

Aleš Roztočil

Porodnické soudní kazuistiky



Aleš Roztočil

Porodnické soudní kazuistiky

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **trestně stíháno**.

Prof. MUDr. Aleš Roztočil, CSc.

PORODNICKÉ SOUDNÍ KAZUISTIKY

Odborný konzultant:

JUDr. Jan Mach

© Grada Publishing, a.s., 2015

Cover Design © allphoto, 2015

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 5900. publikaci

Odpovědná redaktorka Mgr. Jitka Straková

Sazba a zlom Milan Vokál

Počet stran 288

1. vydání, Praha 2015

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a.s.

Autor a nakladatelství děkují společnostem Electric Medical Service, s.r.o., medisap, s.r.o., a Merck Sharp & Dohme s.r.o. za podporu, která umožnila vydání publikace.

Názvy produktů, firem apod. použité v této knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.

ISBN 978-80-247-9822-6 (pro formát PDF)

ISBN 978-80-247-9823-3 (pro formát ePUB)

ISBN 978-80-247-5547-2

OBSAH

Předmluva	7
Úvod	9
Kauza 1	11
Kauza 2	17
Kauza 3	21
Kauza 4	26
Kauza 5	29
Kauza 6	33
Kauza 7	38
Kauza 8	44
Kauza 9	49
Kauza 10	52
Kauza 11	56
Kauza 12	61
Kauza 13	65
Kauza 14	71
Kauza 15	76
Kauza 16	82
Kauza 17	86
Kauza 18	90
Kauza 19	95
Kauza 20	100
Kauza 21	107
Kauza 22	112
Kauza 23	116
Kauza 24	120

Kauza 25	124
Kauza 26	128
Kauza 27	133
Kauza 28	139
Kauza 29	144
Kauza 30	148
Kauza 31	155
Kauza 32	160
Kauza 33	164
Kauza 34	168
Kauza 35	173
Kauza 36	177
Kauza 37	182
Kauza 38	193
Kauza 39	198
Kauza 40	204
Kauza 41	210
Kauza 42	217
Kauza 43	222
Kauza 44	229
Kauza 45	235
Kauza 46	244
Kauza 47	254
Kauza 48	258
Kauza 49	262
Kauza 50	265
Kauza 51	269
Kauza 52	272
Kauza 53	278

PŘEDMLUVA

Obor gynekologie a porodnictví, zejména však samotné porodnictví, je prakticky všude ve světě z právního hlediska jednoznačně oborem nejvíce rizikovým. Ve Spojených státech amerických jsou podle mých informací ochotni věnovat se porodnictví již jen imigranti. Praktický lékař tam má možnost získat porodnickou licenci, což je příležitost k podstatně vyššímu výdělku, ale téměř nikdo z tamních praktiků o ni nežádá. Specializované advokátní kanceláře žalují porodníka buď proto, že nebyl včas proveden císařský řez, nebo naopak proto, že byl proveden předčasně a zbytečně. Z několika stovek lékařských kauz, které jsem obhajoval v České republice za posledních více než 20 let, případy z oboru porodnictví převažovaly nad jinými lékařskými obory.

Edukace porodníků v problematice porodnických soudních případů je u nás naléhavě potřebná a může velmi pomoci lékařkám a lékařům věnujícím se tomuto krásnému, ale náročnému a právně velmi riskantnímu oboru. Neraď lékaře „straším“, ale vím, že jsou-li konkrétně a srozumitelně upozorněni na možná právní rizika svého povolání, mají mnohem větší šanci nedostat se do právních problémů. Jsou-li pak lékaři na konkrétních kauzách upozorněni na řadu možných odborných pochybení v porodnictví, které mohou vést k soudní dohře případu, i na to, jaké stanovisko k jednotlivým postupům, končí-li případ nepříznivě, zaujme zkušený univerzitní profesor a soudní znalec, je to velká deviza. Kniha předního českého gynekologa a porodníka pana profesora Aleše Roztočila touto devizou pro lékařky a lékaře, kteří se věnují porodnictví, nepochybně je.

Publikace obsahuje celkem 53 konkrétních porodnických soudních kauz a jejich hodnocení znalcem. Každá kauza je uvozena konkrétním stručným a výstižným poučením, které z daného případu pro lékaře vyplývá. Následuje epikríza, která obsahuje rodinnou, osobní a gynekologickou anamnézu rodičky, někdy též diagnózu patologicko-anatomickou, a další důležité údaje pro posouzení případu. Je podrobně rozvedena prenatální péče, průběh hospitalizace i samotného porodu. „Zlatým hřebem“ je pak vlastní znalecké zhodnocení případu, zejména hlediska toho, které činnosti (někdy též nečinnosti) lékařů lze znalecky zhodnotit jako *lege artis* a které jako *non lege artis*. Toto zhodnocení je zpravidla rozvedeno v mnoha bodech a má povahu připomínající řádný znalecký posudek z oboru gynekologie a porodnictví. Kauza je ukončena stručným, jasným a konkrétním závěrem,

z něhož je zřejmé, zda postup porodníků byl či nebyl na náležité odborné úrovni, případně v čem lze spatřovat odborná pochybení.

Kniha pana profesora MUDr. Aleše Roztočila, CSc., Porodnické soudní kazuistiky může velmi pomoci všem, kdo se věnují oboru porodnictví, aby se vyvarovali zbytečných odborných pochybení a jejich právním důsledkům. Je také velmi zajímavou informací pro lékaře všech dalších odborností, porodní asistentky a další zdravotníky, manažery nemocnic i právníky, kteří se věnují medicínskému právu.

V Praze dne 30. dubna 2015

JUDr. Jan Mach
advokát
ředitel právní kanceláře ČLK

Na Lékařské fakultě tehdejší Univerzity Jana Evangelisty Purkyně, nyní Masarykovy univerzity, jsem promoval v roce 1978. Po roční vojenské prezenční službě u ženistů plzeňské divize, kde jsem se pravda porodnictví moc nevěnoval, jsem v roce 1979 začal pracovat na II. gynekologicko-porodnické klinice v Brně. V univerzitním porodnickém prostředí jsem pracoval do roku 2002. Od roku 2003 pracuji jako přednosta velkého gynekologicko-porodnického oddělení v Jihlavě.

Je nábíledni, že za tuto dobu 37 let jsem akumuloval jisté množství porodnických znalostí a dovedností. Pamatuji si, že svůj první posudek jsem napsal v roce 1998 coby posudek ústavní, tehdy Lékařské fakulty Masarykovy univerzity, z pověření děkana prof. Vorlíčka. Od té doby jsem napsal téměř sto znaleckých posudků, převážně na porodnické kauzy. Jednalo se jak o znalecké posudky pro Českou lékařskou komoru, Policii České republiky a zdravotnická zařízení, převážně nemocnice, tak i pro advokátní kanceláře a soukromé osoby. V roce 2014 jsem byl jmenován ministryní spravedlnosti soudním znalcem pro odvětví porodnictví, specializace gynekologie a porodnictví (zvláštní název, že?).

