

Danuta Deboa

Błędy medyczne z zakresu chirurgii w materiale Zakładu Medycyny Sądowej PAM i Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie

Surgical errors in archives of the Forensic Medicine Department, Pomeranian Medical University in Szczecin, and in archives of the District Chamber of Physicians in Szczecin

Z Zakładu Medycyny Sądowej Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie
Kierownik: dr hab. n. med. M. Parafiniuk

Przeanalizowano opinie sądowo-lekarskie opracowane w Zakładzie Medycyny Sądowej PAM w Szczecinie w okresie 2001-2005 w związku z podejrzeniem o popełnienie błędu w zakresie chirurgii. W analizowanym okresie opiniowano 97 tego typu spraw, przy czym były to przypadki zarówno z województwa zachodniopomorskiego jak i przypadki nadesłane z innych województw. Popełnienie błędu uznano w 1/3 analizowanych spraw. Najczęściej nieprawidłowości w działaniach chirurgów polegały na nienależytej staranności w okresie prowadzenia pooperacyjnego. W części przypadków nieprawidłowości leczenia wynikały z zaniedbań w okresie diagnostyki, w części z nienależytej staranności przy wykonywaniu samego zabiegu operacyjnego. Pojedyncze przypadki dotyczyły niekompetencji operatorów np. wykonanie skomplikowanego zabiegu z zakresu chirurgii plastycznej przez chirurga ogólnego. W analizowanym okresie 2001-2005 do Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Szczecinie wpłynęło 471 spraw – w tym 33 z poprzedniej kadencji. Z tego do Sądu Lekarskiego, jako uznane za słuszne, skierowano 34 sprawy, przy czym w 15 przypadkach – w sprawach toczących się równolegle przed organami wymiaru sprawiedliwości, sprawy zawieszono do czasu ich rozstrzygnięcia przez Prokuraturę lub Sąd. Z rozpatrywanych przez Okręgowy Sąd Lekarski spraw cztery dotyczyły błędu z zakresu chirurgii.

The aim of this paper was to study medico-legal opinions passed by experts of the Forensic Medicine Department in Szczecin in cases involving suspected surgical malpractice in the years 2001-2005. Among 97 opinions originating from

the West Pomeranian and other provinces, malpractice was recognized in 30 cases. In the majority of instances, surgical errors consisted in inobservance of appropriate care in perioperative management. In some cases, such negligence-associated errors were committed in the course of diagnostic management, and in others – while performing the surgery itself. In isolated instances, surgical lack of competence was raised, e.g. when a general surgeon undertook a complex plastic surgery procedure. In the analyzed period of 2001-2005, the District Chamber of Physicians in Szczecin received 471 complaints, all of them originating from the West-Pomeranian region. Of this number, 33 complaints were carried over from the previous term Malpractice was confirmed in 34 instances and these cases were referred to the Board for Professional Medical Conduct. In 15 complains, since proceedings were in progress in various legal agencies, the cases were suspended until resolution in the prosecuting office or in court. Four cases analyzed by the District Board for Professional Medical Conduct involved surgical errors.

Słowa kluczowe: błąd medyczny, chirurgia, ekspertyzy sądowo-lekarskie
Key words: medical error, surgery, medico-legal assessments

WPROWADZENIE

Zwiększona świadomość pacjentów o ich prawach i o możliwości ich dochodzenia oraz konflikt między potrzebami pacjentów a możliwościami Za-

kładów Opieki Zdrowotnej i możliwościami samych lekarzy spowodował w ostatnich latach gwałtowny wzrost liczby spraw z podejrzeniem popełnienia błędu medycznego, które wpłynęły zarówno do Zakładu Medycyny Sądowej PAM, jak i do Sądu Lekarskiego przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Szczecinie. Z piśmiennictwa wynika, że podobnie dzieje się w innych regionach Polski [1-6]. Z przedstawionych analiz sądowo-lekarskich i ze sprawozdań Przewodniczącego Naczelnego Sądu Lekarskiego [5] wynika, że najczęściej postępowania wyjaśniające a następnie najczęściej wnioski o ukaranie dotyczą lekarzy specjalności zabiegowych tj. chirurgów, ginekologów i stomatologów.

