



# Trudny przypadek – 40-letnia ciężarna z łożyskiem przyrośniętym, która nie wyraża zgody na przetoczenie produktów krwiopochodnych

WILLIAM H. BARTH, JR., MD, CHRISTOPHER J. KWOLEK, MD, JOSHUA L. ABRAMS, JD,  
JEFFREY L. ECKER, MD, DRUCILLA J. ROBERTS, MD

N Engl J Med. 2011; 365: 359-66.

## Prezentacja przypadku

**Dr Britta Panda** (ginekolog-położnik): 40-letnia kobieta była pod kontrolą zespołu opieki matczyno-łożyskowej w tym szpitalu od 22 tygodnia i 2 dnia ciąży z powodu przodującego łożyska przyrośniętego.

Od 12 tygodnia i 1 dnia ciąży pacjentka pozostawała pod opieką położniczą przychodni współpracującej z tym szpitalem. Była to ciąża 5, porody 4. Pierwsze dwie ciąży zakończyły się prawidłowymi porodami drogami natury w terminie, 16 i 9 lat wcześniej. Siedem lat wcześniej wykonano cięcie cesarskie z powodu położenia miednicowego płodu. Wykonane początkowo poprzeczne nacięcie macicy w dolnym odcinku zostało poszerzone do wysokiego nacięcia podłużnego z powodu trudności z wydobyciem płodu. Hematokryt pacjentki obniżył się z 33,6 do 17,6% po porodzie (wartość referencyjna dla kobiet niebędących w ciąży 36,0-46,0). Pięć lat przed obecną hospitalizacją wykonano planowe cięcie cesarskie poprzeczne w dolnym odcinku, w terminie porodu. Po porodzie hematokryt wynosił 28,9%.

Osiem lat wcześniej stwierdzono, że wyniki testów skórnych w kierunku gruźlicy były dodatnie, a wynik

RTG klatki piersiowej prawidłowy. Pacjentka otrzymywała izoniazyd przez 6 miesięcy. Występowała u niej niedokrwistość z niedoboru żelaza, z powodu której przepisano jej preparat żelaza, ale zaprzestała go stosować w związku z objawami nietolerancji w postaci dolegliwości żołądkowo-jelitowych. Przeżyła zakażenie wirusem opryszczki, a wynik badania przesiewowego w kierunku obecności przeciwciał przeciwko wirusowi różyczki był dodatni. Przyjmowała tylko preparat witaminowy dla ciężarnych, nie była na nic uczulona. Urodziła się na Karaibach, mieszkała z mężem i dziećmi, była pracownikiem służby zdrowia. Nie wyraziła zgody na przetoczenie produktów krwiopochodnych z powodu przekonań religijnych. Jej mąż, również pracownik służby zdrowia, nie podzielał tych przekonań. Ciężarna nie piła alkoholu, nie paliła tytoniu, nie używała niedozwolonych substancji. Jej matka chorowała na nadciśnienie tętnicze, ojciec chorował na nadciśnienie tętnicze i padaczkę i zmarł w wieku 70 lat. Jej siostra chorowała na niedokrwistość sierpowatokrwinkową, natomiast dzieci i inni krewni byli zdrowi.

W trakcie badania podczas wizyty w czasie ciąży ważyła 60,3 kg, ciśnienie tętnicze krwi wynosiło 100/58 mm Hg. Pozostałe elementy badania były zgodne z wiekiem ciążowym i były prawidłowe. Hematokryt wynosił 29,1% (zakres wartości referencyjnych dla kobiet niebędących w ciąży 36,0-46,0), stężenie hemoglobiny wynosiło 10,1 g/dl (zakres wartości referencyjnych dla kobiet niebędących w ciąży 12,0-16,0). Wyniki pozostałych badań, w tym pozostałe parametry morfologii, elektroforeza he-

Departments of Obstetrics and Gynecology (W.H.B., J.L.E.), Surgery (C.J.K.), Office of the General Counsel (J.L.A.), Department of Pathology (D.J.R.), Massachusetts General Hospital; Departments of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology (W.H.B., J.L.E.), Surgery (C.J.K.), Pathology (D.J.R.), Harvard Medical School, Boston.

Przypadki z Massachusetts General Hospital. Dział stworzył Richard C. Cabot. Redaktorzy: Nancy Lee Harris, M.D., Eric S. Rosenberg, M.D., Jo-Anne O. Shepard, M.D., Alice M. Cort, M.D., Sally H. Ebeling, Christine C. Peters

moglobiny oraz badania czynności nerek i wątroby były prawidłowe. Wyniki wszystkich badań przesiewowych wykonywanych w czasie ciąży były ujemne, a wynik badania cytoonkologicznego wymazu z szyjki macicy był prawidłowy. Grupa krwi 0 Rh plus, wynik badania przesiewowego w kierunku obecności przeciwciał był ujemny. Pacjentkę poinformowano, że zaleca się wykonanie kolejnego cięcia cesarskiego i zapisano jej preparat żelaza. Osiem dni później w badaniu USG miednicy mniejszej stwierdzono prawidłowy płód pojedynczy, biometria odpowiadała 13 tygodniom i 2 dniom, czynność serca płodu była prawidłowa. Łożysko tworzyło się na ścianie tylnej, a ilość płynu owodniowego i obraz przydatków były prawidłowe.

W 20 tygodniu i 6 dniu ciąży, w ponownym badaniu miednicy mniejszej, stwierdzono pojedynczy żywy płód, a z boku po prawej stronie łożysko centralnie przodujące, duże obszary bezechowe w łożysku, brak echogeniczności warstwy mięśnia macicy w okolicy pęcherza moczowego, natomiast w dolnym segmencie macicy poszerzone struktury żyłne ze wzmożonym przepływem. Te cechy sugerowały łożysko przyrośnięte. Długość szyjki macicy wynosiła ponad 3 cm, bez obrazu tunelowania, anatomia płodu, objętość płynu owodniowego i pępowina były prawidłowe. W 21 tygodniu i 2 dniu masa ciała pacjentki wynosiła 63,5 kg, ciśnienie tętnicze 80/64 mm Hg, a wysokość dna macicy odpowiadała wysokości w 21 tygodniu ciąży. Czynność serca płodu wynosiła 140 na minutę.

Siedem dni później pacjentka zgłosiła się do poradni medycyny matczyno-płodowej. Podjęto decyzje dotyczące postępowania.

## Diagnostyka różnicowa

**Dr William H. Barth, Jr.:** Obawiam się ostatecznego rozpoznania w tym przypadku. W trakcie rutynowego badania USG płodu w drugim trymestrze ciąży stwierdziliśmy łożysko centralnie przodujące (ryc. 1A). Biorąc pod uwagę obecność łożyska przodującego u pacjentki z dwoma cięciami cesarskimi w wywiadzie, szacujemy, że ryzyko obecności łożyska przyrośniętego wynosi około 40%.<sup>1</sup> W USG stwierdzono jednak również duże obszary bezechowe w podścielisku łożyska (ryc. 1B), brak prawidłowego hipoechogenicznego pasma mięśniowego pod łożyskiem (ryc. 1C) i zwiększone unaczynienie wokół dolnego odcinka macicy (nie pokazano na rycinie). Łącznie stwierdzenie tych dodatkowych cech pozwalało przypuszczać, że ryzyko wystąpienia łożyska przyrośniętego wynosiło ponad 60%.<sup>2</sup> W związku z obawami dotyczącymi łożyska przyrośniętego spotkaliśmy się z pacjentką, aby omówić to rozpoznanie oraz jego implikacje dla matki i płodu, a także w celu rozpoczęcia planowania sposobu ukończenia ciąży.

Przy pierwszej konsultacji omówiliśmy ryzyko dla płodu związane z obecnością łożyska przodującego i przyrośnię-

tego (zwłaszcza wcześniactwo w przypadku wystąpienia u matki krwotoku przed porodem) oraz poważniejsze ryzyko dla matki, w tym związane z krwotokiem, koniecznością przetoczenia krwi, wykonania histerektomii, możliwością uszkodzenia pęcherza moczowego lub innych narządów miednicy mniejszej, przyjęciem na oddział intensywnej opieki, wentylacją mechaniczną, zatorowością płucną i zgonem.<sup>1</sup> W tym momencie pacjentka jasno stwierdziła, że odmawia przetoczenia produktów krwiopochodnych, nawet w przypadku zagrożenia życia. Chociaż przedstawiono możliwość zakończenia ciąży, pacjentka stwierdziła, że nie jest to opcja, którą ona by rozważała.