Jeden večer jsem si z řady dalších pořadačů vytáhl šanon s posudky a začal v něm listovat. Uvědomil jsem si, že tyto stránky neobsahují pouze větší či menší neštěstí v kauzách zúčastněných stran, ale také velké penzum poučení pro ty kolegy, kteří by si našli čas a tyto příběhy si přečetli. Proto jsem se rozhodl tyto kauzy v anonymní formě poskytnout k vydání jako porodnické kauzy soudního znalce. Jsem rád, že se vydavatelství Grada Publishing rozhodlo tuto publikaci vydat.

Každá kauza je zanonymizovaná dle pravidel vydavatele. Nicméně je velmi pravděpodobné, že se aktéři jednotlivých kauz v případech poznají. Smyslem vydání této publikace je poukázat na chyby zúčastněných stran – ať už skutečné, nebo domnělé. V žádném případě není záměrem této knihy aktéry odsuzovat nebo skandalizovat. Cílem je poučení porodníků a porodních asistentek z těchto případů tak, aby se v budoucnosti podobných chyb vyvarovali.

Rád bych no tomto místě poděkoval i JUDr. Janu Machovi za komentář k této knize.

V Brně dne 15. dubna 2015

Prof. MUDr. Aleš Roztočil, CSc.
soudní znalec odvětví porodnictví,
specializace gynekologie a porodnictví



První a atypický posudek: Nesmíme přeceňovat svoje možnosti ve schopnosti provést problematický klešový porod. Je lepší provést pozdní císařský řez než riskantní kleště.

Vlastní posouzení výše citovaných posudků

Posudek se týká pouze jedné otázky: „*Mohl být neúspěch při pokusu o porod kleštěmi způsoben neklidem a špatnou spoluprací rodičky?*“

Na tuto otázku odpovídá znalec kladně a tento závěr je v souladu s poznatkou současného porodnictví: neklid a nespolupráce rodičky může vést jak k neúspěchu zavedení kleští, tak k neúspěchu extrakce plodu. Z popisu porodu pacientky k takové situaci došlo.

Obsáhlé znalecké posudky soudních znalců A a B jsou v kontradikci, jak v hodnocení jednotlivých diagnostických a léčebných postupů v průběhu porodu pacientky, tak v hodnocení adekvátnosti péče – postupu *lege artis*. Tyto rozpory jsou v hodnocení následujících situací.

1. Hodnocení intrapartálního kardiokografického vyšetření

Vzhledem k rizikovosti těhotenství pacientky (158 cm, BMI 34,4/38,3, 31 let, hraniční hypertenze) hodnotí znalec A způsob za nedostatečný („nelze hovořit ani o záznamu přerušovaném“) a nekvalitní, chybí i jeho hodnocení. Hodnocení kardiokografického monitorování plodu je i dle posudku znalce B z obecného hlediska nedostatečné.

V případě suspektního nebo nezhodnotitelného CTG záznamu v průběhu porodu nelze monitoring ukončit. Toto pravidlo platí pro nerizikové těhotenství a porod a ještě v intenzivnější míře při těhotenství rizikovém, jak tomu bylo v případě pacientky. V CTG monitoringu je nutné kontinuálně pokračovat za aplikace metod intrauterinní resuscitace plodu (aplikace O₂, poloha matky na boku, parciální tokolyza) až do normalizace křivky nebo při vzniku křivky patologické do ukončení těhotenství.

V tomto případě projevovala rodička velký motorický neklid, který znemožňuje získání kvalitního signálu zevní sondou CTG záznamu. Proto je záznam nekvalitní a v popisovaných obdobích porodu nezhodnotitelný.

Řešením je zavedení skalpové elektrody na hlavičku plodu. Zde již neklid pacientky většinou nebrání získání kvalitního CTG záznamu.

Pracoviště bylo v době průběhu porodu pacientky nedostatečně vybaveno přístrojovou technikou pro diagnostiku intrauterinní hypoxie plodu (pouze jeden CTG přístroj bez možnosti intrapartálního monitoringu skalpovou elektrodou). Tento přístroj sloužil současně pro více rodiček (jaká byla míra jejich rizikovitosti, není známo) a těhotenská rizika pacientky nevyžadovala kontinuální monitoring. Lze jen spekulovat, zda by kontinuální CTG záznam popsané nízké kvality ovlivnil rozhodování lékařů a dřívejší provedení císařského řezu. Císařský řez se podle platných indikací provádí na základě jasných známek hrozící hypoxie a ne pro nekvalitní záznam.

Možno tedy konstatovat, že pozdní diagnóza intrauterinní hypoxie plodu byla dána nedostatečným CTG monitorováním způsobeným objektivně nedostatečným vybavením porodního sálu a potencionálním neklidem a nedostatečnou spoluprací rodičky. Při dostatečném vybavení porodního sálu přístroji určenými k intrauterinní diagnóze plodu (intrapartální CTG přístroj, intrapartální fetální pulzní oxymetr) by byla velmi pravděpodobná možnost získat dostatek informací o intrauterinním stavu plodu a porod by byl včas ukončen císařským řezem. Oba lékaři postupovali podle možností, které jim poskytovalo vybavení porodního sálu. Jejich postup lze hodnotit jako postup *lege artis* v daných podmínkách, přestože porod nebyl přiměřeně monitorován.

2. Způsob dávkování oxytocinu

Aplikace 2 jednotek oxytocinu v 500 ml fyziologického roztoku je schéma doporučené pouze suplementem České gynekologie. V případě porodu pacientky šlo o posílení děložních kontrakcí v I. porodní době při brance 8 cm pro sekundárně slabé děložní kontrakce. V zahraniční literatuře nebývá specifikováno, jaká je doporučená koncentrace oxytocinu v infuzním roztoku. Koncentrace roztoku není směrodatná pro reakci myometria, a tím ani pro sílu děložních kontrakcí. Na účinku oxytocinu na svalovou děložní buňku se podílí mnoho faktorů: množství receptorů pro oxytocin, hladina oxytocinázy, poměr progesteron – 17-beta-estradiol, sekrece prostaglandinů PGE_2 a $\text{PGF}_{2\alpha}$ a jiné faktory. Při posilování děložních kontrakcí proto není směrodatná dávka vpravená do organismu rodičky, ale odpověď myometria, která se při stejném dávkování u různých rodiček liší.

Účinek oxytocinu na průběh porodu lze sledovat podle síly děložních kontrakcí (orientačně pohmatem, exaktně dle CTG křivky), reakcí kardiiovaskulárního systému plodu na děložní aktivitu (změny ve frekvenci

srdeční akce plodu dle CTG) a stavu na děložní brance (progrese hlavičky v porodních cestách). Nejexaktnější metodou monitorování intenzity a frekvence děložních kontrakcí je sledování změn intrauterinního tlaku pomocí speciální sondy. Ani tuto sondu však nemělo pracoviště k dispozici.