W zleczonych Zakładowi sprawach organy ścigania i sprawiedliwości usiłowały wyjaśnić czy niekorzystny wynik leczenia, gdzie doszło do zgonu pacjenta jest zawiniony przez lekarza tj. w przypadku podejrzenia popełnienia przestępstwa z art. 155 k.k., a także gdy podejrzewano narażenie pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub narażenie na powstanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu tj. przestępstwo z art. 160 k.k. oraz powstanie uszczerbku na zdrowiu w rozumieniu art. 156 k.k., a także powstanie obrażeń ciała w rozumieniu art. 157 k.k.

Jednocześnie w praktyce Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i Okręgowego Sądu Lekarskiego w Szczecinie w kadencji 2001-2005 obserwowano ponad 60% wzrost ilości wpływających skarg w porównaniu z poprzednim pięcioleciem a wśród spraw, które wpłynęły do sądów obwiniani najczęściej byli zabiegowcy.

CEL PRACY

Celem niniejszej pracy była analiza opinii sądowo-lekarskich wydanych przez Zakład Medycyny Sądowej PAM w Szczecinie oraz skarg, które wpłynęły do Okręgowej Izby Lekarskiej i orzeczeń Okręgowego Sądu Lekarskiego w związku z podejrzeniem o popełnienie błędu medycznego w chirurgii w latach 2001-2005. Analizowano liczbę, rodzaj i przyczyny popełnionych błędów.

MATERIAŁ I METODY

Analizie poddano opinie sądowo-lekarskie wydane przez biegłych z Zakładu Medycyny Sądowej PAM w Szczecinie w związku z podejrzeniem o popełnienie błędu medycznego w chirurgii w latach 2001-2005, a także skargi złożone do Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i orzeczenia Okręgowego Sądu Lekarskiego Okręgowej Izby Lekarskiej w analogicznym okresie. Wśród 97 opracowanych opinii zakładowych w 30 przypad-

kach stwierdziliśmy popełnienie błędu. Najbardziej rażące przypadki błędów przedstawiono w pracy.

W tym samym okresie Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Szczecinie rozpatrywał 471 złożonych skarg. Aż w 441 sprawach nie stwierdzono uchybień w zachowaniu procedur lekarskich w jakiegokolwiek fazie leczenia. Stwierdzono natomiast, że skargi złożono wskutek formalnego i niezyczliwego stosunku lekarzy do pacjentów. Z 15 wniosków o ukaranie skierowanych do Okręgowego Sądu Lekarskiego, analizowano jedynie 4 przypadki, w których uznano błąd chirurga.

WYNIKI I ICH OMÓWIENIE

Ilość opiniowanych spraw, w których podejrzewano błąd chirurga w poszczególnych latach obrazuje tabela I.

Tabela I. Opinie sądowo-lekarskie wykonane ZMS PAM w okresie 2001-2005 dotyczące błędu medycznego z zakresu chirurgii.

Table I. Medico-legal opinions on surgical errors given by the Forensic Medicine Department, Pomeranian Medical University, Szczecin, in the years 2001-2005.

Rok Year	Błąd w zakresie chirurgii Surgical error		Razem Total
	Tak yes	Nie no	
2001	9	13	22
2002	5	21	26
2003	7	8	15
2004	6	13	19
2005	3	12	15
Razem Total	30	67	97

Wśród 9 spraw z 2001 roku, gdzie uznano, iż niepomyślny skutek leczenia był zawiniony przez lekarza, aż w trzech doszło do zgonu pacjenta.

W pierwszej sprawie uznano lekarza winnym błędnego rozpoznania a w efekcie opóźnienia leczenia choroby nowotworowej; po dwóch latach leczenia powtarzających się krwawień z odbytu z naprzemiennymi zaparciami 70-letniego mężczyzny zaniechano kolonoskopii poprzestając jedynie na sigmoideoskopii, która nie wykazała zmian nowotworowych w jelicie grubym w okresie bez przerzutów. Uznaliśmy, że nawet przy ujemnej sigmoideoskopii a następnie ewentualnie ujemnej kolonoskopii przy

istniejących objawach zapalnej choroby należało nawet rozważyć laparatomię zwiadowczą. Rozpoznanie raka okrężnicy dwa lata wcześniej, gdy nie było przerzutów (sekcja nie wykazała obecności przerzutów) umożliwiłoby doszczętne usunięcie choroby.

