

Próba ujednoczenia postępowania wyjaśniającego przyczyny zgonu lub ciężkiego stanu dziecka w zaawansowanej ciąży i podczas porodu

ADAM CEKAŃSKI,¹ MAGDALENA ŁOSIK²

Wprowadzenie

Niepomyślne zakończenie ciąży, czyli obumarcie płodu w zaawansowanej ciąży lub urodzenie noworodka w złym stanie, zdarza się rzadko. Powoduje jednak ciężki stres u położnika i położnej prowadzących ciążę lub poród. Mimo to personel musi zachować spokój i natychmiast profesjonalnie starać się wykryć wszystkie przyczyny tego niepowodzenia. Coraz częściej mamy do czynienia ze sprawami sądowymi, w których oskarżonymi są położnik lub położna.

Postępowanie wyjaśniające przyczyny tak dramatycznego zakończenia ciąży pod koniec jej trwania obejmuje z jednej strony obowiązek udzielenia położnicy jasnych, rzeczowych informacji dotyczących ciąży i porodu, jak też ustalenie możliwych przyczyn i w miarę możliwości ich wyeliminowanie przed następną ciążą i porodem. Z drugiej strony istnieje konieczność uzyskania argumentów w obronie własnej położnika lub położnej. Od XIX wieku utrwalony jest pogląd, że najcięższe uszkodzenie płodu, jakim jest encefalopatia – porażenie mózgowe – jest wynikiem samego porodu i zaistniałego wówczas niedotlenienia. Te poglądy pokutują do chwili obecnej i są najczęstszym zarzutem stawianym położnikom i położnym przez prokuratora, zwykle opierającego się na orzeczeniach biegłych, którym nie dostarczamy odpowiednich argumentów obrony.

Celem pracy jest próba ujednoczenia badań laboratoryjnych, anatomo- i histopatologicznych oraz wywiadu, mogących mieć znaczenie dla wyjaśnienia przyczyn złego stanu noworodka. Autorzy nie przedstawiają w pracy rodzajów błędów medycznych (w sztuce lekarskiej), zwanego obecnie zdarzeniem medycznym, ani niepowodzenia medycznego.²⁻⁴

Przyczyny ciężkiego stanu noworodka lub obumarcia płodu pod koniec ciąży

Aby szukać przyczyny, należy również krótko przedstawić ustalone i usystematyzowane wcześniej dane. Głównych przyczyn urodzenia martwego lub ciężko uszkodzonego noworodka jest właściwie tylko kilka.⁵ Są to: wady rozwojowe, IUGR (zatrzymanie wewnątrzmacicznego wzrastania płodu), niewydolność łożyska, powikłania ze strony sznura pępowinowego, zakażenia wewnątrzmaciczne, choroby matki, przyczyny niewyjaśnione (15-40%). Podobne przyczyny dla populacji polskiej podaje Troszyński.^{1,6,7}

Należy również wziąć pod uwagę:

- przed ciążą – nadczynność tarczycy, cukrzycę, trombofilie, toczeń rumieniowaty układowy, otyłość (BMI ≥ 30), wiek matki > 35 lat, palenie tytoniu, nadciśnienie tętnicze, narkomanię, używki, choroby neurologiczne w czasie ciąży (drgawki), niski status socjoekonomiczny^{1,5,8,10,11,27}
- w czasie ciąży – szukamy informacji o takich chorobach i złym stanie zdrowia w czasie ciąży, jak: cukrzyca ciążowa, stan przedrzucawkowy, stany zapalne (szczególnie układu moczowego), zakażenia wirusowe (parwovirus B-19, kiła, listerioza, toksoplazmoza, opryszczka, wirus Coxackie, leptospiroza, gorączka Q). W naszych warunkach należy rozpatrzyć zakażenia wstępujące: *E. coli*, *Klebsiella*, bakteriami z grupy β -laktamazowych, *Enterococcus*, myco- i ureaplasma, chlamydia (cytokiny zapalne).^{5,8}
- w czasie porodu znaczenie mają: cięcie cesarskie w trybie nagłym, gorączka u matki powyżej 38°C, zabiegi położnicze (kleszcze, próżniociąg), nagle nieprzewidziane zdarzenia, takie jak np. wypadnięcie pępowiny, przedwczesne oddzielanie się łożyska, ciąża przenoszona, przedłużony poród, przedłużenie odpływania płynu owodniowego powyżej 24 h, nieprawidłowe położenie i ułożenie płodu.^{5,8}

