka Nowak

Sądowo-lekarska ocena wybranych przypadków komplikacji okołoporodowych zakończonych zgonem położnic.

Błąd medyczny czy niepowodzenie lecznicze?

Medico-legal estimation of chosen cases of perinatal complications resulting in death of the woman during childbirth. Medical error or therapeutic failure?

Z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach
Kierownik: dr hab. Zofia Olszowy

Sądowo-lekarska ocena postępowania lekarskiego w przypadkach wystąpienia komplikacji okołoporodowych, zwłaszcza zakończonych zgonem położnic, jest zazwyczaj bardzo trudna. Autorzy dokonali analizy dokumentacji lekarskiej wraz z wynikami badań sekcyjnych i histopatologicznych w wybranych przypadkach z kazuistyki Zakładu Medycyny Sądowej ŚAM. Określając zakres podjętego postępowania leczniczo-diagnostycznego oraz terapeutyczno-decyzyjnego w okresie okołoporodowym zwrócono szczególną uwagę na normatywność postępowania lekarskiego, istniejące zwiększone potencjalne ryzyko lecznicze, w tym obejmujące możliwość „normalnych, typowych” powikłań i komplikacji zdrowotnych – w odniesieniu do zakresu i granic odpowiedzialności zawodowej i karnej lekarzy. Przedstawione przypadki zgonów położnic będą kolejnym głosem, w szerokiej zapewne dyskusji, na temat błędu medycznego, a także próbą ujednoczenia i rozgraniczenia pojęć błędu lekarskiego oraz niepowodzenia leczniczego powstałego w granicach przyjętego ryzyka leczniczego.

Medico-legal estimation of therapeutic management in cases of perinatal complications, especially those resulting in death of the women during childbirth is usually very difficult. The authors have investigated medical documentation supported by the results of autopsies of cases chosen from the casuistry of the Forensic Medicine Department, Medical University of Silesia, Katowice. Considering the limits of professional liability and legal

responsibility of physicians, close attention was paid to standard therapeutic management and increased risk in treatment with regard to that relating to typical salubrious complications. The presented cases of deaths of women during childbirth can be the succeeding opinion in broad discussion on medical errors as well as an attempt to standardise and differentiate the medical error from therapeutic failure which occurred within the reach of risk in the undertaken treatment.

Słowa kluczowe: opiniowanie sądowo-lekarskie, błąd medyczny, niepowodzenie lecznicze, komplikacje okołoporodowe, zgon położnicy
Key words: medico-legal opinion, medical error, therapeutic failure, perinatal complications, death of woman in childbirth

Praktyka orzecznicza Zakładów Medycyny Sądowej wskazuje na utrzymujący się w ostatnich latach stały wzrost spraw dotyczących oceny prawidłowości postępowania lekarskiego. Może to być skutkiem zarówno wzrostu niezadowolenia chorych z jakości leczenia i dostępności do procedur leczniczych, jak również wzrostu świadomości prawnej pacjentów, którzy mają możliwość dochodzenia swoich praw na drodze postępowania sądowego.

Wśród wielu specjalności medycznych, w których zachodzi podejrzenie popełnienia błędu medycznego, najwięcej przypadków dotyczy dyscyplin zabiegowych – chirurgii oraz ginekologii i położnictwa. Wydane w ostatnich latach przez Zakład Medycyny Sądowej ŚAM w Katowicach opinie, dotyczące oceny postępowania lekarskiego, wskazują ponadto, że ginekologia, a zwłaszcza położnictwo, dominują w liczbie uznanych błędów wśród innych specjalności lekarskich, przy czym najczęściej chodziło o błędne decyzje operacyjne [1, 2, 3, 6].

Wolno sądzić, że, poza gronem specjalistów z zakresu medycyny sądowej, pojęcie „błąd w sztuce lekarskiej” powszechnie nie jest w pełni rozumiane i właściwie interpretowane. W szczególności w odniesieniu do pacjentów i ich rodzin każda sytuacja, kiedy chorego nie udało się wyleczyć, ewentualnie w przebiegu leczenia wystąpiły powikłania pomniejszające oczekiwany efekt terapeutyczny, odbierana jest jako zawiniony błąd popełniony przez lekarza [4, 5].