W drugim przypadku uznano popełnienie błędu terapeutycznego i decyzyjnego polegającego na przeoczeniu w czasie pierwszej operacji uszkodzonej krwawiącej żyły sromowej, a przez osiem następných dni zwlekano z decyzją o reoperacji przy objawach narastającego wstrząsu krwotocznego, który doprowadził do zgonu.

W trzecim przypadku pacjentowi po urazie głowy z utratą przytomności, ale w stanie upojenia alkoholowego po oględzinach zewnętrznych pozwolono spokojnie trzeźwieć. Zaniechano wykonania badań obrazowych głowy, nie sprawdzono głębokości utraty świadomości (reakcja na słowo, na ból, całkowita reaktywność) przez co przeoczono krwiak śródczaszkowy, który w efekcie spowodował zgon.

Z 6 pozostałych przypadków aż 2 dotyczyły błędnej terapii poprzez kontynuowanie laparoskopii i zaniechania konwersji w laparotomię przy trudnościach operacyjnych sygnalizujących anomalie anatomiczne w czasie cholecystektomii. Pozostałe przypadki dotyczyły narażenia pacjenta na ciężki uszczerbek na zdrowiu:

- poprzez niestaranną obserwację po operacji i przeoczenie powikłań w postaci powstania rozległych ognisk martwicy pod unieruchomieniem gipsowym,
- poprzez pozostawienie dwóch chust w polu operacyjnym, co spowodowało ograniczone zapalenie otrzewnej z wytworzeniem się zrostów włóknistych oddzielających ropień i niedrożność przepuszczającą,
- dotkliwie poparzenie pacjenta przez nieostrożne nasączenie chust chirurgicznych w okolicy usuwanych kłykcin kończystych, przy miejscowym znieczuleniu chlorkiem etylu z jednoczesnym użyciem diatermii chirurgicznej.

W 2002 roku na 5 przypadków błędu, aż w 3 doszło do zgonu. We wszystkich trzech przypadkach stwierdzono typowy błąd diagnostyczny poprzez zaniechanie pełnej diagnostyki zarówno przed operacją jak i po niej, i tak:

- po operacji złamania kości podudzia nie rozpoznano powikłań w postaci zespołu wykrzepiania w związku z zaniechaniem poperacyjnych badań laboratoryjnych układu krzepnięcia,
- zaniechanie pełnej diagnostyki małego guzka sutka, co spowodowało opóźnienie w rozpo-

znaniu raka piersi o 27 miesięcy i w efekcie zgon,

- zbyt późne obejrzenie gardła laryngoskopem i zaniechanie badań obrazowych szyi po epizodzie utknięcia w gardle części protezy mimo skierowania do szpitala z takim rozpoznaniem przez lekarza pierwszego kontaktu. Ostatecznie uniemożliwiło to wczesne rozpoznanie obecności protezy w gardle. Zgon po kilku dniach wskutek obfitego krwawienia i kurczu krtani, których nie zdołano opanować.

W 2 przypadkach, gdzie pacjent przeżył doszło do powstania ciężkiego uszczerbku na zdrowiu poprzez niezachowanie należytej staranności w trakcie samego zabiegu operacyjnego i tak:

- pozostawienie dużego kawałka szkła w ranie przedramienia, który wrastając w bliźnię uszkodził nerw łokciowy,
- zaniechanie sigmoideoskopii i kolonoskopii w wieloletnich krwawieniach z odbytu, co było przyczyną zbyt późnego wykrycia ogniska raka wrzodziejącego w okrężnicy z przerzutami. Aktualnie pacjentka żyje. Przeszła radykalną operację i 3 chemioterapie.

W 2003 roku z 7 uznanych błędów w dwóch przypadkach doszło do zgonu pacjenta. Były to typowe błędy decyzyjne. W pierwszym odmowa hospitalizacji 73-letniej pacjentki cierpiącej od kilku dni na silne bóle brzucha i pozostawienie jej w domu gdzie podano jedynie leki rozkurczowe. Po kilkunastu godzinach pacjentka, w stanie agonalnym z zapaleniem otrzewnej, której punktem wyjścia był zator tętnicy kręzkowej i martwica jelit, zmarła mimo operacji. W drugim przypadku przy słabo dodatnich objawach otrzewnowych i mimo, iż pacjent podawał, iż przyjął duże ilości leków przeciwbólowych pozostawiono go w domu, przed trzema dniami świątecznymi. Pacjent zmarł w ostatnim dniu świąt, a sekcja wykazała rozlane zapalenie otrzewnej, którego punktem wyjścia była ostra martwica trzustki.