¹Kliniki Ginekologii, Położnictwa i Ginekologii Onkologicznej w Bytomiu

²Studium Doktoranckie SUM w Katowicach

Zalecane badania

Przedstawiane powyżej spostrzeżenia dotyczące patogeny nieprawidłowego zakończenia ciąży wskazują na konieczność przeprowadzenia i udokumentowania badań wskazujących na złożoną przyczynę złego stanu zdrowia noworodka bezpośrednio po jego urodzeniu. Pozwoli to położnicy na przygotowanie się do kolejnej ciąży (odpowiednie postępowanie lecznicze w przypadku wykrycia chorób układowych), a personelowi (lekarzowi i położnej) dostarczy materiału dla własnej obrony.^{2,13} Opracowanie dla zespołu położniczego wytycznych postępowania na sali porodowej w wypadku zgonu okołoporodowego jest szczególnie korzystne, ponieważ nie tylko rodząca, ale również personel są zwykle w dużym stresie i mogą zaniechać lub pominąć szereg badań, które mogłyby wyjaśnić zły stan noworodka. Lekarz położnik i położna muszą być perfekcyjnie przygotowani zarówno do prowadzenia prawidłowego porodu, jak i porodu chorego (wcześniejsze rozpoznanie) lub martwego płodu i umieć rzeczowo postępować w takich przypadkach (m.in. resuscytacja i reanimacja noworodka urodzonego w stanie ciężkim i zamartwicy). Personel musi zachować spokój, a instynkt samozachowawczy powinien skłaniać do opanowania się i skrupulatnego szukania przyczyn, które do tego niepowodzenia doprowadziły, szczególnie dla dobra rodzącej. Wydaje się, że wskazane jest ustalenie postępowania wstępnego już na sali porodowej. Przedstawia to tabela 1.

Część wycinków należy umieścić w 0,9% NaCl lub płynie Ringera, część w formalinie. Podobnie jak w przypadku prawidłowego porodu, obowiązuje zmierzenie i zważenie popłodu oraz jego dokładna ocena makroskopowa (przyczep sznura pępowinowego, obecność naczyń błędzących – ich przerwanie, łożysko dodatkowe i inne).

Łącznie potrzebne są: dwie próbki heparynizowane, jedna zwykła, igły, 6-8 pojemników na wycinki, 2 pojemniki: na mocz i płyn owodniowy, dwa transpokultury, roztwory: 0,9% NaCl, płyn Ringera, roztwór formaliny, skierowania na badania. W przypadku urodzenia martwego płodu należy poprosić anatomopatologa o badania wymienione w tabelach 2 i 3.

Próbki powinny zostać niezwłocznie przesłane do odpowiednich ośrodków w celu ich oceny. W późniejszym okresie, w celu wykrycia zakażenia wstępującego, wskazane jest wykonanie rozmazów bakteriologicznych z tylnego sklepienia pochwy, szyjki macicy, przedsionka pochwy lub z odbytu (*Streptococcus* β -hemolizujący).

Ustalenie przyczyn obumarcia płodu lub jego ciężkiego stanu w zaawansowanej ciąży wymaga, jak to przedstawiono, poszerzonych badań klinicznych i laboratoryjnych. Wydaje się, że położnikowi obeznanemu z patologią ciąży nie trzeba tłumaczyć i uzasadniać konieczności tych badań. Ważna jest świadomość, iż zgon noworodka lub jego zły stan urodzeniowy mogą być związane także ze stanem chorobowym rodzącej, a asfiksja płodu podczas porodu jest spowodowana tym, że chory płód, np. z IUGR lub zaka-

TABELA 1

Postępowanie wyjaśniające przyczyny urodzenia martwego płodu lub noworodka w ciężkim stanie – badania laboratoryjne i tkanek płodu

Krew położnicy – 20 ml (10 ml na skrzep i 10 ml z antykoagulantem): morfologia pełna wraz z rozmazem, próby wątrobowe, elektrolity, TSH
 Koagulologia: w przypadkach odklejenia łożyska, wielowodzia, posocznicy oraz kilkanaście godzin po obumarciu płodu stężenie fibrynogenu, czas krzepnięcia
 Test Kleihauera-Betkego (w przypadku ciężkiego niedorozwoju płodu), HbA_{1c}, przeciwciała antyfosfolipidowe i białko CRP
 Przeciwciała IgG, IgM w celu wykrycia parwowirusa B-19 i wirusa cytomegalii

Mocz – posiew i antybiogram

Płyn owodniowy – 20 ml na amniocyty w celu ustalenia kariotypu, jeżeli pęcherz owodniowy jest zachowany, przez amniopunkcję przezbrzuszną, jeżeli nie – pobranie odpływającego płynu owodniowego następowego

Badania genetyczne

Krew płodu pobrana przez nakłucie sznura pępowinowego do heparynizowanej próbki (1-3 ml)

Wymaz na transpokult z płodowej powierzchni łożyska oraz powłok noworodka

Wycinek z błon płodowych

Wycinek z łożyska – od strony płodowej z głębi w pobliżu

sznura pępowinowego – 1 cm średnicy i 1,5 cm sznura

pępowinowego możliwie blisko przyczepu łożyskowego

W przypadkach koniecznych wycinek ze skóry płodu – 1 cm³ najczęściej z uda, z głębi aż do błony podstawnej i mięśniówki lub ze ścięgna Achillesa i rzepki (za zgodą rodzica)