Lékař A ordinoval infuzi s oxytocinem v 11,55 hodin při nálezů branky 8 cm při sekundárně slabých kontrakcích, tj. v závěru porodu. Vzhledem k tomu, že za 30 minut došlo k zániku branky a vstupu hlavičky do porodních cest, je možné způsob aplikace oxytocinu považovat za adekvátní. S ohledem na výše popsanou nedostatečnou techniku pro monitorování hypoxie plodu, motorický neklid rodičky a minimální spolupráci lze jen spekulovat o vlivu oxytocinové infuze na vznik eventuelního prohloubení intrauterinní hypoxie plodu. Indikaci k oxytocinové infuzi a dávkování roztoku lze považovat za postup *lege artis*.

3. Nepoměr mezi hlavičkou a pávní

Dle dokumentace branka zašla ve 12,25 hodin a hlavička vstoupila do pánve ve velkém oddílem. Vzhledem k výše popsaným dubiozním informacím o intrauterinní hypoxii plodu bylo lékaři správně indikováno rychlé ukončení porodu. Při aktuálním porodnickém nálezů se jevila jako optimální varianta rychlá extrakce plodu porodnickými kleštěmi. Pro tuto porodnickou operaci je nutné splnění následujících podmínek:

- živ plod (přítomnost srdeční akce plodu)
- oteklá plodová voda
- zašla branka
- hlavička vstoupila do porodních cest svým největším biparietálním obvodem
- nepřítomnost nepoměru mezi hlavičkou a pávním vchodem

První tři podmínky byly zcela jasně splněny, jak bylo popsáno v dokumentaci. Přes vytvořený porodní nádor, který velmi ztěžuje stanovení míry vstupu hlavičky do porodních cest, provedli jak lékař A, tak lékař B (oba s atestací II. stupně) pokus o extrakci plodu kleštěmi, a tudíž si byli vědomi nutnosti splnění čtvrté podmínky. Vstoupilou hlavičku do porodních cest prokazuje obtížnost jejího vybavení z malé pánve při následném císařském řezu.

Přes výšku pacientky 158 cm byla zevní pelvimetrie zcela normální a její nejdůležitější rozměr conjugata externa byl 21 cm, což je horní hranice normy. Lékař B ve svém výsledku udává, že při vnitřním vyšetření rodičky nedosáhl promotoria, což je znak normálního rozměru conjugata diagonalis – přímého průměru pávním vchodu (12 cm). Přestože ultrazvukový odhad

hmotnosti plodu byl 4000 g, poporodní hmotnost novorozence byla 3850 g. Porod jevil v I. době porodní normální progresi a nic nenasvědčovalo přítomnosti nepoměru. Proto nebyla provedena možná vyšetření k upřesnění stanovení nepoměru (ultrazvuk nebo radiopelvimetrie). V průběhu porodu nebyla zjištěna žádná patologie naléhání (asynklitismus, vysoký přímý stav, deflekční poloha), která by vedla k intrapartálnímu vzniku nepoměru.

Na základě výše popsaného možno konstatovat, že se o nepoměr mezi hlavičkou plodu a porodními cestami rodičky nejednalo a že rozhodnutí lékaře B a lékaře A nadále vést porod vaginální cestou bylo správné.

4. Pokus o ukončení porodu porodnickými kleštěmi

Výše popsané podmínky pro ukončení porodu extrakcí plodu kleštěmi byly splněny. Indikací k této operaci byla předpokládaná hypoxie plodu, jejíž jedinou účinnou léčbou ve II. době porodní je rychlé vybavení plodu z porodních cest a jeho poporodní resuscitace neonatologem. Jak indikace, tak podmínky byly zhodnoceny lékařem A a poté lékařem B, z dokumentace vyplývá, že jejich hodnocení a ukončení porodu kleštěmi bylo v dané fázi porodu adekvátním řešením aktuální porodnické situace. Extrakce plodu kleštěmi byla tudíž indikována správně.

Kleště se sice lékaři A a následně pak lékaři B podařilo zavést, nicméně se jim nepodařilo uzavřít kleštiny v zámku. Vzhledem k této skutečnosti správně od dalších pokusů dokončit klešťový porod ustoupili a rozhodli se pro akutní ukončení těhotenství císařským řezem. Nutno podotknout, že pokud by byl v porodních cestách vstoupil pouze porodní nádor hlavičky a vlastní hlavička by byla nad vchodem (jak udává znalec A), nebylo by možné kleštiny zavést. Toto je dalším potvrzením skutečnosti, že před pokusem o klešťový porod byla hlavička plodu vstoupilá. Při vytvořeném porodním nátoru je porod kleštěmi možný, ale zavedení kleštín je obtížné. V případě dané pacientky se navíc jednalo o motorický neklid rodičky a velice nízkou míru spolupráce. Jak udává pacientka: *„Byla to ukrutná bolest, jako když vám řezou břicho. Byla jsem v takovém stavu, že jsem nebyla schopna vnímat diskuse.“*

Pro téměř všechny porodnické výkony a samotný průběh porodu, pokud nejsou prováděny v celkové anestezii, je nutná spolupráce rodičky. Bez ní je většina diagnosticko-terapeutických porodnických metod nemožná. Z dokumentace vyplývá, že pokus o klešťový porod trval asi 5 minut. Možno tedy konstatovat, že indikace a podmínky ke klešťovému porodu byly splněny, k neúspěchu extrakce plodu ve výrazné míře přispěla rodička svým neklidem a nespoluprací, takže po krátké době pokusu o klešťový porod bylo přistoupeno k akutnímu císařskému řezu.

Za administrativní nedostatek je možné považovat absenci operačního protokolu nebo alespoň záznamu, kde by byly popsány indikace i podmínky a průběh pokusu o porod kleštěmi. Ani tento nedostatek však nic nemění na skutečnosti, že postup obou lékařů byl v souladu s názory současného porodnictví, a nutno jej tedy hodnotit jako postup *lege artis*.

5. Chorioamnionitis purulenta (hnisavý zánět plodových obalů) a adnatní pneumonie novorozence

Tuto okolnost znalec C ve svém znaleckém posudku opomněl, přestože byly hnisavý zánět plodových blan a adnatní pneumonie novorozence popsány v pitevním protokolu. Tato zánětlivá komplikace je sice typická pro předčasný odtok plodové vody, ale ani zachovalý vak blan nevylučuje infekci děložní dutiny. Onemocnění se projevuje zvýšením tělesné teploty těhotné, přítomností markerů zánětu (CRP, leu) a tachykardií plodu a matky. Tyto známky mohou být nevýrazné nebo mohou zcela chybět, jak tomu dle dokumentace bylo u pacientky. V takovém případě na tuto diagnózu lékaři nemyslí, infekce probíhá bezpříznakově, ale má velmi nepříznivý vliv a zhoršuje prognózu plodu/novorozence. Vzhledem k absenci výše popsaných známek u pacientky nebyla provedena další laboratorní vyšetření a diagnóza nebyla stanovena. Probíhající intrauterinní infekce výrazně zhoršuje rezistenci plodu k hypoxii a k jakékoliv další zátěži (operační porod, vybavení hlavičky z porodních cest při císařském řezu). I samotná chorioamnionitida může způsobit intrauterinní smrt plodu (znalecký posudek znalce C a vyjádření lékaře C).