Pozostałe 5 przypadków z roku 2003:

- pacjentka przeżyła zabiegi chirurga, ale została dotkliwie oszpecona. Błąd polegał na niekompetencji operatora, który podjął się zabiegu usunięcia fartucha tłuszczowego. Pacjentka wyraziła zgodę na zabieg. Jednocześnie powiadomiła lekarza, że od wieku młodzieńczego jest chora na schizofrenię. Chirurg posiadał specjalizację II stopnia z chirurgii, ale nie posiadał specjalizacji z chirurgii plastycznej. Zabieg zdaniem biegłych został wykonany niefachowo, gojenie ran było powikłane ropieniem tkanek i postępującą martwicą, co zaowocowało koniecznością autogenicznych przeszczepów skóry.

Pozostałe 4 przypadki także dotyczyły narażenia pacjenta na ciężki uszczerbek na zdrowiu, głównie poprzez nienależytą staranność w wykonywaniu samego zabiegu operacyjnego:

- pozostawienie setonu gazowego w ranie, który został wessany w bliźnię po mastektomii,
- pozostawienie setonu gazowego w polu operacyjnym przy operacji usuwania przepukliny brzusznej,
- amputacja sutka przy rozpoznanej histopatologicznie łagodnej dysplazji (fibroplazja i epithelioplazja),
- pozostawienie części szkła w pachwinie spowodowane zbyt pobieżną rewizją rany w warunkach laboratoryjnych i zaniechanie diagnostyki obrazowej.

W 2004 roku w 6 przypadkach, gdzie uznano błąd lekarza w 1 doszło do zgonu. Dotyczył on 72-letniego mężczyzny, z niestabilną chorobą wieńcową w okresie niewydolności, który upadł doznając urazu stawu biodrowego. Zaniechano wnikliwych badań diagnostycznych, a operację stawu odraczano. W efekcie doszło do zgonu, którego bezpośrednią przyczyną było zapalenie płuc, ale punktem wyjścia zmian zapalnych były masywne zmiany ropne tkanek w okolicy prawego stawu biodrowego. W pozostałych 5 przypadkach pacjenci przeżyli, ale wskutek błędu decyzyjnego i terapeutycznego doznali ciężkiego uszczerbku na zdrowiu:

- wycięcie całkowite dróg żółciowych po błędnej ocenie ułożenia anatomicznego w cholecysektomii laparoskopowej,
- opóźnienie podania surowicy po ukąszeniu w stopę przez żmiję, powodem zapalenia żył głębokich,
- po otwartym złamaniu czaszki zbyt późne badanie bakteriologiczne, niewłaściwe leczenie bakteriostatyczne, co spowodowało powstanie ropnej ziarniny i konieczność ponownej operacji,
- pozostawienie gazika w trakcie cholecysektomii, co spowodowało powstanie torbieli prawego płata wątroby i konieczność relaparotomii. Ciekawostką jest, że w czasie relaparotomii stwierdzono, iż w polu operacyjnym pozostała część nie usuniętego pęcherzyka żółciowego z kamieniami,
- zaniechanie operacyjnej rewizji moczowodu i spowodowanie lewostronnego wodonercza jedynej zachowanej nerki po wszczepieniu protezy naczyniowej do tętnic biodrowych.

Na 15 spraw o popełnienie błędu w zakresie chirurgii w 2005 roku błąd uznano jedynie w 3 przypadkach.

W jednej sprawie uznano, że do zgonu przyczyniło się zaniechanie diagnostyki obrazowej

i laboratoryjnej w warunkach szpitalnych przez pozostawienie pacjenta w domu. Przypadek dotyczył 30-letniego mężczyzny, który w wieku 18 lat przebył silny, tępy uraz prawej nogi, a po kilkunastu latach po ponownym urazie tej okolicy doszło do zakrzepowego zapalenia żył głębokich. Pacjent był leczony ambulatoryjnie, mimo iż narastały bóle i obrzęk całej nogi, aż do prawej pachwiny. Zaniechano badań obrazowych i przyjęcia do szpitala. Po 2 miesiącach leczenia ambulatoryjnego wezwany do pacjenta lekarz pogotowia rozpoznał zatorowość płuc i już na miejscu i w karetce rozpoczął akcję reanimacyjną. Doszło jednak do zgonu w przebiegu zatoru tętnicy płucnej.