żeniem wewnątrzmacicznym, jest znacznie mniej odporny na niedotlenienie.^{1,8}

Omówienie uzyskanych wyników badań

Należałoby jedynie uzasadnić niektóre rzadkie przyczyny obumarcia czy ciężkiego stanu noworodka. Zakażenia wirusowe ciężarnej często są trudne do rozpoznania wobec nikłych objawów klinicznych, a mają one znaczny wpływ na stan noworodka. Rozstrzygają tu badania serologiczne.^{5,8}

Specjalnego postępowania wymaga również rodząca z czynnikiem Rh(-); w tym przypadku wykonuje się test Kleinhauera-Betkego i badanie krwi noworodka w kierunku jego grupy krwi w układzie ABO oraz Rh. Bardzo istotne jest wykrycie wad rozwojowych, z których część widoczna jest już podczas oględzin zewnętrznych, a następnie przy autopsji.^{5,8,12} Badania takie powinien przeprowadzić anatomopatolog wyspecjalizowany w autopsji noworodków, co często nie jest możliwe. Stąd sugestie lekarzy powinny być wyrażone pisemnie i dołączone do pakietu przesłanego do badań anatomopatologicznych. Niektóre wady rozwojowe są subtelne, w tym niektóre wady serca, układu krążenia, np. zespół Noonana, i inne.¹⁴ W badaniu

TABELA 2

Badanie anatomopatologiczne martwo urodzonego noworodka

Oględziny zewnętrzne płodu i popłodu – ocena naczyń w pępowinie
Masa ciała i wymiary płodu i popłodu – z uwzględnieniem pobranych wycinków
Autopsja z oceną narządów wewnętrznych i uwzględnieniem wad rozwojowych serca, układu krążenia, płuc, wątroby, nerek i innych narządów
Ocena mikroskopowa pobranych uprzednio elementów popłodu

TABELA 3

Badania oceniające kariotyp płodu – laboratorium genetyczne

Płyn owodniowy na amniocyty – najkorzystniejszy dla hodowli
Wycinek z łożyska
Wycinek ze skóry płodu, ścięgna Achillesa, skóry lub rzepki płodu (zgoda rodziców)
Badania kariotypu rodziców – proponuje się w przypadku ciężkiej wady płodu lub IUGR

łożyska istotna jest ocena liczby i stanu naczyń tuż przy przyczepie łożyska do sznura pępowinowego, z uwagi na często występujące zwężenie naczyń. Pewne wady rozwojowe ujawniają się dopiero po badaniach genetycznych. Opisany jest np. zespół Turnera, który u 12 na 14 zmarłych płodów płci żeńskiej wykryto tylko badaniem kariotypu bez oznak klinicznych w badaniu makroskopowym.¹⁴ Do przedwczesnego oddzielenia łożyska dochodzi w związku z nadużywaniem narkotyków, stosowaniem kokainy, paleniem tytoniu. Wskazane byłoby w takiej sytuacji badanie toksykologiczne moczu. Pewne nieprawidłowości można wychwycić jedynie w badaniu RTG lub MR. Wśród martwych porodów nieprawidłowości kariotypu stwierdzono w 8-13%, hipotrofię w 20%, cechy dysmorficzne w 20%.¹⁵ Należy zwrócić uwagę na zakażenia, które są u pierworódek przyczyną zgonu wcześniaków (19%). Z rozwagą należy też podejść do okręcenia szyi płodu pępowiną, ponieważ stwierdza się je nawet w 30% przypadków u żywych i donoszonych noworodków.⁵

Szczególną uwagę należy zwrócić na płytę i wielkość łożyska. Pokazanie go rodzicom z uwzględnieniem patologii w jego obrębie często doprowadza do zaniechania oskarżeń z ich strony.¹⁶

Oprócz dokładnych oględzin płodu i łożyska, badań laboratoryjnych, autopsji, badań histopatologicznych i genetycznych ważne jest przeprowadzenie dokładnego wywiadu, zwłaszcza rodzinnego pod kątem chorób przebytych przez ciężarną.⁵ Wywiad przeprowadza się zwykle na

