

Postępowanie w przypadku zwiększonego ryzyka wewnątrzmacicznego niedotlenienia płodu

Ten dział dotyczy powikłania ciąży, które chyba najczęściej jest przedmiotem postępowania prokuratorskiego i sądowego. Powikłanie to dość często skutkuje tragicznymi następstwami niedotlenienia dla dziecka, a w związku z tym poszukiwaniem przez rodziców sprawców odpowiedzialnych za to nieszczęście. Rodzice szczegółowo analizują wówczas postępowanie personelu lekarskiego i pomocniczego – każde słowo wypowiedziane przez te osoby nabiera jakiegoś znaczenia, a brak oczekiwanego zainteresowania poczytywany jest za jedną z głównych przyczyn niepowodzenia położniczego.

W rozdziale tym na wstępie stwierdzono, że „celem opieki perinatalnej jest wykrycie zwiększonego ryzyka niedotlenienia wewnątrzmacicznego płodu oraz zminimalizowanie jego konsekwencji”. Jako czynniki ryzyka niedotlenienia wewnątrzmacicznego płodu wymieniono: choroby przewlekłe u ciężarnej, ciążę wielopłodową z zaburzeniami rozwoju jednego z płodów, występowanie małowodzia i hipotrofii płodu oraz przenoszenie ciąży, tj. ciążę pojedynczą po 41 tygodniu jej trwania. Treść działu dotyczy zatem niedotlenienia wewnątrzmacicznego płodu o charakterze przewlekłym, a nie ostrym – do którego dochodzi podczas porodu, bez związku z przebiegiem ciąży. Jednak opisane zasady postępowania z ciężarną „w celu rozpoznania zwiększonego ryzyka niedotlenienia wewnątrzmacicznego płodu podczas porodu” dotyczą także tych przypadków.

Wymienione w przepisie elementy postępowania niezbędne do rozpoznania zwiększonego ryzyka niedotlenienia

wewnątrzmacicznego płodu, które spowodowane byłyby powikłaniami ciąży, są w zasadzie realizowane. Na uwagę zasługują zasady wykonywania monitorowania kardiotokograficznego, tzn.:

- Konieczność jego wykonania „w celu weryfikacji gorszego odczuwania ruchów płodu przez ciążarną” (ten zgłaszany przez ciążarne objaw bardzo często nie jest traktowany poważnie przez lekarzy). Twórcy standardów nie zdecydowali się jednak na przytoczenie konkretnych wartości liczbowych, np. w przedziale godzinnym, stanowiących o „prawidłowym” odczuwaniu ruchów płodu na określonych etapach ciąży.
- Przynajmniej raz dziennie podczas hospitalizacji ciążarnej w ciąży po 26 tygodniu.
- Przy prowadzeniu ciąż patologicznych „w interpretacji zapisu kardiotokograficznego dokonuje się cyfrowej analizy zapisu, a w szczególności określenia mikrooscylacji (short-term variation STV)” – co jednak wymusza posiadanie specjalnej aparatury umożliwiającej taką analizę.

Najważniejsze z punktu widzenia praktyki opiniodawczej są wymogi zawarte w ustępie 4: „W celu rozpoznania zwiększonego ryzyka niedotlenienia wewnątrzmacicznego płodu podczas porodu, należy” – w 7 punktach i licznych podpunktach opisać dokładnie tryb i zasady postępowania z rodzącą.

A zatem: „Po przyjęciu rodzącej do szpitala należy wykonać zapis kardiotokograficzny” i obowiązek ten w zasadzie jest powszechnie realizowany, chociaż w niniejszym opracowaniu opisaliśmy wyjątkowe przypadki, w których akurat zaniechano przeprowadzenia tego badania.