Pozostałe 2 przypadki dotyczyły narażenia pacjenta na ciężki uszczerbek na zdrowiu poprzez niestaranność w wykonaniu zabiegu chirurgicznego, w szczególności w jednym pozostawiono chustę w jamie brzusznej, w drugim zaś niezbyt dokładnie zrewidowano ranę pozostawiając ognisko perforacji jelita, które następnie spowodowało zapalenie otrzewnej.

WNIOSKI

Wśród opiniowanych spraw w okresie 2001-2005 dotyczących oceny postępowania medycznego w zakresie chirurgii znaczącą część stanowiły przypadki zaniedbań w zakresie diagnostyki tj. zaniechanie podstawowych badań diagnostycznych, bądź zbyt późne ich wdrożenie. Znaczną część stanowiły błędy terapeutyczne przez zaniechanie konwersji laparoskopii w laparotomię przy zauważalnych trudnościach określenia lokalizacji i identyfikacji narządów. Znacząca ilość błędów terapeutycznych spowodowana była nienależytą starannością przez zaniechanie rutynowych, bezwzględnie obowiązujących czynności przed zaszcyciem rany pooperacyjnej tj. przez zaniechanie naocznego, osobistego zbadania pola operacyjnego i wszystkich zachyłków rany w celu ustalenia: czy nie pozostawiono niezapatrzzonego krwawienia, perforacji lub też czy doszczętnie usunięto wszystkie ciała obce bądź też wreszcie, czy nie pozostawiono narzędzi chirurgicznych.

Analiza rozpatrywanych w tym samym okresie spraw, które wpłynęły do Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Szczecinie pozwala wnioskować, iż tylko w 4 przypadkach niekorzystne wyniki leczenia były spowodowane niezachowaniem właściwych procedur przez lekarza. Okręgowy Sąd Lekarski najczęściej uznawał naruszenie art. 2, 6, 8 i 10 oraz art. 4 Ustawy o Zawodzie Lekarza. Znaczna część skarg została złożona przez pacjentów, bądź też

przez samych lekarzy na kolegów lekarzy wskutek formalnego i nieżyczliwego stosunku lekarzy do pacjentów.

PIŚMIENICTWO

1. Baran E.: Błąd medyczny w opiniach Zakładu Medycyny Sądowej CM UJ w Krakowie w sprawach karnych w latach 1990-1994. Arch. Med. Sąd. Krym. 1995, 45, 173-179.

2. Chowaniec Cz., Chowaniec M., Jaworski J. M.: Błąd medyczny w ortopedii w materiale aktualnym Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej w Katowicach. Streszczenia VII Międzynarodowej Konferencji Naukowej Krzyżowa k. Swidnicy 16-19 października 2000 roku, str. 15.

3. Kabiesz-Nieniczka S.: Opiniowanie sądowo-lekarskie w sprawie błędu lekarskiego w materiale Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej AM w Katowicach. Arch. Med. Sąd. Krym. 2000, 50, 49-56.

4. Kordel K., Kempa J., Przybylski Z.: Opinie sądowo-lekarskie w sprawach o popełnienie błędu medycznego w latach 1990-1995. Postępy Medycyny Sądowej i Kryminologii 1997, 3, 53-59.

5. Krajewski R.: Sprawozdanie z pracy Naczelnego Sądu Lekarskiego III kadencji. Biuletyn informacyjny Sądu Lekarskiego i Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, nr 6/7 str. 23.

6. Świątek B., Morawski A.: Problematyka błędu medycznego w Polsce na przykładzie opinii Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej AM we Wrocławiu. Arch. Med. Sąd. Krym. 1994, 44, 230-232.

Adres autora:

Danuta Deboa

Pomorska Akademia Medyczna

Zakład Medycyny Sądowej

70-111 Szczecin

Al. Powstańców Wlkp. 72

e-mail: ddeboa@sci.pam.szczecin.pl