końcu dociekań przyczyn zgonu wewnątrzmacicznego lub ciężkiego stanu noworodka, ponieważ nawet dobrze przygotowany i empatyczny położnik/położna mogą natrafić na niechęć, postawę buntu i wrogości ze strony rodzącej i jej partnera. Przy takiej rozmowie może być obecny psycholog, który będzie w stanie ocenić stan psychiczny i cechy kobiety. Wiele cennych wiadomości można uzyskać z rzetelnie wypełnionej przy przyjęciu historii choroby, karty przebiegu ciąży, partogramu, a także innych dołączonych wyników badań. Zadawanie pytań rodzinie może być również postrzegane jako podstęp i próba oddalenia od siebie zarzutów za stan urodzeniowy noworodka. Dobrą praktyką byłoby opracowanie i rozpowszechnienie aktualnej karty ryzyka perinatalnego, w której jeszcze przed spodziewanym porodem osoba sprawująca opiekę nad ciężarną mogłaby na bieżąco odnotowywać wszystkie nieprawidłowości w przebiegu ciąży z uwzględnieniem czynników socjoekonomicznych. Do popularyzacji takich kart mogą się przyczynić położne podstawowej opieki zdrowotnej, które zgodnie z aktualnym stanem prawnym są zobligowane do prowadzenia edukacji przedporodowej. Obecnie obowiązuje Karta Opieki Perinatalnej (A lub B).⁶

Można w sposób uprzejmy zaprosić położnicę wraz z osobą przez nią wskazaną na spotkanie z położnikiem, położną i pediatrą, którzy byli obecni przy porodzie, oraz z ordynatorem lub kierownikiem kliniki, i wyjaśnić dotychczasowe ustalenia dotyczące zgonu okołoporodowego lub ciężkiego stanu zdrowia noworodka. Należałoby przy tym podkreślić, że ostateczną przyczynę zgonu okołoporodowego można będzie ustalić dopiero po odpowiednich badaniach, w tym autopsji noworodka. Taka praktyka może być szczególnie cenna w przypadku roszczeniowych postaw ze strony położnicy i jej rodziny. Można również wówczas uzupełnić wywiad i udzielić wszelkich możliwych wskazówek dotyczących planowania kolejnej ciąży. Rodzina powinna czuć, że mimo niekorzystnego zakończenia ciąży może liczyć na wsparcie ze strony personelu i została potraktowana w sposób partnerski.¹⁶⁻²⁰

Celem niniejszej pracy jest przygotowanie położnika/położnej do wykonania pełnej diagnostyki w toku dochodzenia przyczyn niepowodzenia położniczego lub popełnienia błędu w sztuce/wystąpienia zdarzenia medycznego. Obliczono, że położna (a może też lekarz położnik) przy przyjmowaniu około 120 porodów rocznie może mieć kontakt ze zgonem płodu raz na pięć lat.¹⁶ Wydaje się zrozumiałe, że tak rzadki kontakt z powyższymi sytuacjami sprawia, że personel nie jest dostatecznie przygotowany do dochodzenia przyczyn wyjaśniających zgon okołoporodowy i jest narażony na szok, gdy do nich już dojdzie. Zlecenie w tych sytuacjach zbyt małej liczby badań i niezbyt dokładne prowadzenie dokumentacji skutkuje później oskarżeniem położnika i położnej przez biegłego, który zwykle surowo ocenia sytuację, nie dysponując pełnymi wynikami – zazwyczaj na podstawie retrospektywnych zeznań rodziny i ogólnych wyników autopsji noworodka. W niektórych

przypadkach pokutują też stare poglądy, które utrwaliły się w ocenach biegłych. Prace Little'a z XIX wieku podawały, że przyczyną encefalopatii i porażenia mózgowego jest wyłącznie niedotlenienie w okresie porodu.¹ Obecnie dowiedziano w toku badań, iż przyczyny tych uszkodzeń wiążą się ze schorzeniami ciężarnej, zakażeniem układu moczowego, zakażeniami wirusowymi i innymi. W aspekcie niedotlenienia okołoporodowego w badaniach klinicznych na płodach małych i owiec wykazano, że mózg zdrowego płodu posiada zdolności obronne przed niedotlenieniem. Często obserwuje się, że przy bardzo nasilonej akcji skurczowej, nieprawidłowym zachowaniu rodzącej (nieprawidłowe oddychanie, brak współpracy z personelem), przedłużonym II okresie porodu rodzi się zupełnie zdrowy noworodek.^{1,7,9} Obecnie możliwości diagnostyczne czy zwykle badania laboratoryjne wykazują, że główną przyczyną są czynniki niezwiązane z porodem, a nawet istniejące przed ciążą. Obserwowane zaburzenia neurologiczne przyszłej ciężarnej (drgawki), nadczynność tarczycy, a nawet leczenie niepłodności mogą mieć znaczenie. W czasie ciąży znaczenie mają szczególnie zakażenia wirusowe, IUGR, nieprawidłowości łożyska, ciąża przenoszona.

W czasie porodu zasadnicze znaczenie mają odchodzący gęsty, zielony płyn owodniowy i nieprawidłowy wynik KTG: liczne i długotrwałe ciężkie deceleracje późne czy długotrwała bradykardia poniżej 60/min. Duże znaczenie mają też patologia łożyska, gorączka podczas porodu i poród trwający ponad 24 godziny. Brak swoistości KTG należy podkreślać również w czasie rozpraw sądowych. Patologiczne czynniki przedporodowe mogą powodować zwiększoną wrażliwość płodu i wówczas nawet zwykłe, chwilowe niedotlenienie towarzyszące normalnemu porodowi może wpływać niekorzystnie na stan noworodka.