Omówiliśmy również możliwości zminimalizowania utraty krwi przy porodzie. Obejmowały one optymalizację zapasów żelaza u matki, farmakologiczne pobudzenie erytropoezy, autologiczne dawstwo i przetoczenie krwi, ostrą przedoperacyjną hemodylucję oraz zastosowanie urządzenia do odzyskiwania komórek krwi przy porodzie. Omówiliśmy zastosowanie balonów w celu wewnątrzmaczyniowej okluzji przy porodzie oraz przedstawiliśmy opcję wykonania histerektomii przy cięciu cesarskim bez podejmowania prób usunięcia łożyska, ponieważ pacjentka nie chciała mieć już więcej dzieci.

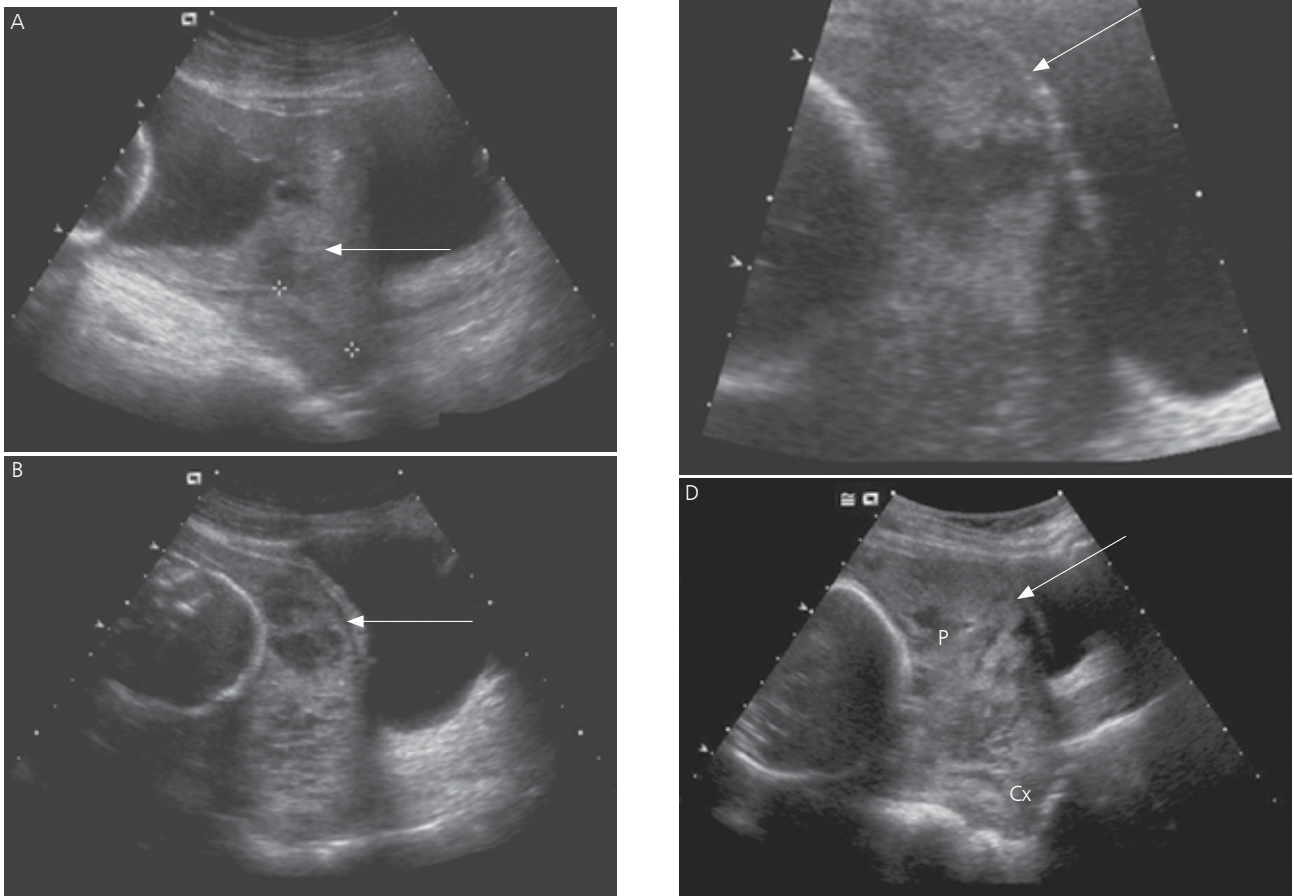
Ponieważ pierwsze badanie USG było wykonane w drugim trymestrze ciąży, zaplanowaliśmy powtórzenie badania USG na początku trzeciego trymestru w celu ponownej oceny lokalizacji łożyska oraz potwierdzenia obecności cech jego przyrośnięcia. Gdyby potwierdzono obecność łożyska przodującego, a cechy przyrośnięcia były niejednoznaczne, planowaliśmy wykonanie badania jamy brzusznej i miednicy mniejszej metodą rezonansu magnetycznego (MR) w celu potwierdzenia rozpoznania.<sup>2</sup> Kontrolne badanie w 27 tygodniu ciąży (ryc. 1D) wykazało łożysko centralnie przodujące i potwierdziło stwierdzone poprzednio cechy łożyska przyrośniętego. Ponieważ cechy stwierdzone w badaniu USG były jednoznaczne, nie wykonywaliśmy MR, uważając, że informacje uzyskane na podstawie tego badania nie wpłynęłyby na nasze postępowanie związane z planowaniem i przygotowaniem się do operacji.

## Rozpoznanie dr. Williama H. Bartha Juniora

Łożysko przodujące i przyrośnięte.

## Omówienie postępowania

**Dr Barth:** Po konsultacji z osobą duchowną z jej kościoła pacjentka odmówiła zastosowania opcji autologicznego dawstwa i przetoczenia krwi, jak również ostrej okołoperacyjnej hemodylucji. Zgodziła się na leczenie żelazem, farmakologiczne pobudzenie erytropoezy oraz autotransfuzję z zastosowaniem urządzenia do odzyskiwania komórek krwi, ponieważ przy autotransfuzji zachowana była



**RYCINA 1** Badania USG

Obrazy wykonane w płaszczyźnie strzałkowej w drugim trymestrze ciąży pokazują szyjkę macicy (część A, kursory) oraz dolny odcinek macicy z łożyskiem pokrywającym ujście wewnętrzne (strzałka), duże nieregularne obszary bezechowe w obrębie podścieliska łożyska (część B, strzałka) oraz utratę prawidłowego hipoechogenicznego pasma myometrium (część C, strzałka), co sugeruje wnikanie łożyska do warstwy mięśniowej. Obraz USG wykonany w trzecim trymestrze ciąży (część D) pokazuje łożysko (P) z nieregularnymi przestrzeniami hipoechogenicznymi, które całkowicie pokrywa szyjkę macicy (Cx). Strzałka pokazuje utratę obrazu hipoechogenicznego mięśnia macicy pod łożyskiem.

ciągłość z jej układem krążenia. Z uwagi na duże ryzyko wystąpienia krwotoku u tej pacjentki, jej żądanie niepodawania żadnych produktów krwiopochodnych, a w następstwie tego duże ryzyko zgonu matki, powołaliśmy zespół interdyscyplinarny składający się z przedstawicieli dziedzin medycyny matczyno-łożyskowej, hematologów, pracowników socjalnych, konsultanta szpitala, anesteziologa położniczego, chirurga naczyniowego, urologa, onkologa ginekologicznego, transfuzjologa, pielęgniarki położniczej i neonatologa. Dr Ecker i Pan Abrams omówią etyczne i prawne zagadnienia związane z tym przypadkiem.