Dalsza analiza ustanowionych zasad za najważniejszy z punktu widzenia ewentualnej odpowiedzialności i jednocześnie rozwiewający dotychczasowe niejasności pozwala uznać fragment dotyczący wskazań do prowadzenia **ciągłego zapisu kardiotokograficznego** przy porodzie. Rekomendacje, o których

mowa była na wstępie, nie stanowiły jednoznacznie o obowiązku takiego postępowania. W związku z tym w praktyce opiniodawczej pomiędzy biegłymi zdarzały się różnice zdań w tym zakresie. Brakuje jednak wyjaśnienia, co oznacza określenie „ciągły nadzór kardiokograficzny”, bo właśnie możliwość różnej jego interpretacji budzi niejasności. Wydaje się oczywiste, że określenie to należy rozumieć jako faktycznie nieprzerwane prowadzenie zapisu KTG, co najwyżej – przy często kilkugodzinnym trwaniu tego monitorowania – z okresowymi, krótkimi przerwami dla ciężarnej na odpoczynek lub załatwienie potrzeb fizjologicznych. Taką interpretację tego pojęcia prezentujemy również w opiniach.

Ustanowione obecnie standardy poszerzają również zakres sytuacji położniczych, w których wymagane jest prowadzenie ciągłego nadzoru kardiokograficznego. Dotyczy to bowiem ciąż powikłanych i bliźniaczych, odpływania zielonego płynu owodniowego, stymulacji czynności skurczowej macicy, zastosowania znieczulenia zewnątrzoponowego do porodu oraz przypadków stwierdzenia nieprawidłowości w zapisie wykonanym przy przyjęciu do szpitala.

Przepis określa także jednoznacznie, jaki śródporodowy zapis KTG należy uznać za prawidłowy, a jaki za patologiczny. Zasada osłuchowego monitorowania tętna płodu przy prawidłowym zapisie KTG pozostaje taka, jaka była praktykowana dotychczas – w pierwszym okresie porodu co 30 minut, w drugim co 15 minut.

Nowością jest opisanie zasad postępowania w przypadkach śródporodowego zapisu kardiokograficznego pośredniego (niespełniającego ani kryteriów zapisu prawidłowego, ani patologicznego) oraz przypomnienie przy tym zasad resuscytacji wewnątrzmacicznej płodu.

Zabrakło w omawianym rozdziale określenia częstości wykonywania zapisu KTG w przypadku, gdy pierwszy zapis śródporodowy był prawidłowy, a nie było wskazań do „ciągłego

nadzoru kardiolograficznego”. Dotychczas kontrolne zapisy KTG wykonywane były co 2 godziny.

Problematyka prowadzenia porodu powikłanego niedotlenieniem wewnątrzmacicznym płodu w praktyce opiniodawczej dotyczy najczęściej takich przypadków, jak konflikt pępowinowy, przedłużanie się II okresu porodu, tworzenie się krwiaka pozałożyskowego. Bardzo często jednak nie da się w sposób pewny ustalić przyczyny niedotlenienia wewnątrzmacicznego okołoporodowego, zwłaszcza w przypadkach zaniechania badania morfologicznego popłodu, w tym łożyska, oraz zaniechania, w razie obumarcia płodu lub śmierci noworodka, dokonania sekcji zwłok. Jeżeli, co zdarza się dość często, rodzic dziecka bezpośrednio po porodzie zawiadomi prokuraturę o podejrzeniu popełnienia przestępstwa przez personel szpitala, prokurator zarządza sekcję sądowo-lekarską. Niestety, nierzadko mimo przeprowadzenia wszelkich możliwych badań pośmiertnych noworodka oraz popłodu nie można ustalić przyczyny niedotlenienia wewnątrzmacicznego. Może nią być np. okresowy, ustępujący ucisk części ciała płodu na pępowinę, którego nie da się ustalić w badaniach po porodzie.

Jedną z takich sytuacji położniczych przedstawia poniższy przypadek.

31-letnia ciężarna w pierwszej ciąży w terminie spodziewanego porodu zgłosiła się do szpitala z powodu odpłynięcia czystych wód płodowych. Ciąża przebiegała prawidłowo. Do szpitala zgłosiła się z mężem około godz. 18.30, przyjęta została przez położną. Lekarz przyszedł po kilku godzinach. Nie informowano jej o stanie dziecka. Do północy rozwarcie nie postępowało, nie było skurczów, dostawała oksytocynę i metamizol. Od pewnego momentu w nocy nie pojawiały się położne, na sali była tylko z mężem. Mąż znalazł położne śpiące na innej sali. Uspokoili go, że „u pierwiastki poród trwa długo”. Położ-

ne do rana nie wzywały lekarza. Około godz. 8.00 poinformowano rodziców, że będzie cięcie cesarskie.

