

Essen-Moller method. Adv.in Forens. Haemogen., 1996, 1, 453-458., -7. Jeffrey A.J., Turner M., Debenham P.: The efficiency of multilocus DNA fingerprint probes for individualisation and establishment of family relationships, determined from extensive casework. Am. J. Hum. Genet., 1991, 48, 824-840., -8. Kozioł P., Ciesielka M.: Ocena przydatności badań VNTR lokus D1S80 w sprawach spornego ojcostwa. Arch. Med. Sąd. i Krym., 1994, XLIV, 4459-465., -9. Kozioł P., Tokarzewska J., Krajka A., Mądro R.: Polimorfizm lokus D5S110 w populacji Polski południowo-wschodniej i ocena przydatności w ekspertyzie genetycznej ojcostwa. Postępy Med. Sad i Krym 1997, III, 279-287., -10. Kozioł P., Krajka A., Mądro R.: Analiza segregacji fragmentów DNA wielolokusowej sondy MZ1.3 w badaniach genetycznych spornego ojcostwa. Postępy Med. Sad i Krym., 1997, III, 265-277.,

11. Morling N., Hansen H.E.: Paternity testing with VNTR DNA systems. Int. J. Leg. Med. 1993, 105, 189-196., -12. Raczek E., Kabiesz J., Drożdżiak K.: Opiniowanie w oparciu o badania DNA w nietypowych sprawach dochodzenia ojcostwa. Arch. Med. Sąd. Krym., 1997, XLVII, 321-325., -13. Szczotka H., Schlesinger D.: Tablice do obliczania prawdopodobieństwa ojcostwa w populacji polskiej. Materiały i Prace Antropologiczne 1980, 98, 3-51. -14. Słomski R., Dziechciowska K., Lisiecka D., Siemieniako B., Słomska M.: Dochodzenie spornego ojcostwa na podstawie analizy DNA po śmierci ojca lub matki. Arch. Med. Sąd. i Krym., 1997, XLVII, 307-314., -15. Weir B.S.: Genetic Data analysis II. Sinauer Associates, Inc. Publishers. Sunderland 1996

Adres autorów:

Katedra i Zakład Medycyny Sądowej AM w Lublinie
20-706 Lublin
ul. Jaczewskiego 8

Jerzy Kunz

Błąd z bezduszości lekarskiej

Medical malpractice due do physiciarTs soullessness

Z Katedry Medycyny Sądowej CM UJ w Krakowie.
Kierownik: prof. dr hab. B. Turowska

Przedstawiono przypadek zgonu psychicznie chorego 59-letniego mężczyzny zaniedbanego, toczzonego zażyciowo przez larwy owadów. Chory parokrotnie badany przez lekarzy specjalistów przez żadnego z nich nie został zakwalifikowany, z uwagi na swój stan ogólny i miejscowy do leczenia szpitalnego. Obrona oskarżonych lekarzy dowodziła, iż w niniejszym przypadku nie dopuszczono się błędu diagnostycznego gdyż nic nie wskazywało na stan chorego mogący zagrażać jego życiu. W opiniach podkreśliliśmy nie tylko popełnienie błędu diagnostycznego i leczniczego ale także nieludzkie postępowanie lekarzy z krańcowo zaniedbanym pacjentem.

The fatal case of a mentally disabled 59 year old man found in a field, neglected and vitally infested with worms is presented. The diseased was examined by physicians of emergency service as well as in hospital and they refused to admit him arguing that „there were no medical indications for stationary treatment”. On the third day the patient died outside the hospital due to dehydration. In our opinions we assumed not only a medical - diagnostic error but we also placed an emphasis on the soullessness malpractice of medical staff in relations to an extremely neglected patient.

Słowa kluczowe: błąd lekarski, błąd decyzyjny.

Key words: medical malpractice, resoMng error.

Błąd medyczny i jego kategorie zostały dość dokładnie zdefiniowane na przestrzeni lat i opiniowanie interdyscyplinarne w tych sprawach stanowi codzienność w praktyce sądowo lekarskiej (1, 2, 3). Niesłuchanie rzadko jednak w praktyce krakowskiej Katedry spotykamy się z przypadkami błędu decyzyjnego (zarówno diagnostycznego jak i terapeutycznego) wynikającego z działania wbrew podstawowym zasadom etyki i deontologii lekarskiej, wręcz nieludzkiego potraktowania pacjenta przez lekarzy z którymi miał on kontakt.