#### ROZWAŻANIA ETYCZNE

**Dr Jeffrey L. Ecker:** U pacjentki w trakcie cięcia cesarskiego może wystąpić istotne klinicznie krwawienie, ale jej religia

nakłada ograniczenia na otrzymywanie przetoczeń krwi. Pacjentka odmówiła zgody na zastosowanie takiego leczenia, nawet gdyby odmowa doprowadziła do zgonu. Przypadki i plany takie jak ten często stawiają zespoły udzielające opieki w sytuacji niekomfortowej i czasami rodzą się wątpliwości, czy pacjenci, zwłaszcza nowi lub ciężarne, mogą lub powinni otrzymywać krew wbrew ich woli. Z punktu widzenia etyki uważam, że to oczywiste, iż nie powinni i przytoczę dwie zasady etyczne, które są podstawą dla mojego wniosku: poszanowanie autonomii i sprawiedliwość.<sup>3</sup>

Poszanowanie autonomii to prawo kompetentnych i właściwie poinformowanych pacjentów do podejmowania decyzji dotyczących ich zdrowia. Poszanowanie autonomii nie jest tym samym, co autonomia, pacjenci nie mogą po prostu dokonywać wyborów lub żądać, aby

lekarz zrobił to, o co poproszą, ale prawo do odmowy zastosowania danej metody leczenia, interwencji lub procedury, niezależnie od tego, jak bardzo jest ona zalecana lub jakie korzyści może przynieść dla zdrowia, ma niewiele, jeśli w ogóle, jakiegokolwiek ograniczenia.<sup>4</sup> Drugą ważną zasadą jest sprawiedliwość – w podobnych sytuacjach należy postępować w podobny sposób. Poszanowanie autonomii nie powinno być uzależnione od płci, tego, czy ktoś ma dzieci, czy jest w ciąży.

Jakie istnieje zatem rozwiązanie dla lekarzy, którzy chcieliby, aby pacjentki, jak omawiana powyżej, dokonały innego wyboru? Poszanowanie autonomii nie znosi obowiązku lekarza do udzielenia informacji. Lekarze muszą być pewni, że pacjenci rozumieją naturę i następstwa swoich decyzji. Biorąc pod uwagę, że rozumienie pacjenta może być ograniczone przez stopień wykształcenia, język i kulturę, lekarze powinni pracować nad przezwyciężeniem tych barier. Powinni również spróbować zrozumieć podstawy takiej decyzji pacjenta, a jeśli to możliwe, odpowiedzieć na wątpliwości lub odnieść się do powodów, które zmuszają pacjenta do wyboru niewłaściwych rozwiązań. Lekarze mogą również, sami lub za pośrednictwem osób budzących zaufanie (np. przyjaciół, rodziny, duchownego), opowiadać się za zalecanym stanowiskiem w celu wpłynięcia na decyzję pacjenta. Poparcie dla danej metody postępowania nie powinno jednak przejść w nacisk i groźby lub rysowanie negatywnych następstw dla pacjenta, jego rodziny lub społeczności w związku z tym, że jego decyzja jest nieetyczna. Rola lekarza jako rzecznika jest również ograniczona do obszarów zawodowych, ale nie osobistych. Nasza rola jako lekarzy polega na wypowiedzeniu się w związku z opieką medyczną, a nie praktykami religijnymi.

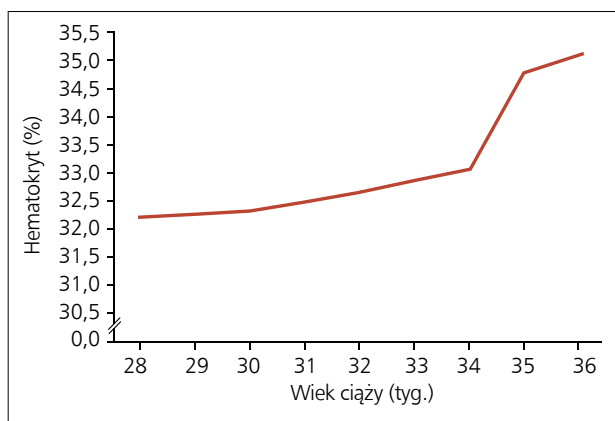
Czasami lekarze mogą czuć się niekomfortowo w związku z wyborem dokonany przez pacjenta i chcieliby nie zajmować się tym pacjentem. W takich przypadkach pacjent może zostać zachęcony do poszukiwania innych lekarzy, akceptujących wybrany przez niego plan leczenia, ale pierwszy lekarz ma obowiązek udzielania pomocy pacjentowi do momentu znalezienia przez niego innych lekarzy.

Podsumowując, opiekując się tą pacjentką, przekonałbym się, czy zrozumiała potencjalne następstwa planu nieprzetaczania produktów krwiopochodnych, w tym możliwość zgonu. Poprosiłbym ją również, aby rozważyła swoją decyzję w kontekście innych rzeczy, które mogą mieć dla niej wartość, takich jak rodzina. Powracałbym do tematu w trakcie dalszej opieki nad ciążą, aby przekonać się, że uzyskała odpowiedzi na wszystkie pytania. Gdyby na koniec jej życzenie, aby nie przetaczać krwi, było wyraźne, uszanowałbym je i przygotował ją do porodu, w którym opcją niedopuszczalną byłoby przetoczenie produktów krwiopochodnych.

**Pan Joshua L. Abrams:** Analizując zagadnienia prawne związane z żądaniem wyrażonym przez tę ciężarną doty-

czącym braku zgody na przetaczanie produktów krwiopochodnych z powodów religijnych, w rozważaniach procedur związanych z porodem jej dziecka należy zacząć od założenia, że dorośli kompetentni pacjenci mają prawo do wyrażania zgody na opiekę medyczną. Obejmuje ono również prawo do niewyrażenia zgody na leczenie, mimo że lekarz je zaleca oraz mimo sprzeciwów członków rodziny i przyjaciół pacjenta.<sup>5,6</sup> Ta ogólna zasada dotyczy każdego pacjenta, który nie wyraża zgody na podanie produktów krwiopochodnych, niezależnie od przyczyny. Jeśli pacjentka wyrazi życzenie związane z zapewnieniem, że produkty krwiopochodne nie będą stosowane, przed zabiegiem będzie zwykle poproszona o pisemną odmowę zastosowania produktów krwiopochodnych. Jeśli dozna ona szkody lub nastąpi zgon z powodu niezastosowania produktów krwiopochodnych w trakcie zabiegu, taki dokument będzie chronił osoby udzielające świadczeń zdrowotnych przed roszczeniami, że mogła uniknąć tej szkody lub przeżyć, gdyby podano produkty krwiopochodne. Uzyskanie takiego dokumentu powinno obejmować dyskusję między lekarzem udzielającym świadczeń a pacjentką na temat ryzyka związanego z odmową podania produktów krwiopochodnych oraz odpowiedź na wszelkie pytania, jakie pacjentka może zadać w związku z metodami alternatywnymi dla podania produktów krwiopochodnych. Oświadczenie powinno zawierać potwierdzenie, że taka rozmowa się odbyła oraz że pacjentka uzyskała odpowiedzi na wszelkie pytania.

Mąż tej pacjentki nie ma prawa do zablokowania jej decyzji, jeśli pacjentka nie jest pozbawiona prawa do samodzielnego podejmowania decyzji dotyczących opieki medycznej. Istnieją ograniczone okoliczności, w których ciężarna może zostać zmuszona do przyjęcia produktów krwiopochodnych wbrew jej woli (choć należy rozważyć zastosowanie metod alternatywnych nawet w takiej sytuacji). Jeśli ciężarna nie jest mężatką, musi wykazać, że w razie jej zgonu lub gdy zostanie uznana za niezdolną do opieki nad dzieckiem, ktoś weźmie odpowiedzialność za nowo narodzone i pozostałe dzieci. Taka osoba lub osoby muszą potwierdzić przed zabiegiem, że wezmą odpowiedzialność za dziecko.<sup>7,8</sup> Jeśli istnieje uznany rodzic lub opiekun innych dzieci, lub pacjentka jest mężatką, ta zgoda nie jest konieczna, ponieważ uznany rodzic lub opiekun już jest odpowiedzialny za opiekę nad dzieckiem. Jeśli nie ma żadnego potwierzonego opiekuna dziecka, matka może zostać zmuszona do zaakceptowania podania produktów krwiopochodnych, jeśli to konieczne, aby zapobiec jej śmierci. (Prawodawstwo polskie nie przewiduje takiej możliwości – RD) W omawianym przypadku pacjentka jest mężatką, a mąż jest oficjalnie odpowiedzialny za dziecko, dlatego powyższe potwierdzenie nie jest konieczne. Mąż nie może zrzec się tej odpowiedzialności, a pacjentka nie może zostać legalnie przymuszona do podania produktów krwiopochodnych.