Možno tedy konstatovat, že latentně probíhající chorioamnionitida s následnou adnatní pneumonií výrazně zhoršily stav plodu, a je obtížné spekulovat nad podílem tohoto faktoru na fatálním konci novorozence pacientky.

Postup lékařů byl v diagnosticko-terapeutických aspektech při absenci známek chorioamnionitidy adekvátní a nedošlo k pochybení nebo zanedbání péče.

6. Císařský řez

Po výše popsaném neúspěšném pokusu o klešťový porod lékařem A a lékařem B bylo vzhledem ke stavu plodu a rodičky *lege artis* přistoupeno k provedení císařského řezu. Na jistém prodlení se podílí lokalizace operačního sálu o dvě poschodí níže. Časové prodlení při volbě spinální anestezie uváděné znalcem A není validní. Při spinální anestezii proniká jehla pod tvrdou plenu míšní, anestetikum aplikované do prostoru kolem míchy působí okamžitě a rychlost anestezie je srovnatelná s celkovou anestezií.

Anestezioložka měla nicméně vzít v potaz neklid rodičky, a tudíž potenciální obtíže se zavedením jehly. Neúspěchem spinální anestezie se doba nutná k vybavení plodu z dutiny děložní prodloužila.

Velice spekulativní je otázka, zdali byl plod mrtvý již před začátkem porodu. Císařský řez prováděli lékař A (operatér) a lékař B (asistence), oba s atestací II. stupně. Hlavička plodu byla podle výpovědi obou obtížně vybavitelná – což opět potvrzuje výše uvedenou skutečnost, že hlavička byla vstoupilá do pánevních rovin.

Při revizi děložní dutiny vzniklo podezření na vznik inkompletní děložní ruptury v oblasti pravého rohu. Vzhledem k nezavinování dělohy, které se neupravilo ani po aplikaci metylergometrinu, došlo k silnějšímu krvácení z dělohy. Připojily se známky poruchy krevní srážlivosti. V důsledku ohrožení života matky hemoragickým šokem přistupili operatéři k provedení supravaginální amputaci děložního těla. Bohužel nebyla aplikována analoga prostaglandinů (Prostin M15) k léčbě děložní atonie a rychlý orientační test hemokoagulace (Lee-White), který by potvrdil nebo vyvrátil podezření na probíhající DIK. Další laboratorní vyšetření diagnózu poruchy krevní srážlivosti nepotvrdily. Patologicko-anatomický nález preparátu nepotvrdil předpokládanou rupturu dělohy.

Přestože v průběhu císařského řezu po vybavení plodu došlo k několika výše uvedeným pochybením, jednali operatéři v zájmu záchrany života matky (masivní krvácení z dělohy) a jejich rozhodnutí o parciální amputaci dělohy nelze považovat jako postup *non lege artis*, nýbrž jako pochopitelný ve stresové situaci, která následovala po vybavení mrtvého dítěte a při masivním krvácení z dělohy, a v dané situaci adekvátní.

Závěr

Příčinou úmrtí plodu pacientky bylo:

- insuficientní vybavení porodního sálu technikou pro exaktní diagnostiku intrauterinně probíhající hypoxie plodu
- asymptomaticky probíhající zánět plodových obalů a plic plodu
- nespolupráce rodičky, která se projevovala motorickým neklidem, který znesnadňoval až znemožňoval diagnosticko-terapeutické výkony (CTG, kleště, spinální anestezie)

Na patologický kardiokografický záznam je nutné včas reagovat. Kardiokografie je stále zlatým standardem hodnocení intrauterinního stavu plodu. Při naplnění kritérií patologie dle FIGO klasifikace je nutno okamžitě reagovat.

Epikríza

Pacientka byla v době popisovaného případu 26letá, podruhé těhotná žena. Otec i matka těhotné se léčí pro hypertenzi.

Z osobní anamnézy: Anamnéza neprokazuje žádné vážnější onemocnění nechirurgického charakteru. V roce 1998 pro obezitu provedena gastropластика. Pacientka je alergická na PNC.

Z gynekologické anamnézy: Menarche v 12,5 letech, cyklus je pravidelný v délce 28 dní, menses trvají 6 dní. V roce 2001 spontánně potratila ve 3. měsíci těhotenství.

Nynější těhotenství: Poslední menses nastoupily 21. 10. 2001 a dle nich byl vypočítán termín porodu na 29. 7. 2002.

Prenatální péče: Těhotná byla sledována v prenatální poradně lékaře A. Počátek prenatální péče byl 25. 1. 2002 ve 14. týdnu těhotenství. Od prvního vyšetření je zaznamenávána výrazná obezita těhotné (145 kg) a hypertenze 160/95 mmHg. Počátek léčby Dopegytem 3 × 1 tbl. nelze z průkazky exaktně stanovit. Další vyšetření v prenatální poradně již vykazují normotenzi nebo hraniční hypertenzi. Pro suspektní triple test (nízké hodnoty alfa-fetoproteinu) byla dne 6. 3. 2002 v 19. týdnu a 3 dnech těhotenství provedena amniocentéza a transplacentárně odebráno 20 ml čiré plodové vody. Výkon byl bez komplikací a pacientka byla objednána k ultrazvukové kontrole na 21. 3. 2002. Výkon provedl lékař B.

Dle průkazky pro těhotné byla těhotná nadále sledována v pravidelných intervalech s fyziologickým průběhem těhotenství do 2. 7. 2002, tj. do 37. týdne těhotenství. V tu dobu hypertenze 150/100–105 mmHg při medikaci Dopegyt 4 × 1 tbl. S nálezem: děloha klidná, cervix skóre 4 byla těhotná odeslána k hospitalizaci.

V průběhu péče v prenatální poradně byla provedena všechna doporučená laboratorní, kultivační a ultrazvuková vyšetření. Kromě pozitivní

kultivace na *Streptococcus agalactiae* a hraničních hodnot hypertenze nevykazovala tato vyšetření odchylku od normy.

Pacientka byla dvakrát hospitalizována: v prosinci 2001 pro zánět močových cest a od 15. 12. do 21. 12. 2002 pro krvácení. Dokumentace z těchto hospitalizací není k dispozici.

Průběh hospitalizace a porodu: Pacientka byla přijata k hospitalizaci na gynekologicko-porodnickém oddělení dne 2. 7. 2002 ve 13,30 hodin s diagnózou gravidita 37. týdne, hypertenze k vyloučení preeklampsie. Nález při příjmu byl následující: děloha klidná, fundus děložní dosahuje 4 cm po mečovitý výběžek; velká část, pravděpodobně hlavička, volně naléhá na pánevní vchod, plodová voda zachována, nekrvácí, frekvence ozev plodu 133/min. Byl ordinován biochemický a hematologický screening, měření tlaku a ozev plodu třikrát denně, klidový režim, ultrazvukové a CTG vyšetření, medikace dle preskripční karty: Magnezium lacticum, Diazepam, Dopegyt, Plegomazin.