Podjmując dyskusję na temat błędu medycznego przedstawiamy wybrane 3 przypadki wystąpienia komplikacji okołoporodowych zakończonych zgonem położnic. Będą one kolejnym głosem w próbie ujednoczenia i rozgraniczenia pojęć błędu lekarskiego oraz niepowodzenia leczniczego powstałego w granicach przyjętego ryzyka leczniczego.

PRZYPADEK 1.

Ciężarna 32-letnia M. S. w dn. 17.01.2003 r. została przyjęta do Oddziału ginekologiczno-położniczego z rozpoczętą akcją porodową. W rozpoznaniu przy przyjęciu wpisano: ciąża druga 40 Hbd, poród drugi. Pierwsza ciąża w 1998 r. rozwiązana przez cięcie cesarskie – ze względu na położenie pośladkowe płodu. Wobec braku wskazań do cięcia cesarskiego (poza ewentualnie poprzednim rozwiązaniem operacyjnym) uznano, iż obecnie poród może odbyć się siłami natury. O godz. 10⁰⁰ pacjentkę przekazano na salę porodową. O godz. 12¹⁵ pękł pęcherz płodowy, wody płodowe były czyste. O godz. 13⁰⁰ wobec objawów zagrażającej zmartwicy wewnątrzmacicznej płodu podjęto decyzję o założeniu próżnościągu. W trakcie prowadzenia porodu doszło 2-krotnie do odessania peloty. Po trzecim założeniu próżnościągu urodził się żywy noworodek płci męskiej, którego stan oceniono na 4/7 pkt. w skali Apgar. Po podaniu meterginy nastąpiło urodzenie kompletnego popłodu. W znieczu-

leniu ogólnym dożylnym wykonano szycie szyjki macicy oraz pochwy. Stan ogólny położnicy był dobry. O godz. 13⁴⁵ pacjentka została przewieziona na salę poporodową. Około godz. 14¹⁵ stwierdzono pogorszenie stanu pacjentki, wystąpiły sinica obwodowa i objawy wstrząsu krwotocznego. Badaniem we wziernikach nie stwierdzono krwawienia, macica była twarda, kulista, obkurczona. Podłączono w kroplówce płyny infuzyjne zaś po 10-ciu minutach, wobec wysuniętego podejrzenia pęknięcia macicy w bliźnie po dawniejszym cięciu cesarskim, w trybie doraźnym ze wskazań życiowych wykonano laparotomię. Śródoperacyjnie stwierdzono rozwarstwienie blizny mięśnia macicy na długości 3 cm oraz około 200 ml krwistej treści w jamie otrzewnej, a także uniesienie pęcherza moczowego przez krwiak o objętości około 250 ml. Mięsień macicy zeszyto uzyskując pełną hemostazę i przywrócenie ciągłości mięśnia. Macica była obkurczona, założono dren w jamie otrzewnej. O godz. 16¹⁵ u pacjentki doszło do zwolnienia akcji serca i ostatecznie zatrzymania krążenia. Podjęto natychmiast akcję reanimacyjną, która była skuteczna. O godz. 16⁴⁵ wystąpiło nasilone krwawienie z dróg rodnych, podano meterginę i oksytocynę, po czym podjęto decyzję o powtórny otwarcie jamy brzusznej. Macica była wiotka, a w jamie otrzewnej nie stwierdzono krwi. Wobec atonii macicy podjęto decyzję o amputacji – ekstyrpacji macicy bez przydatków. Zabieg operacyjny wykonano w sposób typowy, po uprzednim podkłuciu, podwiązaniu i odcięciu naczyń macicznych. Ponieważ utrzymywało się okresowo nasilające się krwawienie z przypochwia i okolicy podpęcherzowej zastosowano obszycie i tamponadę miednicy małej. Nie udało się jednak uzyskać hemostazy. Podjęto wówczas decyzję o podwiązaniu tętnic biodrowych wewnętrznych. Obustronnie odpreparowano i podwiązano tętnice biodrowe wewnętrzne. W trakcie zabiegu doszło do uszkodzenia żyły biodrowej zewnętrznej – które ze względu na bardzo skąpe krwawienie i warunki pola operacyjnego początkowo nie zostało rozpoznane. W dalszym etapie wykonano tamponadę krwawiącego miejsca, a wezwany do pomocy chirurg naczyniowy zaopatrzył naczynia krwionośne. Zabieg naczyniowy musiał być poszerzony o wykonanie pomostu żylnego z zastosowaniem żyły odpiszczkowej. O godz. 5²⁰ dnia 18.01.2003 r. stwierdzono ponowne obfite krwawienie z pochwy, które udało się zahamować poprzez założenie tamponady pochwy chustami chirurgicznymi. Pacjentka w stanie ogólnym skrajnie ciężkim, z objawami nasilonego wstrząsu krwotocznego została przekazana do Oddziału Intensywnej Terapii. Następnego dnia tj. 19.01.2003 r. dokonano rewizji rany operacyjnej