**RYCINA 2** Odpowiedź układu krwiotwórczego matki na dodatkową suplementację żelazem oraz stymulację erytropoezy za pomocą darbapoetyny  $\alpha$

Począwszy od 28 tygodnia ciąży pacjentce przepisano 325 mg siarczana żelaza na dobę, co zostało zmienione na 150 mg polisacharydu żelaza dwa razy na dobę. Dwa tygodnie później rozpoczęto podawanie 300  $\mu$ g darbapoetyny  $\alpha$ , co dwa tygodnie w celu pobudzenia erytropoezy.

**TABELA**

**Klasyfikacja łożysk nieprawidłowo przytwierdzonych**

Rozpoznanie	Cechy histopatologiczne
Łožysko przyrośnięte	Łožysko jest przytwierdzone do mięśnia macicy bez wnikania doczesnej
Łožysko wrośnięte	Łožysko znajduje się w obrębie (jest otoczone przez) mięśnia macicy.
Łožysko przerośnięte	Tkanka łożyska znajduje się poza macicą lub na błonie surowiczej macicy

**PLANOWANIE PORODU**

**Dr Barth:** Po dodatkowych rozmowach z pacjentką, jej mężem, specjalistami medycyny matczyno-płodowej, pracownikami socjalnymi oraz po konsultacji prawnej ustaliliśmy i udokumentowaliśmy wcześniej, że decyzja pacjentki o braku zgody na przetoczenie krwi będzie honorowana, nawet gdyby doprowadziło to do jej zgonu. Chociaż pacjentka przyjmowała doustnie 325 mg siarczana żelaza na dobę, badania laboratoryjne wykonane w 27 tygodniu ciąży wykazały łagodną niedokrwistość, hematokryt wynosił 29,1%. Po uzyskaniu porady od konsultanta hematologa pacjentka zaczęła przyjmować 150 mg polisacharydu żelaza dwa razy na dobę, a dwa tygodnie później rozpoczęła leczenie 300  $\mu$ g darbapoetyny  $\alpha$  (preparat erytropoetyny) podawanymi co dwa tygodnie (ryc. 2).

Po ukończeniu 36 tygodnia ciąży zaplanowaliśmy wykonanie kolejnego cięcia cesarskiego z natychmiastowym usunięciem macicy, bez podejmowania prób usunięcia łożyska, na sali chirurgii naczyniowej, na ogólnym bloku

operacyjnym. Po konsultacji zespołu wielospecjalistycznego zaplanowaliśmy wykonanie licznych czynności, które rutynowo nie są wykonywane w trakcie cięcia cesarskiego. Te czynności zostały wykonane w następującej kolejności: zapewnienie dostępu do naczyń o dużej średnicy, założenie cewnika tętniczego w celu monitorowania ciśnienia tętniczego krwi i uzyskania krwi do niezbędnych badań laboratoryjnych, wykonanie znieczulenia zewnątrzoponowego, założenie przed operacją cewników moczowodowych oraz fluoroskopowe założenie wewnątrznaczyniowych balonów okluzyjnych do tętnic biodrowych wewnętrznych, które miały zostać wypełnione zaraz po wydobyciu płodu. Zaplanowaliśmy również zastosowanie urządzenia do autotransfuzji odzyskującego komórki krwi, po oczyszczeniu pola operacyjnego z płynu owodniowego.<sup>9</sup> Wybraliśmy planowe ukończenie ciąży w wieku ciążowym 36 tygodni, uważając, że ryzyko dla noworodka związane z późnym porodem przedwczesnym było mniejsze niż trudności, na jakie mógłby napotkać zespół wielospecjalistyczny kilkanaście godzin później w trybie nagłym. Dwa dni przed porodem podaliśmy kurs betametazonu w celu przyspieszenia dojrzewania płuc płodu.

**ZMINIMALIZOWANIE UTRATY KRWI W PRZYPADKU ŁOŻYSKA PRZODUJĄCEGO I ŁOŻYSKA PRZYROŚNIĘTEGO**

**Dr Christopher J. Kwolek:** O łożysku przyrośniętym mówimy wtedy, gdy kosmki łożyska wnikają do myometrium. O łożysku przerośniętym mówimy wtedy, gdy kosmki przenikają przez błonę surowiczą i mogą się znajdować na przylegających strukturach, takich jak pęcherz moczowy (tabela). Ponad 80% pacjentek z łożyskiem przerośniętym ma jednocześnie łożysko przodujące, co wiąże się z ryzykiem utraty krwi powyżej 3000 ml.

Opisano wiele metod mających na celu zminimalizowanie okołoporodowej utraty krwi u pacjentek, takich jak omawiana, przez zmniejszenie przepływu krwi w miednicy mniejszej. Otwarte operacyjne ograniczenie unaczynienia może obejmować podwiązanie tętnic biodrowych wewnętrznych lub gałęzi tętnicy macicznej. Opisano również czasowe zaklemowanie aorty poniżej odejścia tętnic nerkowych, a powyżej tętnic biodrowych wspólnych. Wykonanie tych procedur przed wydobyciem płodu spowoduje jednak upośledzenie płodowego przepływu krwi. Dodatkowo uwidocznienie tych naczyń przed porodem może być trudne z powodu rozmiarów ciężarnej macicy. Czekać do momentu wydobycia płodu umożliwi lepszą ekspozycję, ale bardzo zwiększa objętość utraconej krwi.

W zmniejszaniu okołoporodowej utraty krwi również skuteczne były metody oparte na zastosowaniu cewników naczyniowych, takie jak embolizacja za pomocą sprężynki lub gąbki spongostanowej, albo czasowa okluzja balonowa. Należy rozważyć dodatkowe ryzyko związane z ekspozycją płodu na promieniowanie oraz możliwą zakrzepicę lub embolizację naczyń udowych kończyn dol-

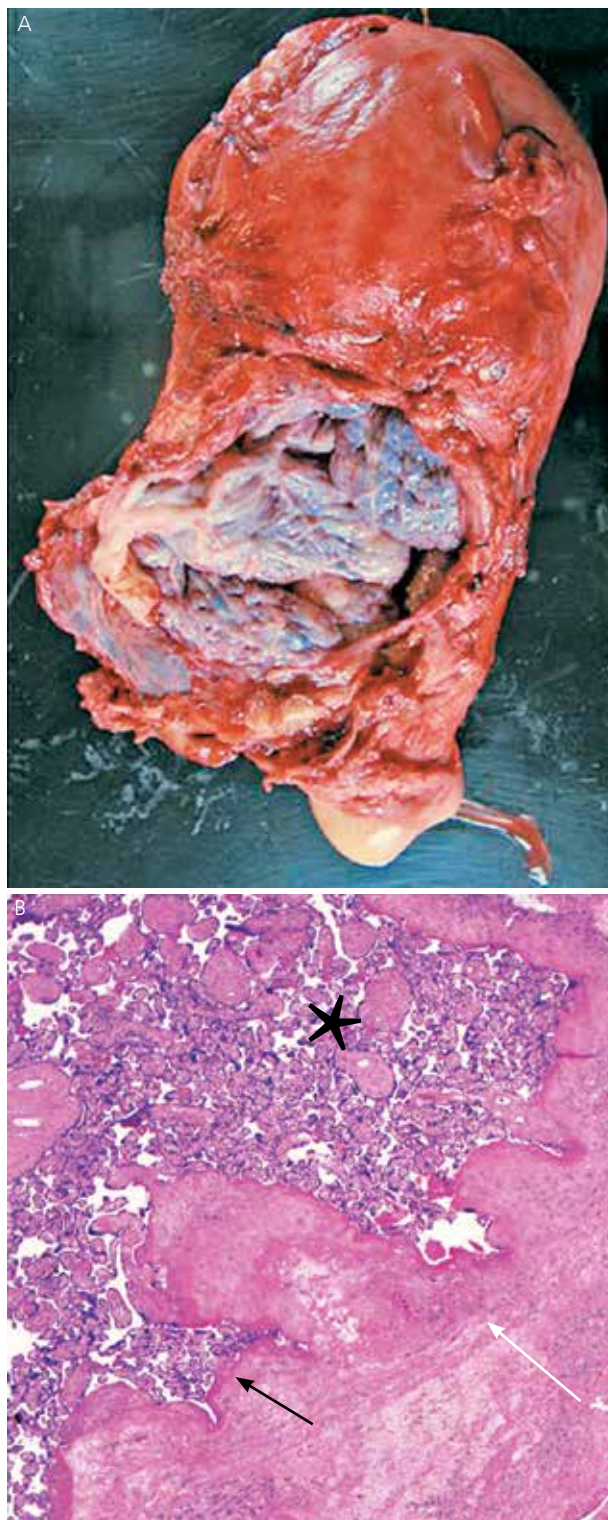
nych. Chociaż czasowa okluzja balonowa ma taką zaletę, że jest odwracalna, często musi być połączona z histerektomią w celu zminimalizowania ryzyka wystąpienia poporodowych powikłań krwotocznych. Nowe urządzenia do obrazowania znajdujące się na sali operacyjnej chirurgii naczyniowej umożliwiają teraz wykonanie tych zabiegów na tej sali, eliminując konieczność transportu pacjentki do zakładu radiologii z cewnikami, prowadnicami i koszulkami naczyniowymi. Blok operacyjny zapewnia także możliwość szybkiego wykonania znieczulenia oraz dostępność personelu pomocniczego sali operacyjnej, jak również takich urządzeń, jak aparat do autotransfuzji i odzyskiwania komórek krwi oraz urządzenia do szybkiego toczenia krwi.