Dokumentace byla denně adekvátně vedena, ultrazvukové a dopplerovské vyšetření biometrie plodu a funkce fetoplacentární jednotky ze dne 2. 7. 2002 v mezích normy. Při výše uvedené medikaci se střídala období normotenze s hypertenzí s maximem TK 170/110. Další ultrazvuková biometrie s dopplerem byla provedena 17. 7. opět s přiměřeným nálezem. Průběžně odebírané laboratorní hodnoty ze séra a z moči nevykazovaly výraznější odchylky od normy (hraniční nález ALP v moči a séru).

Dne 1. 8. 2002 výrazný nárůst hodnot kyseliny močové v séru (490 $\mu\text{mol/l}$). Anemie mírného stupně. V průběhu hospitalizace opakovaně diagnostikována bílkovina v moči.

Dne 29. 7. 2002, v termínu porodu, rozhodnuto lékařem C o ukončení těhotenství vaginální cestou. Vzhledem k nezralým porodním cestám byla ordinována aplikace Prostinu 0,5 mg do zadní klenby, a to na ráno následujícího dne.

Tato preindukce byla uzavřena následující den 30. 7. ve 20,30 hodin jako neúspěšná a lékařem C byla naordinována další preindukce na následující den.

31. 7. 2002 v 7,30 hodin byla zavedena další dávka Prostinu 0,5 mg do zadní klenby. Ve 12,45 hodin naznačená slabá děložní činnost a pacientka přeložena na porodní sál. V průběhu preindukce opakovaně popisovány fyziologické kardiokografické křivky. Slabé děložní kontrakce trvají až do 20,40 hodin, kdy byl ordinován Plegomazin i.m. v dávce 25 mg.

1. 8. 2002 v 1,30 hodin odtéká čirá plodová voda a nastupují děložní kontrakce. Ve 2,20 hodin aplikace 1 g Mefoxinu i.v. V 4,45 hodin odtéká

hnědozeleně zkalená plodová voda. CTG opakovaně popisován jako fyziologický až suspektní. Až do 10,25 hodin kontrakce hodnoceny jako slabé a nepravidelné.

V 10,30 hodin indikováno ukončení porodu císařským řezem (podpis nečitelný). Nález: branka 3 cm, hlavička naléhá, šev šípový ve II. šikmém postavení. CTG suspektní až patologické. Široká decelerace na 80/min, zúžená až silentní křivka. Plod vybaven císařským řezem v 11,30 hodin. Indikace k císařskému řezu: hypoxia feti acuta, strangulatio funiculi umbilicalis, pravý uzel na pupečníku; obesitas magna, preeclampsia. Císařský řez proběhl *lege artis*, komplikován obezitou matky a varixy v dolním děložním segmentu. Vybaven mrtvý plod s Apgar 0. Po 46 minut trvajících kardiopulmonální resuscitaci je tato pro neúspěch ukončena.

Pooperační průběh je komplikován drobnou dehiscencí ve středu laparotomie do podkoží. Nedělka je po zástavě laktace propuštěna 7. pooperační den do domácího ošetření.

Patologicko-anatomická diagnóza: Prenatální úmrtí zralého plodu, ženského pohlaví 3400/52, pravý uzel pupečníku. Úmrtí plodu je zapříčiněno nitroděložní asfyxií v důsledku aspirace plodové vody do průdušnice a průdušek.

Vlastní hodnocení případu

Prenatální péče v těhotenství pacientky probíhala podle doporučených postupů. Její těhotenství bylo komplikováno hypertenzí, která byla adekvátně léčena Dopegytem. Hodnoty krevního tlaku se normalizovaly až do 37. týdne těhotenství. Poté byla pro medikamentózně nekorigovatelnou hypertenzi odeslána k hospitalizaci.

K léčebně terapeutickému schématu možno mít následující výhrady:

1. Přes vyslovení možnosti přítomnosti preeklampsie nebyla denně vyšetřena moč na přítomnost bílkoviny. V dokumentaci není uveden sběr 24hodinového množství moči ke stanovení odpadu bílkovin.
2. Přes opakované hodnoty diastoly 110 nebylo podle preskripční karty nasazeno žádné další antihypertenzivum.
3. Přes závažnost stavu – perzistující hypertenze – nebyla pacientka vyšetřena internistou.
4. Při chronické nebo těhotenské hypertenzi dochází k poruše fetoplacentární perfuze. Tu lze diagnostikovat dopplerem a sníženou rezervu fetoplacentární jednotky odhalí oxytocinový zátěžový test. Ten nebyl

v průběhu hospitalizace proveden a lze jen spekulovat o dalším postupu lékařů a výsledku těhotenství při jeho patologii.

5. Při diagnóze hypertenze v těhotenství ve III. trimestru těhotenství je indikováno vyšetření průtoku cév dopplerem minimálně jednou týdně. V tomto případě byla pacientka vyšetřena dopplerem v průběhu měsíce celkem dvakrát.
6. Aplikace Prostinu 0,5 mg do zadní klenby je metoda sice používaná, nicméně Prostin (PGE2 ve vehikulu sacharóze) je preparát k indukci porodu, nikoliv k preindukci. K preindukci jsou indikovány preparáty Prepasil, Propess nebo hydrofilní tyčinky Dilapan.
7. Od překlada na porodní sál dne 31. 7. 2002 v 13,30 hodin až do ukončení těhotenství 1. 8. 2002 v 11,30 hodin (22 hodin) udává rodička slabé nepravidelné kontrakce. Tyto nebyly posíleny uterokinetickou léčbou ani poté, co ve 4,45 hodin začala odtékat zkalená plodová voda.
8. Rodička byla pravidelně kardiokograficky sledována. Záznamy jsou ale bez podpisu a vyhodnocení lékaře. Přestože jsou křivky suspektní až patologické, není na tuto situaci adekvátně reagováno. Ve 4,20 hodin nereaktivní, velmi omezeně variabilní křivka; v 7,10 hodin 2 minuty trvající decelerace na 80/min; v 7,30 hodin další decelerace s následnou sinusoidní silentní křivkou. Široká decelerace v 10,15 hodin, poté následuje preterminální záznam až do 11,18 hodin, kdy dochází k prudké deceleraci a záznam je ukončen. Tricativteřinový záznam srdeční frekvence 55/min v 11,22 hodin již nelze validně hodnotit.
9. Indikace k císařskému řezu byla stanovena v 10,30 hodin. Plod byl vybačen v 11,30 hodin. Při těžké hypoxii plodu je toto prodlení těžko omluvitelné.
10. Při extrémní obezitě rodičky (155 kg) není indikován ani při těžké intrauterinní tísní plodu Pfannenstielův řez.