Mąż ciężarnej mówił później, że nie pamięta, aby zarówno przy przyjęciu, jak i po przyjęciu żony do szpitala badał ją jakiś lekarz. Potem na salę porodową przyszedł jakiś lekarz, według twierdzeń męża: „Wszedł, włożył palec, otrząpał krew, powiedział »małe« i odszedł”. Potem podawano żonie oksytocynę i leki przeciwbólowe. Do godz. 8.00 rozwarcie kontrolowały położne. W nocy było robione KTG, mąż nie pamięta, jak często. Mimo podawania oksytocyny rozwarcie doszło do 5 cm i następnie „akcja skurczowa stanęła”. Około godz. 8.00 „przyszedł ten sam mężczyzna, lekarz, i powiedział: »O, już 8.00, długo trwa, robimy cesarkę«. Mąż: „Jestem przekonany, że nikt nie robił wtedy USG. Żona miała znieczulenie w kręgosłup, syn urodził się o godz. 8.20. Widziałem, że był siny, potem w inkubatorze wyglądał już trochę lepiej, leżał i jakby łapał powietrze”.

Z zapisów dokonywanych w dokumentacji medycznej, tj. w karcie przebiegu ciąży, porodu i połogu, wynikało, że przy przyjęciu został zebrany wywiad, dokonano badania przedmiotowego ogólnego i badania położniczego zewnętrznego, w którym ustalono m.in.: „tętno płodu około 140 uderzeń/min”.

Na podstawie zapisów w dokumentacji nie można było ustalić, które osoby z personelu dokonały tych czynności, gdyż nie było podpisów i pieczętek. Odnotowano tylko, że lekarz X.Y. zlecił umieszczenie ciężarnej na sali porodowej. Ponadto inny lekarz miał zlecić laboratoryjne badania podstawowe, „CRP, krzyżówka, posiew z pochwy”, podanie płynów i leków: 500 ml 0,9% NaCl i 10 jednostek oksytocyny oraz o godz. 19.20 odnotował w dokumentacji: „Pacjentka przyjęta z podejrzeniem odchodzenia wód płodowych i owsicy, zlecono wykonanie badań laboratoryjnych.

W godzinach wieczornych przystąpiono do farmakologicznej indukcji porodu”.

W dokumentacji nie było danych o tym, że któryś z lekarzy przeprowadził badanie położnicze wewnętrzne i ocenił sytuację położniczą. Położne prowadziły kartę obserwacji porodu. Zapisyły w niej m.in.:

- Akcję serca płodu w postaci zygzakowatej linii na poziomie 130–150 uderzeń/min.*
- O godz. 8.30 następnego dnia narysowana strzałka skierowana ku dołowi [zabieg operacyjny] i wpis: „cięcie cesarskie”.*
- O godz. 19.30 i 0.00 oraz o godz. 4.30 następnego dnia wpisano: „KTG”.*
- Szyjka macicy: od „zachowanej” przy przyjęciu do „4 cm rozwarcia ujścia” o godz. 5.00 następnego dnia.*
- Po zleceniu lekarskim: podłączenie kroplówki z 10 jednostkami oksytocyny oraz podanie przed północą leków: metamizol + hioscyna.*

Położne wpisały także rozpoznanie: „Cięża I, 40 tydzień, poród I. Położenie płodu podłużne główkowe. Zwolnienie w tętnie płodu. Brak postępu porodu. Cięcie cesarskie metodą Phannenstiela”.

Na oddzielnej kartce wpisano wskazania do cięcia cesarskiego: „Zagrażająca wewnątrzmaciczna zmartwica płodu. Zwolnienie w tętnie (zapis KTG). Gęste, zielone wody płodowe. Brak postępu porodu”.

