

Wyrok ważny dla każdego ginekologa

The judgement, that should be important for every ob-gyn

Radosław Tymiński¹, Beata Rebizant²

¹Kancelaria r.p. Radosław Tymiński w Warszawie

²II Klinika Położnictwa i Ginekologii CMKP, Warszawa

Streszczenie

W artykule wskazano, że orzecznictwo sądowe istotnie wpływa na wykonywanie zawodu lekarza o specjalności ginekologia i położnictwo. W prezentowanym orzeczeniu wskazano kilka kwestii, które każdy ginekolog-położnik powinien wziąć pod uwagę. Przede wszystkim wyeksponowano dwa wątki: funkcjonowania w Polsce różnych standardów zawodowych, które w razie sporu sądowego mają kluczowe znaczenie, oraz przesłanek, którymi powinien kierować się lekarz, rozważając decyzję o sposobie ukończenia porodu.

Słowa kluczowe: ginekolog-położnik, wyrok; KTG; ciążarna; cesarskie cięcie

Gin. Perinat. Prakt. 2020; 5, 4: 190–192

Orzecznictwo sądowe wpływa na praktykę medyczną. Im więcej spraw, tym większe znaczenie ma to, jak sądy interpretują pewne wydarzenia i przepisy. Na stronie www.prawalekarza.pl regularnie umieszczane są informacje, jakie konsekwencje sądy wyciągają ze stwierdzonych nieprawidłowości w dokumentacji medycznej [1]. W niniejszym artykule przybliżone zostanie rozstrzygnięcie sądowe, które w opinii autorów ma niezwykle istotne znaczenie dla praktyki ginekologiczno-położniczej, tj. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 23 stycznia 2019 roku (sygn. akt I ACa 159/18).

Sprawa dotyczy opieki okołoporodowej sprawowanej nad pacjentką, która na potrzeby niniejszej pracy zostanie nazwana panią Anną. Wywiad ogólnozdrowotny jest niedostępny, zaś z uzasadnienia wyroku (opisywany stan kliniczny jest zrekonstruowany z uzasadnienia wyroku, bez dostępu do oryginalnej dokumentacji medycznej) wynika, że w trakcie ciąży pani Anna pozostawała pod opieką położniczą lekarza ginekologa od 6. tygodnia ciąży (15 października 2008 roku), a następnie w tej samej placówce odbyła jeszcze 8 wizyt, ostatnią 2 marca 2009 roku (w 26. tygodniu ciąży). Przeprowadzono wówczas u niej dwukrotnie badania USG, których wyniki były prawidłowe, oraz raz konsultację internistyczną.

W dniu 6 listopada 2008 roku (w 9. tygodniu ciąży) odnotowano krwawienie z dróg rodnych, a w dniach 15 grudnia 2008 roku (15. tydzień ciąży), 29 grudnia 2008 roku (17. tydzień ciąży) i 7 stycznia 2009 roku (18. tydzień ciąży) bóle podbrzusza. W dniu 21 stycznia 2009 roku (20. tydzień ciąży), u ciężarnej rozpoznano nadciśnienie ciążowe (RR 150/105 mm Hg) i włączono leczenie hipotensyjne – metyldopę 3 × 1 tabletką. Od marca 2009 roku (po 26. tygodniu ciąży) ciążę prowadził już inny lekarz ginekolog, który ze względu na czynność skurczową zalecił pani Annie przyjmowanie fenoterolu i dostępny bez recepty chlorowoderek drotaweryny. W dniu 13 maja 2009 roku (36 tygodni ciąży) lekarz prowadzący ciążę wykonał pacjentce KTG i odstawił fenoterol.

W dniu 15 maja 2009 roku (a więc dwa dni później), z uwagi na silne dolegliwości bólowe odczuwane w części krzyżowej kręgosłupa i brak odnotowania ruchów dziecka, pani Anna udała się do lekarza, który w związku z brakiem ruchów dziecka skierował ją do szpitala. W szpitalu wykonano badania KTG i USG, po czym odesłano pacjentkę do domu. Została poinformowana, że nie odczuwa ruchów płodu, gdyż jest to zaawansowana ciąża i dziecko ma mało miejsca. Już dzień później, tj. 16 maja 2009 roku, pani Anna ponownie zgłosiła się

Adres do korespondencji: Radosław Tymiński, Kancelaria r.p. Radosław Tymiński, Łukowska 9/lok. 126, 04–133 Warszawa
 e-mail: prawa.lekarza@gmail.com

na izbę przyjęć, gdzie położna wykonała badanie KTG. Pomimo zgłaszanych niepokojących objawów pacjentka nie została zbadana przez żadnego lekarza. W dniu 18 maja 2009 roku o godzinie 5:50 odpłynął płyn owodniowy. O godzinie 6:25 pacjentka została przyjęta do szpitala. Badanie przedmiotowe przy przyjęciu: tętno 80/min, ciepłota 36,8°C, ciśnienie tętnicze – 110/80 mm Hg, wzrost 171 cm, masa ciała 89 kg. Badanie położnicze: czynność serca płodu w normie, położenie płodu podłużne główkowe w ustawieniu lewym, napięcie macicy prawidłowe, zanikłą (zgådzoną) część pochwową szyjki macicy i jej rozwarcie 3 cm przy nieustalanej główce. Wymiary miednicy kostnej w normie. Potwierdzono również metodą przedmiotową odpływanie płynu owodniowego.