W jednym badaniu wykazano, że wykonanie okluzji balonowej naczyń tętniczych zmniejszyło nasilenie krwawienia związanego z łożyskiem przyrośniętym w porównaniu z porównywaną, historyczną grupą kontrolną.<sup>10</sup> Autorzy stwierdzili mniejszą utratę krwi, zmniejszenie objętości przetoczanej krwi oraz skrócenie czasu trwania operacji u pacjentek, u których wykonano czasową okluzję balonową tętnic biodrowych wewnętrznych. U omawianej pacjentki wybraliśmy zastosowanie kombinacji czasowej okluzji balonowej tętnic biodrowych wewnętrznych z histerektomią, w celu zminimalizowania ryzyka powikłań krwotocznych.

W celu uzyskania czasowej okluzji balonowej założyliśmy wykonanie obustronnej wstecznej punkcji tętnic udowych wspólnych z założeniem koszulek naczyniowych 6 French, a następnie wykonanie selektywnej kauteryzacji tętnicy biodrowej wewnętrznej po tej samej stronie, z zastosowaniem cewnika kołnierowego, oraz wykonanie obustronnej angiografii tętnic biodrowych wewnętrznych. Następnie chcieliśmy założyć balony do angioplastyki o średnicy od 8 mm do 2 cm w każdym odcinku proksymalnym tętnicy wewnętrznej oraz napełnić je pod kontrolą fluoroskopii w celu potwierdzenia powodzenia skutecznej okluzji tętnicy biodrowej wewnętrznej. W trakcie porodu zaplanowaliśmy zastosowanie ciśnieniowego manometru – endoflatora do napełniania i opróżniania balonów w celu uzyskania danego ciśnienia bez stosowania fluoroskopii. Zaplanowaliśmy przymocowanie koszulek i cewników do skóry wraz z endoflatorem oraz napełnienie balonów biodrowych wewnętrznych do ciśnienia nominalnego (4 atm) w trakcie wydobycia płodu. Po wykonaniu histerektomii zaplanowaliśmy wykonanie desuflacji balonów po kolei w celu poszukiwania miejsca krwawienia i usunięcie ich pod kontrolą fluoroskopii po zamknięciu jamy brzusznej.

## PORÓD

**Dr Panda:** Pacjentka została przyjęta do szpitala po ukończeniu 36 tygodni 1 dnia ciąży i przewieziona na salę operacyjną przez mnie i dra Michaela Greene’a (ginekolog-położnik), ponieważ miała być operowana tego dnia jako pierwsza wcześniej rano. Przed operacją hematokryt wynosił 34,3%, a stężenie hemoglobiny 11,7 g/dl. Zespół



**RYCINA 3** Badanie anatomopatologiczne macicy

Część A, obraz preparatu macicy (od przodu, szyjka macicy znajduje się na dole), widać duże uszkodzenia w dolnym odcinku macicy, dzięki czemu widoczne jest nieoddzielone łożysko. Na błonie surowiczej macicy nie stwierdza się obecności tkanki łożyskowej. Zdjęcie mikroskopowe preparatu dolnego odcinka macicy (część B, barwienie hematoksyliną i eozyną) pokazuje, że łożysko (gwiazdka) przylega bezpośrednio (czarna strzałka) do uszkodzonego i ścieńczonego mięśnia macicy (biała strzałka).

anestezjologiczny rozpoczął procedurę przez założenie cewników do toczenia płynów oraz monitorowania ciśnienia – dwa cewniki dożylnie obwodowe o dużej średnicy oraz wkłucie do żyły szyjnej wewnętrznej w celu monitorowania ośrodkowego ciśnienia żylnego oraz cewnik do tętnicy promieniowej, a następnie wykonano znieczulenie zewnątrzoponowe. Zespół urologiczny wykonał cystoskopię z założeniem cewników moczowodowych po obu stronach. Następnie wkroczył zespół chirurgów naczyniowych, który postępował zgodnie z planem opisanym wcześniej przez dr. Kwołka. Specjalista obsługiwał urządzenie do odzyskiwania komórek krwi.

Wykonano znieczulenie ogólne, a następnie zaczęły działać zespoły położników i ginekologów onkologicznych. Wykonano nacięcie podłużne skóry od spojenia łonowego do wysokości około 4 cm powyżej pępka, a następnie macicę nacięto podłużnie powyżej miejsca zagnieżdżenia łożyska. Urodził się noworodek płci żeńskiej, wagą 2550 g, w 1 i 5 minucie punktacja w skali Apgar wynosiła odpowiednio 4 i 8 punktów. Po wydobyciu noworodka napełniono balony i szybko zamknięto macicę. Następnie zbadaliśmy miednicę mniejszą i okazało się, że tkanka łożyskowa znajduje się na zewnątrz macicy i sięga do ścian miednicy po obu stronach. Razem z dr. Marcelą Del Carmen, ginekologiem onkologicznym, wykonaliśmy histerektomię, usuwając razem macicę, szyjkę macicy oraz łożysko. Założyliśmy liczne szwy ósemkowe w celu kontroli krwawienia z pęczków naczyniowych. Po opróżnieniu balonów w naczyniach biodrowych hemostaza była utrzymana. Po wypełnieniu pęcherza moczowego izotonicznym roztworem soli zabarwionym karminowym indygo stwierdzono zachowanie jego ciągłości. Nacięcie powłok zostało zamknięte w sposób typowy.

W czasie trwania operacji stan pacjentki był stabilny, szacunkowa utrata krwi wynosiła 3 litry. Przetoczono jej z powrotem 1,1 litra z urządzenia do autotransfuzji. Po 7 godzinach z sali operacyjnej została przewieziona na oddział intensywnej opieki chirurgicznej, gdzie jej stan nadal był stabilny. Została ekstubowana później tego samego dnia. W 1 dniu po operacji hematokryt wynosił 26,4%, a stężenie hemoglobiny 9,3 g/dl.