i resekowano fragment jelita cienkiego z powodu jego martwicy. W nocy z 19/20.01.2003 r. nastąpił zgon pacjentki.

Przeprowadzone oględziny i sekcja zwłok M. S. wykazały: stan po odbytych niedawno porodzie oraz przeprowadzonych zabiegach operacyjnych w postaci ekstypacji macicy i resekcji części jelita cienkiego, podwiązania tętnic biodrowych wewnętrznych, zaopatrzenia uszkodzenia żyły biodrowej zewnętrznej prawej z uzupełnieniem żyłą kończyny dolnej, a ponadto włóknikowe zapalenie opłucnej płuca lewego, cechy rozpoczynającego się zapalenia płuc, włóknikowe zapalenie otrzewnej oraz zator powietrzny serca.

Badanie histopatologiczne potwierdziło rozpoznanie sekcyjne.

Na podstawie wyniku oględzin i sekcji zwłok oraz dokumentacji lekarskiej przyjęto, iż przyczyną zgonu M. S. stały się zaistniałe komplikacje po odbytych porodzie w postaci częściowego rozejścia się bliźny po wcześniejszym cięciu cesarskim, atonii macicy i krwotoku z cechami zaburzeń krzepliwości krwi w przebiegu zespołu wykrzepiania wewnątrznaczyniowego /DIC/, których pomimo intensywnego leczenia zabiegowego i zachowawczego nie udało się opanować i ostatecznie ostra niewydolność krążenia spowodowana zatorem powietrzny serca.

Analizując przypadek 32-letniej położnicy nie można było dopatrzeć się uchwytnych przesłanek wskazujących na popełniony błąd medyczny. Postępowanie lecznicze było normatywne, odpowiednio zintensyfikowane, wielokierunkowe i mieściło się w granicach przyjętego ryzyka, które w konkretnym przypadku miało charakter poszerzony. Złożoność przebiegu klinicznego tego przypadku, charakter zaistniałych komplikacji okołoporodowych, które doprowadziły do zgonu położnicy – w naszej ocenie nie obciążały personelu medycznego. W całości zaistniały przypadek należało rozpatrywać w kategoriach niepowodzenia leczniczego, któremu odpowiednio wcześniej nie można było skutecznie zapobiec.

PRZYPADEK 2.

40-letnia E. S. w godzinach popołudniowych dnia 22.12.2001 r. została przyjęta do Oddziału ginekologiczno-położniczego szpitala miejskiego z rozpoczętą akcją porodową. W godzinach wieczornych położnica urodziła drogami natury zdrowego, donoszonego syna o masie 3900 g. Bezpośrednio po porodzie wystąpił obfity krwotok z dróg rodnych. Rozpoznano, że przyczyną krwotoku było pęknię-