Podczas pobytu w szpitalu przeprowadzono monitorowanie kardiokograficzne – początek o godzinie 7:15, koniec o godzinie 10:27. Zapisy KTG pozwalały stwierdzić średnią częstość akcji serca płodu (FHR, *fetal heart rate*) – początkowo około 150/min, następnie 130–140/min, zmienność FHR w przeważającej większości zapisu > 5, w zapisie o godzinie 8:00–8:40 < 5, brak akceleracji, obecne deceleracje – pierwsza do 90/min, trwająca około minuty o godzinie 8:59, druga do 75/min, trwająca około pół minuty o godzinie 9:42 (wartość odbiegająca od normy). W II okresie porodu w zapisie KTG występowały najprawdopodobniej dwie deceleracje trwające około 15 sekund – pierwsza o 10:21 i kolejna o godzinie 10:23.

O godzinie 7:30 stwierdzono czynność skurczową co 5 minut, sączył się czysty płyn owodniowy, rozwarcie wynosiło 8–9 cm, główka była przyparta do wchodu. Lekarz prowadzący poród zlecił stymulację czynności skurczowej 5 jednostkami oksytocyny w 500 ml 0,9% NaCl. W kolejnym badaniu *per vaginam*, przeprowadzonym o godzinie 9:00 przez ordynatora oddziału, stwierdzono rozwarcie wynoszące 5–6 cm, zlecono domięśniowo chlorowodorek petydyny. W tym miejscu trzeba zwrócić uwagę na istotną niespójność dokumentacji medycznej, uzupełnianej przez różnych lekarzy: w badaniu około 7:30 rozwarcie miało wynosić 8–9 cm, a w badaniu około 9:00 zaledwie 5–6 cm. Tego rodzaju sytuacja wywołuje od razu pytanie o prawidłowość wpisów w dokumentacji medycznej.

W następnym badaniu z godziny 10:15, przeprowadzonym przez lekarza prowadzącego poród, stwierdzono „główka ustalona w próżni... skurcze parte, rozwarcie pełne”. O godzinie 10:30 pani Ania urodziła siłami natury syna o masie 3100 g. W pierwszej minucie życia noworodek został oceniony na 3 punkty w skali Apgar, a w trzeciej minucie – na 4 punkty. Noworodek po urodzeniu nie oddychał, w drogach oddechowych zalegała duża ilość pianistej wydzieliny, którą odessano, napięcie mięśniowe miało obniżone. Wykonywano masaże pośredni serca. Pomimo stymulacji ręcznej oddechu podczas osuszania i odsysania nosogardła stan ogólny noworodka nie

poprawił się, dlatego w 3. minucie został zaintubowany. W wyniku zastosowanego leczenia jego stan ogólny poprawił się, skóra zaróżowiła, poprawiło się napięcie mięśni, pojawił się własny oddech. Dziecko obecnie nie rozwija się prawidłowo, ma poważne ubytki neurologiczne oraz stwierdzone mózgowo porażenie dziecięce.

W sprawie łącznie wydano cztery opinie z różnych ośrodków akademickich (Łódź, Kraków, Poznań, Lublin), z których każda zawierała odmienne stwierdzenia w zakresie popełnienia przez lekarzy błędów na kolejnych etapach postępowania medycznego. Ostatecznie, ze względów proceduralnych, sąd oparł się wyłącznie na opinii z Poznania, w przypadku pozostałych:

- opinię z Łodzi pominięto, ponieważ została złożona w postępowaniu karnym, a ówczesne przepisy nie pozwalały na uznanie opinii z postępowania karnego za dowód w postępowaniu cywilnym – obecnie taka możliwość istnieje [2];
- opinia z Krakowa, jak się wydaje, została pominięta ze względu na brak możliwości szybkiego uzupełnienia opinii w odpowiedzi na uwagi zgłoszone przez strony postępowania. Kwestia ta jest bardzo istotna, ponieważ w praktyce sądowej dość często się zdarza, że opinia nie może być uzupełniona z różnych powodów: biegli nie mają czasu przyjechać do sądu, biegły zmarł, termin uzupełnienia opiniodawcy ustalili jako bardzo odległy (w jednej ze spraw współautor tego artykułu czekał na opinię biegłego 18 miesięcy);
- sąd nie dał wiary korzystnej opinii z Lublina, odrzucając jej argumentację. Biegły, który wydał korzystną opinię, odwołując się do danych statystycznych, podał, że niereaktywny zapis czynności serca płodu w 99% przypadków nie potwierdza urodzenia dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym, i w związku z tym stoi na stanowisku, że nie było wskazań do rozwiązania ciąży drogą cesarskiego cięcia. Jak podkreślił sąd: „Takie wnioskowanie należy zakwestionować, przyjmując, że jeżeli istnieje nawet minimalne ryzyko narodzin dziecka w stanie zamartwicy, to ze względu na ciężkie i nieodwracalne skutki dla zdrowia pacjenta, konieczne jest wykorzystanie wszelkich dostępnych metod w celu zminimalizowania ryzyka niedotlenienia płodu. Tezy tej nie podważa nadmierne – w ocenie Sądu Apelacyjnego – akcentowane przez biegłego stwierdzenie o zbyt dużym odsetku cięć cesarskich nieuzasadnionych względami medycznymi. Nie można bowiem akceptować sytuacji, w której to dane statystyczne decydują o sposobie postępowania w sytuacjach wymagających ratowania życia i zdrowia ludzkiego”;
- sąd przyjął za wiarygodną jedynie opinię z Poznania. Na jej podstawie sąd uznał, że poród należało zakończyć około godziny 9.00, kiedy to w zapisie kardiokograficznym pojawiła się głęboka deceleracja (do

90 uderzeń na minutę). Równocześnie sąd stwierdził, że do niedotlenienia płodu doszło w trakcie porodu, o czym świadczą wyniki badania gazometrycznego krwi pępowinowej.

W konsekwencji uznano roszczenia pacjentki i zobowiązano pozwany szpital do wypłaty w sumie 850 000 złotych zadośćuczynienia.

Autorzy pragną zwrócić uwagę wszystkich położników na jeden z argumentów sądu apelacyjnego, który wprost stwierdził, że: „jeżeli istnieje nawet minimalne ryzyko narodzin dziecka w stanie zamartwicy, to ze względu na ciężkie i nieodwracalne skutki dla zdrowia pacjenta, konieczne jest wykorzystanie wszelkich dostępnych metod w celu zminimalizowania ryzyka niedotlenienia płodu”. Z powyższej konstatacji sąd wysnuł wniosek, że błędem lekarzy było niewykonanie cesarskiego cięcia.

W przekonaniu autorów wyrok ten daje podstawy do sformułowania następujących wniosków, niezwykle istotnych dla praktyki położniczej:

- 1) przekonanie o prawidłowości postępowania medycznego jest subiektywne, ponieważ ta sama sprawa może być oceniana odmiennie przez biegłych z różnych ośrodków akademickich;
- 2) niska wartość predykcyjna KTG nie może być wytlumaczeniem dla braku działań po uzyskaniu nieprawidłowego czy podejrzanego zapisu KTG;
- 3) należy dzielić zapisy KTG wyłącznie na dwa rodzaje: prawidłowe i nieprawidłowe;

4) w przypadku nieprawidłowych zapisów KTG konieczne jest wykonanie dodatkowych badań diagnostycznych, mających na celu ustalenie dobrostanu płodu (przede wszystkim badania dopplerowskiego przepływów w naczyniach pępowinowych, a optymalnie także tętnicach macicznych i naczyniach mózgowych płodu);

5) w razie niepotwierdzenia dobrostanu płodu lub też w razie braku możliwości potwierdzenia dobrostanu płodu konieczne jest wykonanie cesarskiego cięcia w celu ochrony przed roszczeniami pacjentów.

Podsumowując, w wielu sytuacjach klinicznych lekarz wie, że wykonane badania nie dają mu absolutnej pewności dobrostanu płodu. W takiej sytuacji lekarz powinien podjąć te działania, które zapewniają maksymalną ochronę dziecka. Argumenty statystyczne, dotyczące zbyt dużego odsetka cesarskich cięć lub ograniczonej wartości predykcyjnej pewnych badań, nie mogą bowiem decydować o sposobie postępowania w sytuacjach wymagających ratowania życia i zdrowia ludzkiego.

Piśmiennictwo:

1. <http://prawalekarzy.pl/artykuly/konsekwencje-nieprawidlowosci-w-dokumentacji-medycznej-422>.
2. Art. 2781, Ustawy z dnia 17 listopada 1964 roku – Kodeks postępowania cywilnego (Dz. U. z 2020 r., poz. 1575).