## Omówienie wyniku histopatologicznego

**Dr Drucilla J. Roberts:** Do zakładu anatomopatologii trafiła usunięta macica z nieoddzielonym łożyskiem. W badaniu makroskopowym stwierdzono macicę, której dolny odcinek został uszkodzony w trakcie działań chirurgicznych, na powierzchni nie stwierdzono obecności tkanki łożyskowej (ryc. 3A). Stwierdzono obecność łożyska centralnie przodu, mocno przytwierdzonego do dolnego odcinka macicy. W preparatach histologicznych wykonanych przez uszkodzone brzożki stwierdzono, że łożysko przylegało bezpośrednio do mięśnia macicy stanowiącego bliznę, bez wniknięcia doczesnej. Ta cecha jest diagnostyczna dla łożyska przyrośniętego (ryc. 3B i tabela). Dolny odcinek macicy

do przodu od uszkodzonych rozerwanych miejsc był bardzo cienki i w wielu miejscach między łożyskiem a błoną surowiczą warstwa myometrium była bardzo cienka. Nie stwierdziliśmy obecności łożyska wrośniętego ani przerośniętego (tabela). Pozostałe części macicy i łożyska były niezmiennione.

W tym przypadku preparaty histopatologiczne pozwalają jasno ustalić rozpoznanie łożyska przyrośniętego, ale rozpoznanie łożyska przyrośniętego może być trudne, nawet w przypadku pozostawienia macicy i łożyska *in situ*. Często rozpoznanie najłatwiej ustalić klinicznie. łożyska wrośnięte i przerośnięte występują rzadko i można je jednoznacznie rozpoznać tylko histopatologicznie w badaniu ciężarnej macicy. Większość przypadków łożyska wrośniętego i przerośniętego nie jest spowodowanych przez nieprawidłową implantację (tzn. łożysko, które w nieprawidłowy sposób wrasta w macicę), ale raczej rozejście się lub pęknięcie blizny macicy po cięciu cesarskim w miejscu zagnieżdżenia się łożyska.<sup>11</sup>

**Dr Michael F. Greene** (położnik-ginekolog): Pacjentka została wypisana ze szpitala w ósmym dniu po operacji. Stężenie hemoglobiny wynosiło 10,3 g/dl, a hematokryt 31,5%. Podczas zaplanowanej wizyty 20 dnia po operacji pacjentka odczuwała minimalny dyskomfort związany z raną i nie zgłaszała krwawienia z dróg rodnych. Stężenie hemoglobiny wynosiło 11,4 g/dl, hematokryt 36,4%, a retikulocytoza 4,4%. Stężenie ferrytyny w surowicy (66 ng/ml), żelaza (89 µg/dl [16 µmol/l]) i całkowita zdolność wiązania żelaza (273 µg/dl [49 µmol/l]) były w granicach norm. Podczas ostatniej zaplanowanej wizyty 41 dnia po operacji pacjentka czuła się dobrze i stwierdziła, że karmi piersią. Rana brzucha zagoiła się prawidłowo, błona śluzowa pochwy była prawidłowo zestrogenizowana, a szczyt pochwy prawidłowo zagojony. Nie powtarzano badań laboratoryjnych. Pacjentka została skierowana pod opiekę lekarza rodzinnego.

## Rozpoznanie anatomiczne

Łožysko przodu, przyrośnięte.

Ten przypadek został przedstawiony w Obstetrics and Gynecology Grand Rounds. Nie zgłoszono żadnego potencjalnego konfliktu interesów w związku z tym artykułem. Stosowne oświadczenia autorów są dostępne wraz z pełnym tekstem tego artykułu na stronie internetowej NEJM.org.

From the New England Journal of Medicine 2011;365:359-66. Translated and reprinted in its entirety with permission of the Massachusetts Medical Society. Copyright © 2011 Massachusetts Medical Society. All rights reserved.

Dziękujemy dr. Michaelowi F. Greene za pomoc w przygotowaniu opisu przypadku oraz edycji wcześniejszej wersji tego artykułu.

## PIŚMIENICTWO

1. Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, et al. Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. *Obstet Gynecol* 2006;107:1226-32.
2. Warshak CR, Eskander R, Hull AD, et al. Accuracy of ultrasonography and magnetic resonance imaging in the diagnosis of placenta accreta. *Obstet Gynecol* 2006;108:573-81.
3. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 5th ed. Oxford, England: Oxford University Press, 2001.

4. Gyamfi C, Gyamfi MM, Berkowitz RL. Ethical and medicolegal considerations in the obstetric care of a Jehovah's Witness. *Obstet Gynecol* 2003; 102:173-80.
5. Superintendent of Belchertown State School v. Saikewicz. 373 Mass 728 (1977).
6. Shine v. Vega. 429 Mass 456 (1999).
7. Norwood Hospital v. Munoz. 409 Mass 116 (1991)
8. Beth Israel Hospital v. Stockton. Massachusetts Lawyers Weekly. June 24, 1991.
9. Rebarber A, Lonser R, Jackson S, Copel JA, Sipes S. The safety of intraoperative autologous blood collection and autotransfusion during cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1998;179:715-20.
10. Tan CH, Tay KH, Sheah K, et al. Perioperative endovascular internal iliac artery occlusion balloon placement in management of placenta accreta. *AJR Am J Roentgenol* 2007;189:1158-63.
11. Tantbirojn P, Crum CP, Parast MM. Pathophysiology of placenta creta: the role of decidua and extravillous trophoblast. *Placenta* 2008;29:639-45.

## KOMENTARZ

**Prof. dr hab. n. med. Romuald Dębski**  
Redaktor naczelny *Ginekologii po Dyplomie*

**W** omawianym przypadku nakładają się dwa zjawiska utrudniające bezpieczne ukończenie ciąży. Przekonania religijne uniemożliwiające podanie preparatów krwiopochodnych oraz łożysko przodujące wrosnięte w bliznę po cięciu cesarskim.

Powinniśmy pamiętać, że stanowisko świadków Jehowy w stosunku do różnych wersji leczenia preparatami krwi może się dość mocno różnić. Zawsze powinniśmy uzyskać informacje, na jakie postępowanie wyraża zgodę pacjentka. Informacje te, a właściwie skala zastrzeżeń, powinny zostać udokumentowane w historii choroby i parafowane własnoręcznie podpisem pacjentki. Niektóre pacjentki nie akceptują żadnego sposobu podawania preparatów krwi, niektóre akceptują autotransfuzję śródoperacyjną, jeszcze inne wyrażają zgodę na przetoczenie własnej krwi pobranej kilka miesięcy wcześniej. Co prawda w Polsce istnieje zakaz dawstwa krwi w przypadku kobiet ciężarnych, ale kilka razy w życiu udało mi się namówić transfuzjologów do pobrania krwi ciężarnej albo do przyszłej autotransfuzji, albo do transfuzji dopłodowej w przypadku dużych problemów z doborem dawcy. Typowym tego przykładem jest problem z dobraniem preparatu krwinek płytkowych w ciążach z alloimmunotrombocytopenią płodu. Często jedynym rozwiązaniem jest podanie płodowi z ciężką małopłytkowością właśnie koncentratu krwinek płytkowych uzyskanych od matki.

Ale wróćmy do tematu świadków Jehowy. Większość z nich akceptuje podanie preparatu czynnika VIIa (NovoSeven) i właśnie wzmianki o takiej możliwości zabezpieczenia brakuje mi w artykule.

Z ciężkim sercem to piszę, ale jesteśmy zobligowani niezależnie od sytuacji klinicznej respektować zastrzeżenia pacjentów. Zarówno pacjent, jak i lekarz mają swoje prawa. Pacjent ma prawo odmówić zgody na wykonanie jakiegokolwiek procedury, może nie zgodzić się na operację, uzupełniającą chemioterapię, podanie antybiotyku ani przetoczenie krwi. I nawet jeżeli jesteśmy przekonani, że czyni sobie szkodę, to takie jest prawo pacjenta. Z drugiej strony pacjent też nie może wymusić na nas żadnego działania. Oczywiście wolę pacjenta powinniśmy

wziąć pod uwagę, ale jeżeli uważamy, że operacja, którą sobie wymyślił, jakiś inny, wymarzony przez niego lek, jakieś granulki czy inne paramedycy, najnowszy sposób leczenia znaleziony właśnie w internecie czy dziesiątki niepotrzebnych badań nie są w stanie w niczym pomóc albo nawet mogą pogorszyć jego stan, to nie jesteśmy zobligowani do realizacji tych życzeń. Najkrócej, pacjent może wejść na Pałac Kultury i z niego skoczyć – to jego prawo, ale nie może domagać się, abym mu w tym pomagał i zepchnął go w przepaść.