Opis zabiegu cięcia cesarskiego wskazywał na technicznie typowe jego przeprowadzenie. Wydobyto noworodka żywego, donoszonego, płci męskiej, o masie ciała 3700 g, ocenionego na 7 punktów w skali Apgar. Dodatkowo w rubryce „Poród” odnotowano, że pęcherz płodowy pękł o godz. 14.00, wody płodowe poprzedzające i następujące były zielone i było ich mało.

Natomiast w karcie rozwoju noworodka odnotowano: „Dziecko urodzone z gęstych, zielonych wód płodowych. Wypłukano żołądek – niewielka ilość zielonych wód”.

W trakcie porodu 4-krotnie wykonano zapis KTG, ale zapisy nie zostały podpisane i podbite pieczętą przez lekarza. Żaden z zapisów nie był w pełni prawidłowy, rejestrowane były nieregularne, o różnej intensywności skurcze macicy. Zapisy wykazywały tachykardię płodu, okresowe zawężenia oscylacji, a w zapisie wykonanym w okresie 50 minut od godz. 4.20 poza tachykardią występowały deceleracje późne oraz 9 silnych skurczów macicy.

Dokonano opisu popłodu: „Łożyisko 600 g, kształt dysku, nieprawidłowości nie stwierdzono. Pępowina długości 60 cm, przyłączenie środkowe. Błony płodowe prawidłowe”. Nie przesłano łożyska do badania patomorfologicznego i histopatologicznego.

U dziecka od 2 miesiąca życia obserwowano nadmierny przyrost obwodu głowy, od 6 miesiąca podejrzewano wodogłowie zewnętrzne. W 9 miesiącu życia potwierdzono to rozpoznanie, ponadto rozpoznano padaczkę objawową i opóźnienie rozwoju psychoruchowego. Rodzice wiązali stan zdrowia dziecka z nieprawidłowym prowadzeniem porodu.

Lekarze pełniący dyżur wyjaśniali, że poród przebiegał fizjologicznie, prawidłowo, nic nie wskazywało na ewentualne komplikacje. Według jednego z nich: „Na zapisach KTG nie ma informacji wskazujących, aby z płodem działy się rzeczy niepokojące. W jednym z zapisów KTG widoczne są zwolnienia tętna płodu. Na podstawie analizy uzyskanych wyników KTG, zielonych wód płodowych i braku postępu porodu została podjęta decyzja o wykonaniu cięcia cesarskiego”. Wypowiedź takiej treści budzić może uzasadnione podejrzenie, że żaden z lekarzy

dyżurnych nie zapoznawał się na bieżąco z wykonywanymi zapisami KTG.

Biorąc pod uwagę dane z opisanego przypadku, można stwierdzić, że postępowanie z rodzącą nie spełniało wielu zasad obowiązujących przy prowadzeniu porodu, a mianowicie:

- Nie było w dokumentacji medycznej jakichkolwiek danych, że przy przyjęciu pacjentki do szpitala lekarz przeprowadził badanie położnicze, ocenił sytuację położniczą i że sytuacja ta uzasadniała prowadzenie porodu siłami natury z podaniem kroplówki naskurczowej z ponadstandardowym stężeniem oksytocyny.
- Z powodu zaniedbania obserwacji pacjentki brak możliwości ustalenia, kiedy odpływające wody płodowe zmieniły zabarwienie z czystych na zielone.
- Brak jakichkolwiek danych potwierdzających, że lekarz kontrolował okresowo przebieg porodu i zapoznawał się z wynikami zapisów kardiotokograficznych.

Powyższe zaniedbania stały się przyczyną około 3-godzinnego opóźnienia podjęcia decyzji o rozwiązywaniu ciąży drogą cięcia cesarskiego.

Niestety, żadne standardy nie zapobiegają popełnianiu takich błędów z niedbalstwa. Może im zapobiec tylko solidne i odpowiedzialne wykonywanie zawodu przez osoby sprawujące opiekę nad kobietą ciężarną.

Ponadto, mimo obowiązujących od wielu lat i jednoznacznie sformułowanych przepisów dotyczących wymogów prowadzenia dokumentacji medycznej, rzeczywisty sposób jej prowadzenia budzi często wiele zastrzeżeń i uniemożliwia odtworzenie przebiegu zdarzenia medycznego dla celów ewentualnego postępowania.