Závěr

Přes řadu výše popsaných pochybení v průběhu hospitalizace pacientky se jako nejzávažnější jeví pozdní provedení císařského řezu při kardiokografickém záznamu jasně svědčícím o těžké intrauterinní hypoxii plodu. Nitroděložní úmrtí plodu je možno dát do příčinné souvislosti s tímto prodlíním. Pozdní ukončení porodu je možno označit jako postup *non lege artis*. V posuzování tohoto případu je nutno vzít v potaz nahromadění operačních zákroků v inkriminovanou dobu.

Kardiotokografie je v současné době stále základní vyšetřovací metodou v průběhu porodu.

Epikríza

V době porodu byla pacientka 20letá primigravida primipara, svobodná prodavačka pracující v Praze. Její nejbližší příbuzná byla matka, se kterou bydlela na stejné adrese.

Z rodinné anamnézy: Dědeček – tbc, babička – diabetes mellitus 1. typu, karcinom mammy, matka – snížená imunita.

Z osobní anamnézy: Udává zvětšenou štítnou žlázu a sníženou imunitu bez dalších podrobností. Udává alergii na prach, roztoče a pyl.

Z gynekologické anamnézy: Menses od 12 let, 28/5 cyklus pravidelný, krvácení střední. Šlo o první těhotenství.

Nynější těhotenství: Poslední měsíčky udává 8. 7. 2002. Dle nich vypočítán termín porodu na 14. 4. 2003.

Prenatální péče: Průkazka pro těhotné byla vystavena lékařem A v gynekologické ordinaci. Pravděpodobně od 27. 12. 2002 (24.+4 týden gravidity) přešla do jiného porodnického ambulantního pracoviště, kde byla poradna vedena lékařem B. První vyšetření v prenatální poradně proběhlo dne 9. 9. 2002 v 9.+0 týdnu těhotenství, toto vyšetření nevykazovalo žádné těhotenské riziko ani patologie.

Byla provedena všechna doporučená vyšetření, která nevykázala odchylky od normálu. Pouze conjugata externa Baudelocque při vstupním vyšetření 16 cm, pánevní rozměry přeměřeny 15. 2. 2003 a rozměr conjugata externa korigován na 18 cm. V prenatální poradně vyšetřena v průběhu těhotenství celkem desetkrát v předepsaných intervalech.

Poslední vyšetření proběhlo dne 26. 3. 2003 v 37.+2 týdnu těhotenství. V průběhu těhotenství neodebrán AFP – pacientka se nedostavila.

Také UZ vyšetření byla provedena v doporučených termínech a nevykazovala žádné odchylky od normy.

V 31.+4 týdnu těhotenství přeléčena pro suspektní bakteriální vaginózu Dalacinem vaginálním krémem.

28. 3. 2003 ve 14,19 hodin proveden non-stress test, dle popisu reaktivní, v normě. Přiložený záznam skutečně potvrzuje, že křivka byla v pásmu normokardie (bazální frekvence 135/min), oscilační, reaktivní, bez děložních kontrakcí.

Průběh hospitalizace a porodu: Pro pravidelné děložní kontrakce volána dne 28. 3. 2003 v 5,49 hodin zdravotnická záchranná služba, která přijela do místa bydliště v 6,04 hodin. Na porodní sál gynekologicko-porodnického oddělení rodičku předala v 6,22 hodin.

Somatologický nálezn zdravotní záchranné služby prokazoval fyziologické vitální funkce. Nález při příjmu na porodní sál byl následující: pravidelné kontrakce od 5,30 hodin, při přijetí po 7 minutách; plodová voda zachována, nekrvácí, pohyby cítí, ozvy plodu pravidelné; teplota 36,5 °C, tep 70/min, TK 120/80. Orientační interní vyšetření (nálezn na srdci a plicích a ostatním těle) negativní. Zevní rozměry pánevní: diameter bispinalis 23 cm, diameter bicristalis 28 cm, diameter bitrochanterica 30 cm, conjugata externa 18 cm. Pánevní rozměry byly v mezích normy.

Zevní a vnitřní porodnické vyšetření proběhlo týž den v 7,00 hodin: děložní fundus sahá 4 cm pod mečovitý výběžek, poloha plodu podélná, porodnická branka v průměru 2 cm, hlavička plodu vstupuje malým oddílem, vak blan zachován, děložní kontrakce po 3 minutách, slabší. Kardiotokografický nálezn fyziologický, podrobněji nepopsán.

Příjem rodičky na porodní sál provedl lékař C v 7,00 hodin. Přiložený kardiotokografický záznam lze hodnotit následovně: počátek monitoringu v 6,29 hodin, ukončení v 6,50 hodin, délka monitoringu 21 minut, při fyziologickém nálezu dostačující. Bazální frekvence v pásmu normokardie, cca 130–140/min, reaktivní, oscilační, v krátkých úsecích saltatorní, pohyby plodu v pravidelných intervalech, kontrakční činnost nelze z přiložené křivky hodnotit. Intrapartální kardiotokografický záznam možno hodnotit jako fyziologický. Založena vložka do porodopisu. Průběh porodu byl pravidelně monitorován v intervalech 15–30 minut.

V 8,30 hodin byl nálezn na rodidlech: branka 3 cm, klene se vak blan, pacientka pociťuje silné bolesti, žádá o epidurální analgezii. Tato byla indikována lékařem C v 8,45 hodin a aplikována v 9,10 hodin. Pravidelně monitorovány ozvy plodu přístrojem UDOP v intervalech 10–20 minut.

V 10,00 hodin byla rodička porodnický vyšetřena lékařem D s nálezem: čípek spotřebován, branka 3–4 cm, hlavička plodu vstoupila malým oddílem, klene se vak blan. Byla provedena dirupce vaku blan. Odtéká čirá plodová voda. Rodička byla vycévkována. Byla založena porodní křivka.

Zánik branky ve 12,30 hodin. Do té doby porod probíhal graduálně ve fyziologickém časovém horizontu. Porod ukončen ve 13,15 hodin lékařem D Simpsonovými východovými kleštěmi pro nepostupující porod a abnormální rotaci záhlaví hlavičky. Tento stav byl diagnostikován až po porodu plodu. Doba od zániku branky do porodu plodu byla tudíž 45 minut. Dle dostupné dokumentace byla v průběhu porodu aplikována ve 12,45 hodin infuze 500 ml fyziologického roztoku se 2 j. oxytocinu. Po porodu plodu byla nitrožilně aplikována 1 amp. metylergometrinu.

Placenta porozena spontánně středem za 10 minut po porodu plodu. Placenta byla normální morfologie, celková krevní ztráta za porodu byla 350 ml. Byla ošetřena porodní poranění.

Průběh raného šestinedělí v průběhu hospitalizace byl komplikován poporodní anemií (nasazena léčba Sorbiferem 2 tbl. denně) a postmikčním močovým reziduem 500 ml (katetrizace močového měchýře permanentním katétreem na 24 hodin, i.m. aplikace Syntostigminu). Propuštěna do domácího ošetření 3. 4. 2003.