Druga strona przedstawianego przypadku to jedno z najcięższych powikłań położniczych – wrosnięcie łożyska w bliznę po przebytym cięciu cesarskim. Problem coraz częstszy, bo i cięć znacznie więcej, no i jakość blizny, niestety, często pozostawia wiele do życzenia. Łožysko leżące na przedniej ścianie macicy pokrywające ujście wewnętrzne w 20 tygodniu ciąży to właściwie jeszcze fizjologia. W ogromnej większości ulegnie ono migracji i w trzecim trymestrze nawet już nie będzie łożyskiem niskoschodzącym, będzie miało zupełnie prawidłową lokalizację. Gorzej rokuje łożysko przodujące zlokalizowane na ścianie tylnej – nie wiem dlaczego, ale migruje znacznie oporniej. Najgorzej jednak jest wtedy, kiedy łożysko centralnie przodujące pokrywa wysokość, oczywiście leżącej na ścianie przedniej, blizny po cięciu cesarskim. Migracja żadna, jak było przodujące, tak zostanie. Ogromnie ważna jest dobra ocena ultrasonograficzna – ciągłość mięśnia macicy, ewentualna inwazja łożyska w mięsień macicy lub, co gorsza, w ścianę pęcherza moczowego. Przy podejrzeniu nacieku ściany pęcherza moczowego warto jeszcze w ciąży poprosić urologów o cystoskopię i w przypadku widocznej inwazji łożyska założyć cewniki moczowodowe nawet na miesiąc, dwa przed porodem. W donoszonej ciąży, jeżeli dojdzie do ustalenia się główki we wchodzie, cystoskopia będzie bardzo trudna, a uwidocznienie ujść moczowodowych może być niemożliwe.

W warunkach polskich pacjentka z łożyskiem centralnie przodującym pozostawałaby od 28-30 tygodnia ciąży w szpitalu. W opisywanym przypadku ciąża prowadzona była ambulatoryjnie do 36 tygodnia. Postępowanie takie wcale nie jest takie nierozsądne – łożysko przerosnięte, w przeciwieństwie do „zwykłego” łożyska przodującego, rzadko krwawi, wręcz są problemy z jego oddzieleniem, a przecież to właśnie oddzielanie się łożyska od dolnego odcinka jest przyczyną



krwawienia z łożyska przodu. Nie do końca rozumiem, dlaczego pacjentkę bez objawów rozwiązano elektywnie w 36 tygodniu ciąży. Ryzyko, że zacznie ona samoistnie rodzić i trzeba będzie wykonać nagle cięcie cesarskie, w gruncie rzeczy zależy od tego, jak długo trwała poprzednia ciąża i czy w obecnej nie występują jakieś nowe czynniki ryzyka porodu przedwczesnego. Jeżeli poprzednia ciąża została zakończona cięciem cesarskim w terminie lub po terminie porodu, nie ma wielowodzia, ciąży wielopłodowej itd., to prawdopodobieństwo, że czynność porodowa rozpocznie się w 37 tygodniu ciąży jest naprawdę niewielkie. Przypominam, że zgodnie z wytycznymi RCOG, jeżeli mamy ciążę ukończyć elektywnym cięciem cesarskim, to profilaktykę steroidową stosujemy do ukończenia 38 tygodnia ciąży.

Przygotowując się do cięcia cesarskiego z łożyskiem wrośniętym w bliźnię, normalnie powinniśmy zarezerwować kilka jednostek masy czerwonych krwinek. W przedstawianej sytuacji ze względów światopoglądowych pacjentki zrezygnowano z tego zabezpieczenia. Bardzo ważne jest przygotowanie sprawnego zespołu operacyjnego – doświadczeni położnicy, ewentualne wsparcie urologiczne, chirurgiczne. Każda ciężarna z łożyskiem wrośniętym w bliźnię powinna zostać uprzedzona o konieczności wykonania poporodowej histerektomii. Pierwotne założenie wykonania cięcia klasycznego i usunięcia macicy jest chyba postępowaniem stwarzającym najmniejsze ryzyko, choć trzeba pamiętać, że poporodowe usunięcie macicy z łożyskiem centralnie przodu może być znacznie trudniejsze od np. histerektomii wykonywanej z powodu atonii czy pęknięcia macicy. Podwiązanie czy podkucie tętnic macicznych wcale nie musi zmniejszyć krwawienia. Główne unaczynienie dolnego odcinka, w którym znajduje się łożysko, może pochodzić z naczyń pochwojących

czy odbytowych i krwawienie może wymagać podwiązania naczyń biodrowych wewnętrznych. Dlatego też bardzo interesującą opcją jest założenie czasowych balonów do tętnic biodrowych. Wypełnienie ich po wydobyciu dziecka zatrzymuje dopływ krwi tętniczej do macicy i stwarza możliwość w miarę spokojnego opanowania krwawienia. Tylko w ilu oddziałach w Polsce możliwe będzie wykonanie tej procedury?

Nie wolno zapomnieć o jeszcze jednym sposobie postępowania. Ostatnio w *Ginekologii Polskiej* ukazały się doniesienia zespołu profesora Bręborowicza o możliwości pozostawiania wrośniętego łożyska w macicy po cięciu cesarskim. Sposobu takiego nie można jednak zastosować w takiej sytuacji jak opisywana, gdzie, jak wynika z opisu operacji, łożysko dochodziło do ścian miednicy, czy też takiej, jaką miałem okazję ostatnio sam przeżyć, gdy po otwarciu powłok (*nota bene* cięciem poprzecznym z wycięciem starej bliźni; nie widzę zysku z cieciami podłużnymi przy wiotkich podatnych powłokach, takich jak w ciąży donoszonej) okazało się, że na szerokości kilku centymetrów dolny odcinek macicy utworzony był przez samą tkankę łożyskową.

Przedstawione przygotowania do porodu, wykorzystanie kilku różnych, niezbyt powszechnych metod zabezpieczenia się przed nadmierną utratą krwi, zaczynając od hemodylucji, przez autotransfuzję, skojarzone znieczulenie – przewodowe i ogólne, zabezpieczenie cewnikami moczowodów, czasowe balony w naczyniach biodrowych, aż po pierwotną decyzję o poporodowym usunięciu macicy są naprawdę imponujące. W moim odczuciu nawet nieco nadmierne. Ale stara prawda medyczna głosi, że powikłania występują tam, gdzie się ich nie spodziewamy, jeżeli je przewidujemy i przygotowujemy się na nie, to nagle w trakcie operacji okazuje się to wcale nie takie trudne. Najważniejsze – przewidywać.

## KOMENTARZ

**Mgr prawa, dr n. med. Justyna Zajdel**  
 Adiunkt w Zakładzie Prawa Medycznego  
 UM w Łodzi

**KIEDY PACJENT MOŻE WYRAZIĆ SPRZECIW?**

Na płaszczyźnie udzielania świadczeń zdrowotnych etyka i prawo łączą się ze sobą, ale każda z tych dziedzin pozostaje odrębna, a naruszenie zasad prawnych i etycznych pociąga za sobą zupełnie inne konsekwencje. Co jest ważniejsze – zasady etyczne czy normy prawne? Odpowiedź na to pytanie budzi stale kontrowersje w środowisku medycznym. To, co wydaje się i jest etyczne, pozostaje często w konflikcie z obowiązującymi regulacjami prawnymi. Doskonałym przykładem są sytuacje, w których pacjent odmawia wykonania zabiegu przetoczenia krwi w sytuacji zagrożenia, co stoi w oczywistym konflikcie z etycznym obowiązkiem lekarza dotyczącym ratowania życia i zdrowia.