Taki właśnie przypadek mieliśmy ostatnio okazję opiniować a następnie uczestniczyć w rozprawach przeciwko oskarżonym lekarzom.

OPIS PRZYPADKU

59-letni mężczyzna został znaleziony na terenie starego lotniska leżący na trawie. Wezwano karetkę Pogotowia Ratunkowego która przewiozła go do Izby Przyjęć miejscowego szpitala. W karcie zlecenia wyjazdu lekarz Pogotowia odnotował: „pacjent leży na trawie, według relacji świadków całą noc przeleżał na drodze, odpowiada od rzeczy, przytomny, wyziębiony, skóra stóp i dłoni zmacerowana, skóra całego ciała chłodna, wilgotna, sina, oddech wydolny, szmer płuc prawidłowy, tony serca czyste...skóra pokryta jajami i larwami owadów, rozpoznanie: oziębienie, zaburzenia zachowania, transport do szpitala”.

W karcie Izby Przyjęć odnotowano: „stwierdzono zapalenie żołądka i jelit, podano 1500 ml płynu i Cocarboxylazę, pacjent zarobaczony, w okolicach całego ciała liczne robaki, brud, umyty na oddziale, nakarmiony, odesłany karetką Pogotowia do miejsca zamieszkania”. Ponownie wezwano karetkę do chorego w dniu następnym. Lekarz Pogotowia przybyły do domu odnotował w karcie zlecenia: „krwotok z uszu i ust, kontakt z pacjentem utrudniony, pacjent wyniszczony, zarobaczony, uszkodzenie narządu słuchu i wzroku, odparzenia pachwin i pach, skóra chłodna, oddech wydolny, akcja serca miarowa. Zlecono kąpiel w szarym mydle, Alantan, wymaga opieki osoby drugiej względnie umieszczenia w Zakładzie Opieki Społecznej”. Pacjenta ponownie przewieziono do Izby Przyjęć szpitala po kolejnych dwóch dniach. W karcie Izby Przyjęć odnotowano wówczas: „stan ogólny średnio - ciężki, kontakt słowny utrudniony, na pytania odpowiada nieskładnie, akcja serca miarowa, tony czyste, nad polami płucnymi szmer płucny, EKG: prawidłowy przebieg pobudzenia elektrycznego. Konsultacja chirurgiczna: „wyniszczenie, oczodoły, małżowiny uszne i okolice pachwin i szyi pokryte larwami, powieki częściowo zjedzone przez larwy, nie wymaga leczenia na oddziale chirurgicznym, wskazana konsultacja laryngologiczna i okulistyczna”. W swych zeznaniach świadkowie (pielęgniarki, lekarze) podali: „pacjent był cały zarobaczony, zewsząd wychodziły robaki przypominające larwy much pełzające... pacjent został umyty i wydawało się że nie ma już robaków, po pewnym czasie jednak zaczynały się ponownie wydostawać i wychodziły np. spod górnej powieki”. Ostatecznie po umyciu pacjenta nie przyjeżdżono do szpitala ale odesłano go do Izby Chorych w miejscowości J. W historii choroby odnotowano tutaj: „stan skrajnie ciężki, pacjent skrajnie wyniszczony, kontakt niemożliwy, momentami pobudzony, w badaniu stwierdzono odleżyny skóry pachwin, brak gałek ocznych, z wszystkich otworów naturalnych wychodziły larwy owadów, tętno słabo wyczuwalne na obwodzie, RR 80/40 mm Hg. Po przyjęciu wykonano toaletę całego ciała, dokonano próby usunięcia larw z oczodołów. Podłączono wlew kroplowy ale po 6 godzinach doszło do zatrzymania akcji serca i pacjenta uznano za zmarłego”. Z akt wynikało, iż chory był znany miejscowym lekarzom, uprzednio parokrotnie leczony z powodu ciężkiego zespołu psychoorganicznego.