Zielonkawy płyn owodniowy może być również związany z incydentami niedotlenienia płodu w czasie ciąży. Czysty płyn owodniowy odchodzący podczas porodu świadczy, że nawet w sytuacji okręcenia płodu pępowina nie doszło do incydentu niedotlenienia płodu – zły stan urodzeniowy noworodka nie może być przypisywany samemu okręceniu pępowiny.⁵

Technicyzacja położnictwa mimo korzystnych rezultatów jest często przyczyną trudnych do interpretacji wyników i skutkuje negatywnymi opiniami biegłych odnoszących się jedynie do pojedynczych wyników bez odniesienia do całokształtu sytuacji. W codziennej praktyce technicyzacja położnictwa nie pozostaje bez wpływu na pracę położnika, np. obserwowane w KTG deceleracje zmienne często skłaniają lekarza do wykonania cięcia cesarskiego, tak niekorzystnego dla kobiety, która w przyszłości planuje kolejne potomstwo, podczas gdy w wydobywaniu noworodka okazuje się, że nie można stwierdzić przyczyn ich występowania. Przełożenie wyniku KTG na stan urodzeniowy noworodka jest zwykle szacowane na ok. 30%. Nowe instrukcje dotyczące opisu KTG podają,

że deceleracje zmienne wymagają w pierwszej kolejności tylko zastosowania zmiany pozycji ciała rodzącej, zaprzestania podaży oksytocyny we wlewie, podania tlenu.²¹ Jedynie liczne długotrwałe deceleracje późne mają znaczenie w ocenie złego stanu urodzeniowego noworodka. Podobnie oscylacja, która może mieć znaczenie dla złego stanu urodzeniowego noworodka, jest długotrwała i znacznie zawężona. Okresowe zawężenie oscylacji obserwuje się również w przypadku snu płodu lub po przyjęciu przez matkę środków uspokajających. Ocena KTG jest często różna i nawet wśród dobrych praktyków-biegłych zdarzają się istotnie różne opinie na temat tego samego zapisu KTG w aspekcie stanu urodzeniowego noworodka. Również rozbieżne są interpretacje akceleracji występujących po deceleracjach zmiennych. Konieczna jest naprawdę wnikliwa ocena KTG w połączeniu z innymi obserwacjami odnotowanymi w śródpodrodowej dokumentacji i ostatnimi wynikami USG – zwłaszcza przepływów dopplerowskich – ponieważ wyrok wydany na położnika/położną wyłącznie na podstawie KTG nie jest w pełni wiarygodny. Podobnie nieuzasadnione są opinie biegłych, jakoby prawidłowo wykonane okresowe osłuchiwanie akcji serca płodu przez położną z odnotowaniem w dokumentacji było niewystarczające w czasie porodu o prawidłowym przebiegu (brakuje bowiem jednoznacznych doniesień o przewadze ciągłego monitorowania akcji serca płodu za pomocą KTG nad okresowym osłuchiowaniem).^{1,21}

W ocenie porodu niezbędne jest uwzględnienie faktu, że mózg płodu ma zdolności kompensowania zmniejszonego utlenowania krwi, na które wpływają również: intensywne czynności skurczowe macicy, ucisk części przodującej, zwłaszcza główki, i stres płodu. W ocenach biegłego powinno się też uwzględniać niedoskonałość techniki KTG.

Wykonywanie badań dodatkowych przy rutynowym przyjęciu do porodu zdrowej rodzącej lub ciężarnej bez akcji skurczowej z odchodzącym czystym płynem owodniowym nie jest zalecane w instrukcjach PTG dotyczących prowadzenia porodu. W wytycznych mowa jest o zapoznaniu się z ostatnimi wynikami z przebiegu ciąży (wytyczne PTG).

Badania koagulologiczne uważane za konieczne do przeprowadzenia w pierwszych godzinach po zgonie wewnątrzmacicznym płodu nie mają uzasadnienia,^{8,16,17} ponieważ w tym czasie nie występują objawy maceracji i autoliza płodu. Odczyny fibrynolityczne występują dopiero po 1-4 dniach i są rzadkie. Wykonywanie badań koagulologicznych w przypadku wewnątrzmacicznego zgonu płodu jest zalecane po kilkunastu godzinach po tym zgonie. Badanie to można zlecać nawet co dwa dni do czasu, gdy ciężarna zdecyduje się na rozwiązanie lub w przypadku postawy wyczekującej – do czasu rozpoczęcia porodu.^{8,16,17} Po obumarciu płodu na skutek przedwczesnego oddzielenia się łożyska czy też wielowodzia badania koagulologiczne powinno się wykonać w trybie pilnym.