**CO JEST WAŻNIEJSZE: ETYKA CZY PRAWO?**

Zasady etyczne określone w Kodeksie Etyki Lekarskiej mają charakter norm zwyczajowych, których zastosowanie wynika z wykonywania określonego zawodu i zachowań przyjętych w danej grupie społecznej. Warto zaznaczyć, że Kodeks Etyki Lekarskiej nie jest mimo swojej nazwy aktem normatywnym, co powoduje, że zawarte w nim zapisy odnoszą się jedynie do sumienia i zasad współżycia społecznego. Prawa i obowiązki każdego obywatela RP (bez względu na wykonywany zawód i inne czynniki różnicujące) określają wiążąco regulacje zawarte w aktach normatywnych, czyli ustawach, rozporządzeniach, zarządzeniach, obwieszczeniach. Naruszenie zasad etycznych zebranych w dokumentach nie stanowiących aktu normatywnego (np. w KEL), może być wyłącznie przedmiotem postępowania przed sądami lekarskimi. Normy prawne określają sposób postępowania w sposób sztywny, a ich naruszenie może skutkować poniesieniem odpowiedzialności cywilnej i karnej przed sądami powszechnymi. W codziennej praktyce lekarz powinien kierować się zasadami określonymi w aktualnych regulacjach prawnych, co eliminuje ryzyko odpowiedzialności cywilnej (odszkodowawczej) i karnej za naruszenie praw pacjenta dotyczących między innymi prawa do wyrażania świadomej zgody lub świadomego sprzeciwu na proponowane czynności lecznicze.

Zgodnie z art. 32 ust. 1 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry z 5.12.1996 r., Dz.U. 2008 r. nr 136, poz. 857, ze zm. „lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych (...), po wyrażeniu zgody przez pacjenta”. Oznacza to, że udzielnie każdego świadczenia zdrowotnego bez względu na jego rodzaj i charakter uzależnione jest od wyrażenia zgody, a sprzeciw wyrażony przez pacjenta uniemożliwia wykonanie czynności leczniczej zgodnie z prawem.

Zgoda i sprzeciw są skuteczne, a co za tym idzie kształtujące postępowanie lekarza, jeżeli wyrażane są przez osobę pełnoletnią i nieubezwłasnowolnioną wyrokiem sądu. Sprzeciw wyrażony przez pacjentów małoletnich, ubezwłasnowolnionych lub niezdolnych do świadomego podjęcia decyzji (np. nietrzeźwych, znajdujących się pod wpływem narkotyków, leków silnie działających, znajdujących się w stanie uniemożliwiającym podjęcie świadomej decyzji) nie jest ostateczny i może być modyfikowany decyzją lekarza lub sądu. Kwestie te wykraczają poza merytoryczny zakres komentarza, który odnosi się wyłącznie do sprzeciwu osób pełnoletnich i nieubezwłasnowolnionych.

Specyficznym wyjątkiem w prawie polskim jest sytuacja kobiet, które po ukończeniu szesnastego roku życia zawarły związek małżeński za zgodą sądu opiekuńczego. Wymienione osoby traktowane są w świetle prawa jako pełnoletnie, co powoduje, że ich decyzje (zgoda lub sprzeciw) są w pełni autonomiczne i nie mogą być modyfikowane decyzją rodziców lub innych podmiotów.

Jakkolwiek trudne do zaakceptowania z punktu widzenia zasad etycznych związanych z wykonywaniem zawodu lekarza, w świetle regulacji prawnych oczywiste jest, że sprzeciw pacjenta przeciwko wykonaniu czynności leczniczej uniemożliwia jej podjęcie, a wykonanie czynności wbrew woli pacjenta pociąga za sobą odpowiedzialność cywilną (odszkodowawczą) i karą.

W praktyce często mówi się o sprzeciwie wobec wykonania zabiegu przetoczenia krwi ze względów religijnych lub światopoglądowych. Należy jednak pamiętać, że prawo do wyrażenia sprzeciwu wobec przetoczenia krwi ma każdy pełnoletni i nieubezwłasnowolniony pacjent bez względu na wyznanie, światopogląd i inne aspekty.

Wynika to z faktu, że postępowanie przymusowe w medycynie jest wyjątkiem od zasady podejmowania decyzji dotyczących postępowania leczniczego i dotyczy przypadków ściśle określonych przez przepisy prawa (m.in. dotyczy postępowania w przypadku leczenia zakażeń i chorób zakaźnych, leczenia osób chorych lub zaburzonych psychicznie, postępowania wobec osób oskarżonych i osadzonych oraz osób podejrzewanych o popełnienie przestępstwa drogowego pod wpływem alkoholu).

Podsumowując, należy podkreślić, że pełnoletni i nieubezwłasnowolniony pacjent ma prawo wyrazić sprzeciw wobec proponowanej czynności leczniczej. Nie ma przy tym znaczenia, że jest to czynność ratująca życie lub chroniąca przed ciężkim rozstrojem zdrowia.

Żeby sprzeciw uznać za wiążący dla lekarza, jego wyrażenie musi zostać poprzedzone przekazaniem pacjentowi przystępnej informacji na temat negatywnych następstw podejmowanej przez niego decyzji. Fakt, że pacjentowi udzielono takiej informacji, powinien zostać odnotowany w dokumentacji

medycznej pacjenta. Sam sprzeciw powinien być wyrażony w formie pisemnej (treść sprzeciwu powinna zostać podpisana czytelnie przez pacjenta) lub w formie ustnej w obecności dwóch świadków (np. lekarza i pielęgniarki), jeżeli pacjent nie jest w stanie złożyć podpisu (np. z powodu stanu zdrowia) lub nie umie się podpisać.

W sytuacji, gdy pacjent nie jest w stanie zrozumieć informacji (np. ze względu na wpływ silnie działających leków, stan nietrzeźwości, podeszły wiek itp.) lub informacja nie może dotrzeć do pacjenta z obiektywnych powodów (np. pacjent jest w ograniczonym kontakcie słowno-logicznym), sprzeciw nie jest skuteczny, a co z tym idzie, lekarz powinien podjąć decyzję o optymalnym sposobie postępowania medycznego.

Sprzeciw wyrażony przez pacjenta pełnoletniego i nieubezwłasnowolnionego musi być respektowany przez lekarza również wówczas, gdy pacjent starci przytomność. Utrata przytomności nie jest podstawą do unieważnienia świadomego sprzeciwu i podjęcia zaplanowanych wcześniej czynności medycznych.

Sądy polskie odnosiły się wielokrotnie do kwestii wyrażania sprzeciwu przez pacjenta. W wyroku z 7.11.2008 r., sygn. II CSK 259/08 Sąd Najwyższy podkreślił, że „informacja o ryzyku w przypadku zaniechania leczenia powinna charakteryzować się wszystkimi tymi cechami, co informacja na temat ryzyka wdrożenia leczenia”. W opinii Sądu Najwyższego „szczególnie starannie lekarz musi informować o użyteczności różnych metod terapeutycznych wówczas, gdy pacjent skłania się ku

metodzie mało skutecznej, ale np. mniej inwazyjnej (...)”. W orzeczeniu z 27.10.2005 roku Sąd Najwyższy podkreślił, że „prawo nie nakazuje poddawać się pacjentowi interwencji medycznej, a lekarzowi pokonywać oporu pacjenta albo przez wykonanie czynności, na które nie wyraził zgody, albo przez występowanie do sądu, aby taki sprzeciw pozbawił mocy”.

Przekonanie trudniej zmienić niż bieg rzeki! Należy jednak pamiętać, że chociaż lekarz ma obowiązek ratować życie i zdrowie pacjenta, pacjent ma nienaruszalne prawo do wyrażenia sprzeciwu, nawet jeżeli zaniechanie wykonania proponowanych czynności może lub będzie skutkowało negatywnymi następstwami dla życia lub zdrowia jego samego bądź innych osób (np. poczętego dziecka). Z zastrzeżeniem ściśle określonych wyjątków wykonanie czynności leczniczych wbrew woli pacjenta może skutkować odpowiedzialnością cywilną lekarza za naruszenie prawa do podejmowania autonomicznych decyzji w procesie leczenia i odpowiedzialnością karną za wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta (art. 192 kodeksu karnego, zgodnie z którym „kto wykonuje zabieg leczniczy bez zgody pacjenta, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2”).

Rozstrzygnięcie kolizji między normami etycznymi i prawnymi wydaje się w tym przypadku niemożliwe. Należy jednak pamiętać, że obowiązki lekarza określają akty prawne odnoszące się do zasad wykonywania zawodu, a normy etyczne jakkolwiek niezwykle istotne, dotyczą wyłącznie sumienia każdego z nas.