Novorozenec byl po porodu předán k ošetření lékaři C. Jeho poporodní stav je popsán jako živý, resuscitace, dolichocefalie. Porodní hmotnost byla 3280 g. Skóre dle Apgarové bylo v 1. minutě 1, poté již nehodnoceno. Z přiložené dokumentace není jasné, které pacientce přiložený Astrup odebraný v 14,40 hodin patří. Patrně novorozenci. pH 6,809 a akt. BE 24,4 svědčí o těžké asfyxii. Novorozenec předán anesteziologovi ihned po porodu ve 13,15 hodin. Měl výraznou bradykardii (40/min), ojedinělý lapavý vdech. Byl prodáván ambuvakem s O₂, okamžitě intubován, pokračování v přímé masáži srdce. Stav se nezlepšil. Intratracheální aplikace adrenalinu. Další postup viz anesteziologické vyšetření. Přibližně ve 14,30 hodin bylo dítě kardiopulmonálně stabilizované, bylo ponecháno v péči pediatra a poté předáno do péče převozní služby a přeloženo na novorozeneckou jednotku intenzivní péče.

Vlastní hodnocení případu

1. Prenatální péče o pacientku byla vedena *lege artis*, dle současných doporučených postupů. Skutečnost, že se klientka nedostavila k plánovanému odběru krve na vyšetření hladin AFP, s největší pravděpodobností neovlivnila výsledek porodu. Běžné, nezávažné patologie v průběhu těhotenství byly adekvátně ošetřeny.

2. Příjem na porodní sál byl proveden lege artis a všechny náležitosti spojené s příjmem byly splněny. Šlo o nekomplikovaný začátek porodu v 37. týdnu těhotenství. Vstupní kardiokografický záznam byl fyziologický, děložní činnost pravidelná, plodová voda zachována při nálezů na brance 3 cm. Opakované vyšetření zevních pánevních rozměrů (třikrát), výška klientky a opakované biometrie plodu nesignalizovaly možný vznik nepoměru mezi naléhající částí plodu – hlavičkou a porodními cestami. Hmotnost novorozence a dynamika porodu nepřítomnost nepoměru potvrzují.
3. Lege artis při dostatečné indikaci a splněných podmínkách byla aplikována epidurální analgezie.
4. Až do zajetí branky měl porod téměř školní průběh. Dirupce vaku blan byla provedena v adekvátní dobu při adekvátním nálezů a odtékající plodová voda byla čirá, což svědčí o dobrém stavu plodu. Nicméně výpovědní hodnota čirosti plodové vody je velmi nízká, pouze orientační. Ozvy plodu sledované přístrojem UDOP a zaznamenané v partogramu a v průběhu porodu byly fyziologické. Po vstupní CTG křivce již nebyl další kardiokografický záznam proveden. Doba od natočení tohoto záznamu (konec záznamu v 6,50 hodin) a porodem plodu (13,25 hodin) byla 6 hodin a 35 minut. Vzhledem k tomu, že rodička měla v době provádění CTG záznamu pravidelné kontrakce po 3 minutách a nález na brance byl 2 cm, šlo o porod v chodu. Pokud není CTG záznam proveden v průběhu porodu po dobu 6 hodin 35 minut, jde za současného stavu porodnictví o postup non lege artis. Lze jen spekulovat, zda se tento fakt podílel, a případně v jaké míře, na špatném poporodním stavu novorozence.
5. Lege artis byla pro sekundárně slabé kontrakce v II. porodní době aplikována infuze s oxytocinem.
6. Protrahovaná II. porodní doba (45 minut) byla dle průběhu porodu pravděpodobně způsobena epidurální analgezií. Možnost nepoměru je velmi nepravděpodobná.
7. Patologicky protrahovaná II. porodní doba je nad 60 minut. Provést extrakci plodu pro protrahovanou II. porodní dobu po 45 minutách od zajetí branky bez další indikace je nezvyklé, nicméně není možno tento postup posuzovat jako non lege artis. Extrakce plodu ženou (byť z dokumentace není známa její fyziognomie a síla, kterou mohla být schopna při trakci porodními kleštěmi vyvinout) během jedné kontrakce nepodporuje podezření na nepoměr mezi hlavičkou a porodními cestami.

8. Velmi závažnou chybou dokumentace je absence popisu kleštového porodu, což je velká porodnická operace, která musí být podobně jako císařský řez v dokumentaci řádně popsána, a to včetně podmínek, indikací, provedení výkonu a případných komplikací. Nelze tak posoudit, zdali následný stav plodu nemohl být způsoben následkem porodního poranění vzniklého extrakční operací porodnickými kleštěmi. Nicméně porodní poranění hlavičky plodu, které by mohlo vyvolat intracerebrální krvácení s následným špatným stavem plodu, není v pediatrické dokumentaci popsáno.
9. Je málo pravděpodobné, že by se na stavu plodu podílela abnormní rotace záhlaví hlavičky, i když zcela vyloučit to nelze.
10. Jako porodníkovi mi nepřísluší poporodní hodnocení stavu plodu, jeho resuscitace a dalších postupů pediatriů.
11. Vzhledem k tomu, že nedošlo k časnému úmrtí novorozence, není k dispozici patologicko-anatomický nález, který by mohl přispět k objasnění příčin negativního perinatálního výsledku pacientky.

Závěr

Neprovedení kardiotorokografického záznamu po dobu 6 hodin 50 minut v průběhu porodu je postupem *non lege artis*.

Ne každý perinatologický neúspěch je vina porodníků.

Epikríza

Pacientka byla v době popisovaného případu 38letá svobodná úřednice, poprvé těhotná.

Z rodinné anamnézy: Otec prodělal infarkt myokardu.

Z osobní anamnézy: Udává běžná dětská onemocnění, ve 27 letech prodělala salmonelózu, od roku 2002 má náběh na lehké bronchiální astma.

Z operační anamnézy: V roce 2004 byla provedena diagnostická laparoskopie pro primární sterilitu a byl diagnostikován uterus myomatosus a endometriosis externa pelvis minoris. Pacientka je alergická na dezinfekční prostředky, ale neví na které.

Z gynekologické anamnézy: Gynekologické onemocnění neguje, menses od 14 let, cyklus 25denní, menstruační krvácení trvá 5 dní a je pravidelné.

Nynější těhotenství: Poslední měsíčky pacientka udává 4. 7. 2004. Dle tohoto údaje byl vypočítán termín porodu na 11. 4. 2005.

Prenatální péče: Pacientka je registrována v prenatální poradně u lékaře A. První návštěva v prenatální poradně proběhla dne 21. 9. 2004, a to v 11.+3 týdnu těhotenství. Vstupní vyšetření v prenatální poradně nevykazovala odchylky od fyziologického těhotenství. Těhotná měřila 160 cm při hmotnosti 54 kg, byla bez otoků, tlak 133/84 mmHg, moč chemicky negativní, odebraný sérologický screening negativní. Objektivní nález je psán rukou, proto špatně čitelný, nicméně je patrné, že těhotenství odpovídalo 11. týdnu.