Postęp w medycynie i farmakologii oraz technicyzacja mogą wpływać również niekorzystnie na stan płodu, np. badanie wewnętrzne czy USG mają swoje pozytywne strony, ale wykonywane wielokrotnie i bez uzasadnienia mogą mieć negatywne skutki i powodować np. zakażenie drogą wstępującą.²⁵

Należy też podkreślić, że zdawkowe informowanie położnicy o swoich pierwszych podejrzeniach dotyczących przyczyn zgonu okołoporodowego może mieć negatywne skutki. Pacjentka może inaczej zinterpretować słowa personelu i podczas rozprawy sądowej wskazywać na mataczenie z jego strony. Należy zatem informować pacjentkę w sposób wyważony i zawsze podkreślać potrzebę wykonania dalszych badań dla pełnego wyjaśnienia zaistniałej sytuacji.²³ Na przykład powiedzenie, że przyczyna leży w okręceniu sznurem pępowinowym – mimo odpływania czystego płynu owodniowego – grozi w toku dalszego postępowania kolejnymi roszczeniami i oskarżeniami pod adresem personelu. Informacje przekazywane rodzinie przez położną i położnika powinny być spójne, najlepiej w obecności osoby wskazanej przez położnicę. Informacja udzielona wyłącznie położnicy nie zawsze jest wystarczająca. Rozzålona i zrozpaczona kobieta może opacznie zinterpretować słowa personelu i w sądzie zeznawać zupełnie niezgodnie z prawdą. Rodzina obarcza winą najczęściej personel obecny podczas porodu, szukając momentów z przebiegu porodu, które mogły, ich zdaniem, mieć wpływ na zły stan lub śmierć płodu.^{2,7,24-26}

Położnicę po urodzeniu martwego płodu należy umieścić w spokojnym miejscu z dala od oddziału noworodkowego, farmakologicznie hamować laktację, w uzasadnionych przypadkach włączyć leki uspokajające. Kobiety można poinformować, że zwykle ryzyko tego samego powikłania wynosi w kolejnej ciąży ok. 1-3%.⁹

Lekarz/położna jako oskarżeni

Lekarz lub położna odpowiadają zwykle za następstwa swego działania lub zaniechania, ale nie odpowiadają za wyjątkowe i trudne do przewidzenia zdarzenia oraz za skutki takiego zdarzenia. Niepowodzenie medyczne jest często następstwem samej choroby (brak obrony organizmu, nagły przebieg zmian i inne), co doprowadza do wystąpienia powikłań i zaburza postępowanie terapeutyczne. W bardzo trudnym zawodzie lekarza działania nie zawsze są doskonałe, co często związane jest z równocześnie występującymi nieprawidłowościami w ustroju ciężarnej lub płodu. Na te niepowodzenia położnicze społeczeństwo jest jednak szczególnie wyczulone. Zarzuty czasem są formułowane podświadomie, ale często są podsycane przez otoczenie lub rodzinę, np. z chęci uzyskania wysokiego odszkodowania. Obserwuje się w tych sprawach zupełny brak tolerancji i roztrząsanie najdrobniejszych uchybień w postępowaniu,^{2,3,27} dlatego ocena tych wydarzeń przez personel musi być rzetelna, skrupulatna i wnikliwie ujmująca wszelkie okoliczności.²⁵ Całość

wydarzeń musi być przedstawiona możliwie najdokładniej, gdyż wyjaśnienie przyczyn niepowodzenia może pomóc samej położnicy w kolejnej ciąży i daje szansę na urodzenie zdrowego noworodka.^{7,19,26} Konieczne jest wykonanie wszystkich czynności przedstawionych powyżej, aby ocena była pełna i podana sądowi w sposób jednoznaczny, umożliwiając jednocześnie personelowi obronę.

Najlepiej, jeśli personel pokona własny wstrząs i panikę oraz rzeczowo przedstawi ustalone fakty i przebieg porodu oraz występowanie nieprawidłowości w czasie ciąży czy porodu, a także uwypukli swoje postępowanie w epikryzie dla biegłego. *Errare humanum est*. Zdrowa kobieta rodzi zwykle zdrowe dziecko, a na niepowodzenia położnicze nakłada się szereg niekorzystnych przyczyn, nie tylko z przebiegu porodu, ale również w okresie ciąży. Zadaniem obrońcy i samego personelu powinna być zatem wnikliwa analiza przebiegu ciąży, stanu pacjentki podczas przyjęcia do szpitala i przebiegu porodu.