Zwłoki M.R pochowano ale po 6 dniach na wniosek prokuratury dokonano ich ekshumacji i wykonano sekcję zwłok. Z protokołu tego badania wynikało, iż obducent stwierdził początkowe stadium rozkładu gnilnego, ubytki skóry

w obrębie oczodołów ze znacznym uszkodzeniem samych gałek ocznych, ubytki skóry w okolicy otworów słuchowych, nozdry i dole pępkowym, cechy wyniszczenia, rozedmę płuc, miażdżycę tętnic uogólnioną, drobne blizny mięśnia sercowego. Jednocześnie podał, iż badanie pośmiertne nie pozwoliło na jednoznaczne określenie przyczyny zgonu, zaś biorąc pod uwagę okoliczności i dane z dokumentacji lekarskiej przyjąć można było, że jego przyczyną była niewydolność krążeniowo-oddechowa u osobnika niedożywionego, cierpiącego na chorobę psychiczną”.

Opinię w przedmiotowej sprawie wydaliśmy we współpracy z biegłym z zakresu chirurgii. Zgodziliśmy się z konkluzją obducenta, iż jednoznaczne określenie przyczyny zgonu nie jest możliwe stawiając jednocześnie tezę, iż w niepomyślnym zejściu, czego oczywiście nie da się udowodnić, mogły brać udział takie czynniki jak stany zapalne narządowe czy wręcz posocznica. Jednocześnie podaliśmy, iż już od pierwszego kontaktu z lekarzem w dniu znalezienia chorego na płycie lotniska jego stan ogólny wymagał przyjęcia na oddział szpitalny, diagnostyki, intensywnego leczenia nawadniającego, prawidłowego odżywiania, antybiotykoterapii i miejscowego leczenia chirurgicznego miejsc opanowanych przez larwy. Ograniczenie się jedynie do wykąpania chorego i odesłanie go do domu uznaliśmy za błąd decyzyjny. Przewiezienie pacjenta do Izby Chorych i to dopiero po trzech dniach uznaliśmy za niewystarczające. Stwierdziliśmy nadto, iż prawidłowe podjęcie działań diagnostycznych i terapeutycznych dawało, choć z całą pewnością nie da się tego stwierdzić, szanse na uratowanie życia chorego a prawidłowe leczenie prawdopodobnie pozwoliłoby na uzyskanie pomyślnego wyniku i chory, być może kaleki, miał szanse na przeżycie. Postępowanie lekarzy którzy mieli kontakt z chorym w szpitalu uznaliśmy nadto za nieetyczne i niehumanitarne.

Obrona oskarżonych dowodziła, iż postępowanie uznać należy za prawidłowe, gdyż, zgodnie z twierdzeniami lekarzy nie było bezwzględnych wskazań do leczenia zarówno internistycznego jak i chirurgicznego. Z takim wnioskiem nie zgodziliśmy się podtrzymując treść naszej opinii. Nadto obrona forsowała tezę, iż Izba Chorych w J. była integralną częścią szpitala a co za tym idzie miała pełne możliwości diagnostyczne i lecznicze jak oddział szpitalny. W tej sprawie powołano biegłego z zakresu organizacji ochrony zdrowia. Z jego opinii wynikało, iż aczkolwiek formalnie Izba Chorych istotnie była częścią szpitala to jej wyposażenie ograniczało się jedynie do podstawowych leków a więc podstawowej terapii, nie posiadała ona jednak żadnych możliwości diagnostycznych - na jej wyposażeniu nie było nawet aparatu EKG, który w godzinach popołudniowych pożyczano z pobliskiej przychodni.

Ponieważ w kontaktach z chorym na poszczególnych etapach brało udział kilku lekarzy, pod adresem biegłych padło pytanie Sądu który z nich popełnił błąd decyzyjny. Biorąc pod uwagę stan chorego nie zdecydowaliśmy się na jednoznaczną odpowiedź na to pytanie uznając, iż już od pierwszego kontaktu w lekarzem Pogotowia stan chorego wymagał hospitalizacji. Podobnie, uchyliliśmy się, nie czując się kompetentnymi, od udzielenia odpowiedzi na pytania odnośnie formalnych zasad i reguł decyzyjnych obowiązujących w przypadku konieczności przyjęcia chorego do szpitala.