Dále byla pacientka sledována v prenatální poradně v doporučených časových mezích. Do 19. 1. 2005 byla vyšetřena celkem šestkrát. Vždy s negativním fyziologickým gynekologickým nálezem. Vzhledem k věku těhotné byla dne 4. 11. 2004 provedena amniocentéza ve zdravotnickém zařízení se závěrem: plod mužského pohlaví s normálním chromozomálním vyšetřením. Výsledky provedených vyšetření byly hodnoceny jako normální a bylo doporučeno ultrasonografické vyšetření plodu a další sledování u registrujícího gynekologa.

Ve 20. týdnu těhotenství byl proveden povinný UZ screening na vrozené vývojové vady s normálním nálezem a nebyla diagnostikována výrazná difERENCE mezi délkou gravidity a velikostí plodu. Také další kontrolní vyšetření za čtyři týdny nesignalizovalo rozvoj hypotrofizace plodu (sonografická detekce ozev plodu, vzdálenost spona–fundus, odpovídaly stáří gravidity). Při kontrole v 28. týdnu již ale bylo na základě sonografického nálezu stanoveno podezření na hypotrofizaci plodu a těhotná byla ihned předána do péče gynekologicko-porodnické kliniky.

Vstupní vyšetření na ambulanci gynekologicko-porodnické kliniky potvrdilo podezření na hypotrofii plodu ve 28. týdnu těhotenství a pacientka byla dne 20. 1. 2005 hospitalizována k dalšímu sledování a léčbě.

Průběh hospitalizace a porodu: Na základě zhoršujícího se nitroděložního stavu plodu – nitroděložní růstová retardace o šest týdnů, patologický kardiokografický záznam, nulové průtoky v arteria umbilicalis v diastole, centralizace oběhu a patologický biofyzikální profil – bylo dne 25. 1. 2005 indikováno ukončení těhotenství per sectio caesarea ještě týž den. Problematika byla diskutována s pacientkou, která i se svým přítelem podepsala pozitivní revers s navrhovaným dalším postupem léčby. Týž den byl proveden císařský řez dle Gepperta a vybaven těžce hypotrofický plod mužského pohlaví o porodní hmotnosti 1398 g a délce 30 cm, který byl ihned předán do péče neonatologů novorozenecké jednotky intenzivní péče. Dle operačního protokolu proběhl císařský řez bez zvláštností a komplikací.

Navzdory intenzivní poporodní neonatální péči novorozenec dne 8. 6. 2005 zemírá.

Závěr histologického poporodního vyšetření placenty ze dne 28. 2. 2005 lékařem B: výrazně malá placenta s akcelerovanou zralostí klků a se zmnoženými syncytiálními pupeny.

Vlastní hodnocení případu

1. Pacientka vstupovala do svého prvního těhotenství v 38 letech s anamnézou laparoskopicky potvrzené endometriózy a myomatózní dělohy. Šlo tedy o rizikovou primigravidu.
2. Prenatální péče byla započata v 12. týdnu těhotenství, tedy v doporučeném období prvního trimestru.
3. Prenatální péče probíhala v doporučených intervalech a byly provedeny všechny doporučené výkony pro prenatální péči.

4. *Lege artis* bylo provedeno cytogenetické vyšetření s nálezem normálního karyotypu.
5. Ultrazvuková vyšetření nesignalizovala do 24. týdne těhotenství možný rozvoj nitroděložní růstové retardace plodu. Jakmile byla tato v 28. týdnu těhotenství diagnostikována, byla pacientka zcela *lege artis* odeslána do péče perinatologického centra gynekologicko-porodnické kliniky.
6. Zde bylo těhotenství po provedení nutných komplementárních vyšetření a po definitivním stanovení diagnózy nitroděložní růstové retardace plodu a chronické hypoxie plodu ukončeno v 30. týdnu těhotenství per sectionem caesarean.
7. Ihned po porodu byl plod předán do péče neonatologům neonatologické jednotky intenzivní péče. K jejich diagnosticko-terapeutickým postupům se nemohu jako porodník vyjadřovat.

Závěr

Souvislost mezi nesprávným postupem a újmou na zdraví:

Z výše uvedeného popisu případu a rozboru postupů zdravotníků je patrné, že byly dodrženy veškeré doporučené postupy, a tudíž je možno postupy lékařů hodnotit jako *lege artis*.

Návrh doporučení komise

Vzhledem k tomu, že byly dodrženy postupy *lege artis*, doporučuje komise o svých závěrech informovat stěžovatelku a další projednávání tohoto případu zastavit.

Problematická komunikace mezi rodičkou a personálem porodního sálu může vyústit nejen ve stížnost, ale i v soudní spor.

Epikríza

V době inkriminovaného porodu byla pacientka 25letá, vdaná primigravida, primipara.

Z osobní a rodinné anamnézy: Rodinná anamnéza i osobní anamnéza byly bez pozoruhodností.

Z gynekologické anamnézy: Pravidelné menses měla od 12 let, cyklus po 28 dnech. Gynekologická anamnéza byla negativní.

Nynější těhotenství: Datum nástupu posledních menses bylo 21. 10. 2006. Dle tohoto data byl vypočten termín porodu dle Naegeleho na 31. 7. 2007.

Prenatální péče: Prenatální péče byla vedena ve zdravotnickém zařízení v Praze lékařem A. Prenatální péče započala dne 19. 2. 2007 v 16. týdnu těhotenství (16+6). V prenatální poradně byla vyšetřena celkem osmkrát. Byla provedena všechna doporučená vyšetření a úkony v prenatální poradně doporučené Českou gynekologickou a porodnickou společností. Všechna vyšetření se pohybovala v rámci těhotenské fyziologie. Jediným rizikovým faktorem byla pozitivní kultivace na gram-pozitivní streptokoky, diagnostikovaná dne 22. 6. 2007. Poslední návštěva v prenatální poradně byla dne 17. 7. 2007 se závěrem gravidita hebdomatis 37, hrdlo 1,5 cm, pro prst. Ostatní nálezy byly fyziologické.

Od 10. 7. 2007 byla pacientka sledována na ambulanci porodního sálu gynekologicko-porodnické kliniky. Pro pravidelné kontrakce bylo nasazeno Magnesium lacticum. Porodnický nález byl fyziologický. Známky porodu nebyly přítomny.

Průběh hospitalizace a porodu: Dne 21. 7. 2007 v 8,00 hodin došlo k odtoku čiré plodové vody, rodička cítila pohyby, nekrvácela, měla mírné bolesti v podbřišku. V 10,00 hodin byla vyšetřena lékařem B se závěrem: těhotenství 37. týden a 2 dny, poloha podélná hlavičkou, postavení I., předčasný odtok plodové vody. Vzhledem k pozitivě kultivace na gram-pozitivní streptokoky (GBS) byla podána první dávka PNC 5 MIU i.v.