Personel pracujący w systemie zmianowym – również w godzinach nocnych – nie zawsze z dobrym przygotowaniem psychologicznym, czasem w złej kondycji fizycznej, może zostać oskarżony o każde niepowodzenie położnicze jako ostatni, który miał kontakt z ciężarną (nawet jeśli zgon płodu nie wystąpił bezpośrednio na skutek nieprawidłowo prowadzonego porodu). Obserwuje się, że młodzi lekarze nie chcą pracować na sali porodowej i starają się zostać raczej nie położnikami praktykami, a ginekologami endokrynologami. Położnictwo uznane jest za bardzo wyczerpującą nerwowo specjalizację medyczną. Położnik/położna muszą wykazać na sali rozpraw przytomność umysłu i dobrze przygotować się do obrony. Bezcelowe zamartwianie się tylko zakłóca proces przygotowania się do rozprawy sądowej. Nie można zbyt pochopnie przyznawać się do jakiegoś drobnego niepowodzenia, bo każda nieprzemyślana wypowiedź w chwili załamania może poważnie skomplikować dalszą linię obrony.

Trzeba opierać się wyłącznie na zaistniałych okolicznościach, złożyć rzeczowe i zgodne z prawdą wyjaśnienia dotyczące zaistniałego zdarzenia, warunków i trudności z rozpoznaniem opartym również na wykonanych badaniach dodatkowych. Im jaśniejszy jest obraz, a biegły, sąd i obrońca dysponują pełnymi dowodami, tym lepsza będzie ocena sądu i możliwe uwzględnienie złożoności sytuacji, co daje realne szanse na obronę. W obecnych czasach konieczna jest pomoc obrońcy, gdyż zestresowany lekarz czy położna nie potrafią odeprzeć zaciekłych i wyrafinowanych zarzutów, a takich jest coraz więcej.

Jak zmniejszyć liczbę skarg na lekarza lub położną

1. Stosować się w pracy do instrukcji Ministra Zdrowia,²⁸ rekomendacji PTG^{22,27,29} oraz rekomendacji zagranicznych towarzystw naukowych, zwykle opartych na dużym materiale dowodowym i stopniu wiarygodności.^{5,8,15,17,21,26}

2. Przyjmować do porodu i zabiegów operacyjnych zgodnie ze stopniem referencyjności ośrodka. Wyjątek mogą stanowić nagły, bardzo zaawansowany poród lub ciężki stan pacjentki niepozwalający na dalszy transport.
3. W razie niepomyślnego przebiegu porodu wykonać wszelkie badania mogące mieć znaczenie dla wyjaśnienia przyczyn zgonu lub ciężkiego stanu noworodka.
4. Dokładnie zapoznać się z kartą przebiegu ciąży.
5. Prowadzić ciążę zgodnie z instrukcją Ministra Zdrowia²⁸ i rekomendacjami PTG^{27,29} oraz prowadzić leczenie do czasu uzyskania pełnej skuteczności, np. zakażenie dróg moczowych – posiew, antybiogram.
6. Przekazać położnicy, względnie rodzinie, bezpośrednio po porodzie uzgodnioną opinię (położnika, położnej) jako wstępną, bez oceny pobranego materiału do dalszych badań.
7. Zachować wobec rodziny takt i empatię oraz spokój i jasność postępowania.
Wydaje się, że bardzo słuszne będzie organizowanie przez PTG zespołów adwokackich do obrony pracowników. Należy jednak pamiętać, że nawet najlepszy adwokat nie pomoże, jeśli nie dostarczymy mu argumentów. Przy doborze biegłych, którzy powinni być nie tylko teoretykami, ale przede wszystkim praktykami mającymi kontakt z rodzającymi w codziennej pracy i stale podnoszącymi swoje kwalifikacje, należałoby zasięgnąć opinii specjalistów wojewódzkich i izb lekarskich.