cie szyjki macicy. Uszkodzenie zostało zaopatrzone chirurgicznie szwami, a następnie wykonano instrumentalną kontrolę jamy macicy. Po krótkim czasie od zabiegu u położnicy wystąpiły objawy gwałtownie narastającego wstrząsu hypowolemicznego. Mimo włączonego bezzwłocznie intensywnego leczenia przeciwwstrząsowego doszło do nagłego zatrzymania krążenia. Po akcji reanimacyjnej uzyskano przywrócenie akcji serca. Następnie karetką „R” pacjentka została przewieziona do Oddziału Intensywnej Terapii w sąsiednim mieście. Przy przyjęciu do OIOM-u E. S. była w stanie skrajnie ciężkiej, bez własnego oddechu i bez oznaczalnego ciśnienia krwi na dużych tętnicach. Podjęta w warunkach Izby przyjęć akcja reanimacyjna okazała się nieskuteczna.

Z dalszych informacji wynikało, że w dniu porodu E. S. dyżur w Oddziale położniczym pełniła lekarka posiadająca specjalizację I stopnia z zakresu ginekologii i położnictwa oraz lekarka-stażystka.

Badanie sekcyjne zwłok E. S. wykazało: stan po nacięciu i zszyciu krocza, obecność znacznej ilości (ok. 1500 ml) krwi w jamie otrzewnowej, zaopatrzone luźno dwoma pojedynczymi szwami chirurgicznymi pęknięcie szyjki macicy po stronie prawej oraz masywnie podbiegnięte krwią i nie zaopatrzone rozzerwanie szyjki macicy po stronie lewej biegnące w kierunku dna macicy dł. 6 cm. W górnej części pęknięcie perforowało przez ścianę macicy do jamy brzusznej. Błona wewnętrzna macicy wykazywała cechy świeżo przeprowadzonej, dokładnej abrazji. Ponadto stwierdzono wybitną błądność powłok, brak plam opadowych oraz bardzo wyraźne cechy anemizacji narządów wewnętrznych.

Rozpoznanie sekcyjne zostało potwierdzone badaniem histopatologicznym.

Wynik badania sekcyjnego oraz przebieg kliniczny zdarzenia wskazywały, że kontrola dróg rodnych po porodzie była niedokładna. Lokalizacja i charakter uszkodzeń macicy przemawiały za tym, że w czasie abrazji doszło do poszerzenia nierozpoznanego, a zaistniałego w czasie porodu, rozległego pęknięcia szyjki macicy, a następnie perforacji ściany macicy połączonego z krwotokiem wewnętrznym. Postępowanie lekarskie nosiło cechy błędności polegającej na nie rozpoznaniu faktycznego zakresu uszkodzeń porodowych w zakresie szyjki macicy, a następnie nie rozpoznaniu perforacji macicy, do której doszło podczas zabiegu abrazji jamy macicy. Błędne postępowanie lekarskie skutkowało wyjściowo narażeniem pacjentki na niebezpieczeństwo utraty życia, a ostatecznie doprowadziło do zgonu położnicy.

Dodatkowo za uchybienie wyczerpujące znamię błędu organizacyjnego – uznać można powierze-

nie pełnienia dyżuru lekarce posiadającej jedynie I stopień specjalizacji z zakresu ginekologii i położnictwa.

PRZYPADEK 3.

W dniu 14.01.2003 r. do Oddziału położniczo-ginekologicznego Szpitala Rejonowego zgłosiła się będąca w 39 tyg. ciąży 34-letnia R. F. Przyjęcie do oddziału odbyło się w trybie planowym, zaś ciąża miała zostać rozwiązana cięciem cesarskim z powodu schorzenia narządu wzroku – krótkowzroczności oraz stanu po cięciu cesarskim przed 5 laty. W dniu 15.01. w godzinach rannych przeprowadzono w sposób typowy zabieg cięcia cesarskiego, z cięcia podłużnego w uprzedniej bliźnie pooperacyjnej, zabieg wykonano w znieczuleniu zewnątrzoponowym. Urodził się żywy zdrowy noworodek płci żeńskiej, o masie 4200 g, stan ogólny dziecka był dobry. Po przekazaniu pacjentki do sali poporodowej wystąpiła atonia macicy. Podjęto wszelkie dostępne metody farmakologiczne i fizykalne leczenia zachowawczego, które jednak nie przyniosły efektu. Wobec nasilającego się krwotoku poporodowego w godzinach wieczornych podjęto decyzję o amputacji macicy. Po zabiegu operacyjnym usunięcia macicy, pacjentkę w stanie ogólnym ciężkim przewieziono do Oddziału Intensywnej Terapii Szpitala Wojewódzkiego. Tam, pomimo prowadzonego wielokierunkowego, intensywnego leczenia farmakologicznego nie uzyskano poprawy stanu zdrowia pacjentki. Obserwowano nasilające się zaburzenia narządowe, doszły powikłania ze strony układu oddechowego, pacjentka wysoko gorączkowała, tor gorączki był wyraźnie septyczny. W dniu 26.01. R. F. zmarła.