Już na koniec podać można jedynie, iż w kularowych rozmowach z lekarzami, biegli usłyszeli od nich jednoznacznie, iż odmowa przyjęcia chorego do szpitala powodowana była obawą o zainfekowanie i zarobaczenie oddziału. Z tłumaczeniem takim nie można się jednak zgodzić - do obowiązków m.in. ordynatora oddziału szpitalnego należą sprawy organizacyjne takie jak np. zorganizowanie „ad hoc” sali o charakterze izolacji.

Przedstawiony przypadek stanowi swoiste kuriozum w historii opiniowania o poprawności postępowania lekarskiego w naszym Zakładzie. Nigdy dotąd bowiem nie spotkaliśmy się z przykładem tak bezdusznego i nieetycznego potraktowania chorego, które doprowadziło do zaniechania przyjęcia skrajnie zaniedbanego pacjenta skutkując błędem diagnostycznym i terapeutycznym.

PIŚMIENNICTWO

1. Marek Z., Kłys M.: Opiniowanie sądowo-lekarskie i toksykologiczne, Wyd. Zakamycze, 1998. -2. Baran E., Marek Z., Jaegermann K.: Błąd medyczny i odpowiedzialność prawna, Przeg. Lek. 1984, 41, 709-713.3. Marek Z., Plac-Bobula E.: Klasyfikacja błędu medycznego, Arch. Med. Sąd. Krym. 1994, 44, 197-201.

Adres autora:

Katedra Medycyny Sądowej CM UJ
31-531 Kraków
ul. Grzegorzewska 16.

Adam Gross

Przypadek samobójczego zatrucia chlorkiem potasu

Suicide by ingestion of potassium chloride - a case report

Z Katedry Medycyny Sądowej CM UJ w Krakowie
Kierownik: prof. dr hab. B. Turowska

Przedstawiono przypadek samobójstwa 32-letniej kobiety, popełnionego przez doustne zażycie tabletek Kaleorid Leo, preparatu wolno uwalniającego się chlorku potasu. Omówiono obraz sekcyjny oraz wyniki pośmiertnych oznaczeń stężeń potasu we krwi i w płynie z gałki ocznej. W oparciu o piśmiennictwo przedstawiono przypadki podobnych zatruc, dyskutując na jego podstawie stężenia potasu i wartość jego oznaczeń w materiale pośmiertnym.

The case of suicide by oral ingestion of slow-release potassium chloride (Kaleorid Leo) is presented. Fatal ingestions of potassium chloride, postmortem chemical evaluation and levels of potassium are described and discussed based on the literature.

Słowa kluczowe: chlorek potasu, samobójstwo, potas, oznaczanie w materiale pośmiertnym.

Key words: potassium chloride, suicide, potassium, postmortem chemical evaluation.

Śmiertelne zatrucia preparatami potasu są niezwykle rzadkie, zarówno w praktyce sądowo-lekarskiej jak i klinicznej. Większość prezentowanych w piśmiennictwie przypadków była wynikiem zamachu samobójczego bądź omyłkowego jego przedawkowania i tylko pojedyncze z nich zakończyły się zgonem (4, 7, 9). Z zatruc zbrodniczych potasem można tam natomiast odnaleźć niezwykle pojedynczy przypadek opisany przez Wachowiaka i Żabę (11).

Do jeszcze odmiennej grupy zgonów zaliczyć można przypadki rozmyślnych zatruc potasem podanym dożylnie osobom ciężko i nieuleczalnie chorym w celach eutanatycznych. Działający na terenie Stanów Zjednoczonych Ameryki patolog, doktor medycyny Jack Kevorkian, (nazwany przez media „Doktorem Śmiercią”) udostępnił takim chorym, skonstruowaną przez siebie „maszynę śmierci”; urządzenie „dzięki” działaniu którego mogli oni popełnić samobójstwo poprzez podanie śmiertelnych dawek tiopentalu i chlorku potasu (1, 5). Podobną