PIŚMIENNICTWO

1. Hankins GV, Speer. Patogeneza i patofizjologia encefalopatii noworodków oraz dziecięcego porażenia mózgowego. *Obstetrics Gynaecology*. 2003;102:628-636; *Medycyna Praktyczna, Ginekologia i Położnictwo*. 2004;4:44-52.
2. Szymański W, Gadzinowski J, Lauterbach R, Szymankiewicz M. Zagadnienia sądowo-lekarskie w położnictwie. *Położnictwo.Red. R. Klimek. Dream Publ Co, Kraków*. 1999:141-147.
3. Cranovsky RS. O niedoskonałości naszych poczyniń, czyli o tak zwanych błędach medycznych – wprowadzenie. *Medycyna Praktyczna, Ginekologia i Położnictwo*. 2011;3:111-114.
4. Dębski R. Najczęstsze błędy w prowadzeniu ciąży. *Ginekologia 2009 Najważniejsze wykłady kongresowe Akademii po Dyplocie. Medical Tribune Polska, Warszawa* 2010:9-18.
5. Postępowanie w porodach martwych płodów. *Ginekologia po Dyplocie*. 2009;7:73-83.
6. Troszyński M, Maciejewski T, Wilczyńska A, Ponach B. Przyczyny martwych urodzeń i zgonów noworodków w Polsce w latach 2007-2009. *Gin Pol*. 2011;8:598-601.
7. Badawi N, Ceogh JM. Przedporodowe i śródporodowe czynniki ryzyka noworodkowej encefalopatii. *Ginekologia po Dyplocie*. 2001;9:83-91.
8. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. X 2010. Zgon wewnątrzmaciczny w zaawansowanej ciąży i poród martwego płodu cz.1. *Medycyna Praktyczna, Ginekologia i Położnictwo*. 2003;11:47-63.
9. Grosvenor Eller A, Ware Branch D, Byrne LB. Zgon wewnątrzmaciczny płodu. *Medycyna Praktyczna, Ginekologia i Położnictwo*. 2007;4:85-91.
10. Baschat A. Wczesna postać ciężkiego opóźnienia rozwoju wewnątrzmacicznego płodu. *Diagnostyka i leczenie. Ginekologia po Dyplocie*. 2011;13(5):53-56.
11. Froen JF, Arnestad M, Frey K, Vege A, Saugstad OD, et al. Risk factors for sudden intrauterine unexplained death: epidemiologic characteristics of singleton cases in Oslo, Norway, 1986–1995. *Am J Obstet Gynecol*. 2001;184:694-702.
12. SOGC Canada. Zgon wewnątrzmaciczny oraz doświadczenia utraty ciąży, wytyczne postępowania praktycznego. *Ginekologia i położnictwo*. 2007;4:42-53.
13. Hunkins GDV, Spoong KY. Cięża obumarta – niedoceniona tragedia położnicza. *Medycyna po Dyplocie*. 2002;11:89-94.
14. Speroff Fritz A. *Kliniczna endokrynologia ginekologiczna i niepłodność*. Lippincott Williams & Wilkins, Medipage, Warszawa 2007:398.
15. Royal College of Obstetricians and Gynecologist. Zgon wewnątrzmaciczny płodu w zaawansowanej ciąży i poród martwego płodu, cz. 2. *Medycyna praktyczna, Ginekologia i położnictwo*. 2011;4:11-21.
16. Geist Ch, Harder U, Stiefel A. Hebammenkunde. *Geburt lines toten, fehlgebilden oder kranken Kindes*. [czasopismo, rok, tom?] 398-403.
17. Ustawa z dnia 28 IV 2011 r. o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta. *Dz. U.* 2011, nr 113, poz.660.
18. Zgłoszenie martwo urodzonego dziecka. *Medycyna Praktyczna, Ginekologia i położnictwo*. 2010;1:104-106.
19. Gajewski P, Krajewski R. Bezpieczny pacjent, bezpieczny lekarz. Program dla środowiska medycznego. *Medycyna Praktyczna, Ginekologia i położnictwo*. 2011;2/72:105-107.
20. Wojtaszczyk K. Jak sobie radzić z agresją pacjentów. *Gazeta Lekarska*. 2011; 7:22-23.
21. ACOG. Postępowanie w przypadku różnych zapisów czynności serca płodu w trakcie porodu, wytyczne 2010. *Ginekologia po Dyplocie*. 2011;13(1):83-89.
22. Rekomendacje zespołu ekspertów PTG dotyczące opieki okołoporodowej i prowadzenia porodu. *Ginekologia po Dyplocie, wydanie specjalne*. 2009: 111-122.
23. Cekański A, Łosik M. *Wykłady z położnictwa. Podręcznik programowany dla studentów położnictwa*. Alfa Medica Press, Bielsko-Biała 2011.
24. Fenichel GM. *Asphyxia – neonatal neurology*. Churchill Livingstone, London 1985.
25. Bothker CH, Fundai M. Postępowanie w przypadkach ryzyka położniczego: czy zespół sali porodowej jest właściwie przygotowany. *Ginekologia po Dyplocie*. 2011;13(5):33-36.
26. RCOG. Zgon wewnątrzmaciczny w ciąży, poród martwego płodu cz. III. *Medycyna praktyczna, Ginekologia i położnictwo*. 2011;5:11-28.
27. Rekomendacje ZG PTG w sprawie opieki przedporodowej w ciąży o prawidłowym przebiegu. *Ginekologia po Dyplocie, wydanie specjalne*. 2008;10:191-196.
28. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 IX 2010 r. w sprawie standardów postępowania i procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu i porodu oraz opieki nad noworodkiem. *Medycyna Praktyczna, Ginekologia i Położnictwo*. 2011;5:7-90.
29. Paszkowski T. Prowadzenie ciąży wg standardów opieki okołoporodowej 2011, Konsekwencje dla położnika i pacjentki, VIII Krajowa Konferencja Szkoleniowa, *Ginekologia i Położnictwo* 2011, Kraków 18-19.11.2011 r., materiały z konferencji:165-169.
30. Wu AW. Medical error, the second victim: the doctor who makes mistake needs help too. *BMI*. 2000;320:726-727.