Przeprowadzone oględziny i sekcja zwłok R. F., kobiety otyłej (około 45 kg nadwagi, BMI – 40), wykazały: stan po niedawno przeprowadzonym cięciu cesarskim oraz usunięciu macicy bez przydatków, ograniczone włóknikowo-ropne zapalenie otrzewnej w obrębie miednicy małej, ropne zapalenie oskrzeli i oskrzelików z cechami obustronnego ropnego odoskrzelowego zapalenia płuc, obrzęknięcie septyczne śledziony, zapalenie błony śluzowej pęcherza moczowego, masywny obrzęk mózgu oraz cechy septycznego uszkodzenia narządów wewnętrznych, a ponadto stan po dawniejszych zabiegach operacyjnych usunięcia pęcherzyka żółciowego i wyrostka robaczkowego.

Na podstawie badania sekcyjnego i uzupełniającego badania histopatologicznego oraz informacji zawartych w dostępnej dokumentacji medycznej przyjęto, że przyczyną zgonu R. F. stały się

komplikacje po rozwiązaniu ciąży przez cięcie cesarskie w postaci atonii macicy i krwotoku z dróg rodnych a następnie po ekstirpacji macicy o charakterze zapalenia otrzewnej i posocznicy.

Poddając ocenie podjęte wobec R. F. postępowanie lekarskie uznaliśmy, że było ono prawidłowe. Istniały wskazania medyczne ze strony matki do rozwiązania ciąży przez cięcie cesarskie. Zabieg został wykonany w sposób normatywny. Wystąpienie atonii macicy, skutkujące obfitym, przedłużającym się i nie dającym się opanować krwotokiem z dróg rodnych, uzasadniało podjęcie decyzji o usunięciu macicy. Dalsze powikłania, jakie wystąpiły w omawianym przypadku również nie obciążały naszym zdaniem lekarzy leczących, natomiast mieściły się w pojęciu niepowodzenia leczniczego.

Przedstawione przypadki charakteryzuje wysokie ryzyko lecznicze pomocy położniczej, zwłaszcza w ostatnich okresach porodu i wczesnym okresie poporodowym, często wynikające z nasilenia dynamiki porodu, wystąpienia nagłych komplikacji i związanego z tym zwiększonego zagrożenia kobiety rodzącej i płodu.

Określając zakres podjętego postępowania leczniczo-diagnostycznego oraz szerzej decyzyjnego w okresie okołoporodowym należy zwrócić szczególną uwagę na normatywność postępowania lekarskiego, istniejące zwiększone potencjalne ryzyko lecznicze, w tym obejmujące możliwość „normalnych, typowych” powikłań i komplikacji zdrowotnych. Ocena taka będzie szerzej rzutować na określenie granicy odpowiedzialności lekarzy.

W tym miejscu przywołać można definicję błędu lekarskiego podaną przez prof. Leona Wachholza: *„Lekarz popełnia i odpowiada za błąd sztuki, jeśli można go było uniknąć przy zwykłych a nie nadzwyczajnych wiadomościach i zręcznościach oraz jeśli był on wynikiem należytego namysłu a nie działania nagłego”*.

Rozpatrując pojęcie niepowodzenia leczniczego stwierdzić należy, że nie nosi ono cech błędności w postępowaniu leczniczym, chociaż pacjent nie został wyleczony, mógł doznać ciężkiego uszczerbku na zdrowiu związanego z procesem leczenia, nawet skutkującego zgonem. W związku z tym należałoby dokonać możliwie jednoznacznego rozgraniczenia pojęć błędu medycznego oraz niepowodzenia leczniczego, ze szczególnym uwzględnieniem aby w szerokim odbiorze społecznym zaistniała świadomość, iż nie każdy proces leczniczy na pewno przyniesie pomyślny efekt. Nawet najbardziej prawidłowe i wyczerpujące, zgodne z obowiązującą wiedzą medyczną postępowanie lekarskie niesie za sobą nieuniknione, zróżnicowane co do stopnia, ryzyko niepowodzenia. Ma ono wówczas cha-

rakter zdarzenia niepożądanego, nierzadko nie dającego się do końca przewidzieć, któremu często skutecznie nie można zapobiec. Ze wszech miar słusznym byłoby podjęcie działań zmierzających do akceptacji ryzyka i niepowodzenia leczniczego – jako pojęć nierozdzielnie związanych z szeroko rozumianymi procedurami medycznymi i działalnością lekarską przez pacjentów oraz lekarzy, a także prawników. Jak to wynika z naszych obserwacji – w toczących się przed sądami powszechnymi postępowaniach – zazwyczaj nie uznaje się pojęcia niepowodzenia leczniczego ani też zwiększonego ryzyka mieszczącego się jednak w dopuszczalnych dla danego przypadku granicach. Postępowania karne, a zwłaszcza cywilno-odszkodowawcze charakteryzuje znaczna przewłoczność, co dodatkowo prowadzi do zwiększenia poczucia krzywdy i zainicjowania zaburzeń o charakterze nerwicy roszczeniowej, a przez to do braku satysfakcjonującego zadośćuczynienia.

W naszym przekonaniu istnieje potrzeba wzmocnienia głosu środowiska medycznego, ażeby w odbiorze społecznym nastąpiło wyraźne rozgraniczenie niepowodzenia leczniczego, a przez to braku spodziewanego czy wręcz oczekiwanego efektu terapeutycznego od często nadużywanych w mediach, a na pewno zdecydowanie przedwczesnych oskarżeń o popełnienie błędu lekarskiego, nierzadko opatrzonych dodatkowym komentarzem o istniejącej zмовie milczenia środowiska medycznego.

PIŚMIENNICTWO

1. Baran E.: Błąd medyczny w opiniach Zakładu Medycyny Sądowej CM UJ w Krakowie w sprawach karnych w latach 1990-94, Arch. Med. Sąd. i Krym., 1995, 45, 2, 173-179.
2. Kabiesz-Neniczka St.: Opiniowanie sądowo-lekarskie w sprawie błędu lekarskiego w materiale Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Śląskiej AM w Katowicach. Arch. Med. Sąd. i Krym., 2000, 50, 1, 49-56.
3. Kordel K., Łabęcka M.: Opiniowane przypadki podejrzenia popełnienia błędu medycznego w ginekologii i położnictwie w poznańskim Zakładzie Medycyny Sądowej w latach 1997-1999 z uwzględnieniem kazuistyki. Postępy Medycyny Sądowej i Kryminologii, t. VI, Wrocław, 2001, 91-101.
4. Marek Z.: Błąd medyczny w położnictwie. Ginekologia Polska, 1984, nr 8-3.
5. Nasiłowski Wł., Szczepański J.: Błąd lekarski rozpatrywany w granicach odpowiedzialności zawodowej. Arch. Med. Sąd i Krym., 1997, 47, 2, 99-105.
6. Szczepański J., Nasiłowski Wł.: Ocena wybranych przypadków położniczych z zarzutem popełnienia błędu leczniczego, Zeszyty Naukowe nr 9, Wyd. Kat. i Zakł. Med. Sąd. Katowice, 1998.

Adres autora:
Katedra Medycyny Sądowej
Śląskiej Akademii Medycznej
ul. Medyków 18
40-752 Katowice
e-mail medsad @ slam. katowice.pl