

Granice leczenia

W 2014 r. Maria B. chorowała na nowotwór jamy ustnej z przerzutami do węzłów chłonnych. Była poddana leczeniu i badania w roku 2016 nie wykazały zmian nowotworowych. W marcu 2017 r. Maria B. zgłaszała kołatanie serca oraz nerwobóle całego ciała. Badająca ją lekarz uznała, że nerwobóle prawdopodobnie spowodowane są stresem związanym z mającym się odbyć badaniem TK, które miało potwierdzić lub wykluczyć nawrót choroby nowotworowej i przepisała leki przeciwbólowe oraz uspokajające. W ciągu dwóch kolejnych dni nerwobóle znacznie się nasiliły i Maria B. została skierowana do szpitala z powodu duszności i kłucia w klatce piersiowej. Z rozpoznaniem „hipotonia oraz duszność” umieszczono w Marię B. na oddziale chorób wewnętrznych. Badający pacjentkę ordynator stwierdził zasinienie wokół ust i na dystalnych częściach kończyn („dystalny”, jak definiuje słownik, to „znajdujący się dalej od pewnego punktu odniesienia; dalszy”) oraz osłabiony szmer płcherzykowy u podstawy lewego płuca. Badania laboratoryjne uwiaryściły podwyższone parametry stanu zapalnego. Przeprowadzona konsultacja laryngologiczna nie potwierdziła miejscowej wznowy procesu nowotworowego. Badania obrazowe uwiaryściły niewielkie zmiany u podstawy płuc. Przez pierwsze dwa dni pobytu w szpitalu Maria B. była pacjentką samodzielną z zachowanym kontaktem słowno-logicznym.

Stan hospitalizowanej uległ istotnemu pogorszeniu w trzeciej dobie. Parametry stanu zapalnego były znacznie powyżej normy. Wzrostowi uległa liczba białych krwinek z neutrofiliją. Podjęto antybiotykoterapię. W kolejnej dobie stan pokrzywdzonej był już bardzo ciężki. Jak wynika z wpisów w dokumentacji medycznej, szmer płcherzykowy był osłabiony, oddech utrudniony, a powłoki skórne szarosine. Na podstawie badań obrazowych stwierdzono obustronne zapalenie płuc. W tej dobie nastąpił zgon chorej.

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej na podstawie dokumentacji lekarskiej oraz opinii dwóch biegłych w prowadzonej równolegle sprawie prokuratorskiej postawił lekarzowi prowadzącemu zarzuty niedołożenia należytej staranności w postępowaniu lekarskim polegające na: 1) niezleceniu, pomimo pogorszenia się stanu klinicznego oraz narastaniu leukocytozy z neutrofiliją, badań bakteriologicznych w celu identyfikacji patogenu odpowiedzialnego za zapalenie płuc oraz antybiotykowrażliwości pacjentki i niewykorzystania w ten sposób możliwości modyfikacji u leczenia przeciwbakteryjnego przez zastosowanie dodatkowo drugiego lub innego antybiotyku; 2) niezleceniu monitorowania parametrów wydolności oddechowej, w tym zaniechanie wykonywania badań gazometrycznych, pomimo rozległych zmian radiologicznych w płucach oraz narastania objawów niewydolności oddechowej; 3) niezleceniu konsultacji

anestezjologicznej w celu rozważenia wskazań do leczenia pokrzywdzonej wentylacją. Analogiczne zarzuty Rzecznik przedstawił ordynatorowi oddziału.

Składając zeznania w sprawie, ordynator stwierdził, że Maria B. znajdowała się w krańcowym stadium choroby nowotworowej, a tacy pacjenci nie są z reguły konsultowani przez lekarzy anestezjologów albo reanimowani, żeby nie przedłużać ich cierpień. Natomiast córka pacjentki zeznała, że tenże lekarz zapewnił ją, że stan jej matki nie jest spowodowany chorobą nowotworową. Z opinii biegłych wynika z kolei, że niepełny materiał dowodowy w sprawie (brak diagnostyki w kierunku rozwoju procesu nowotworowego w płucach, niewykonanie sekcji zwłok) nie pozwala na jednoznaczną ocenę, czy do niepomyślnego przebiegu choroby nie przyczynił się także i w jakim stopniu proces nowotworowy.

Na kanwie opisanego przypadku rodzi się dramatyczne dla każdego lekarza pytanie o przedłużanie życia nieuleczalnie choremu pacjentowi. Zagadnienie to pozostaje na styku medycyny, psychoonkologii, bioetyki i prawa. Rzeczywistość takiej choroby to samotne przeżywanie bólu fizycznego i duchowego, bezsilność w obliczu cierpienia, poczucie całkowitej zależności od innych. Wojciech Bołoz z Katedry Bioetyki, Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie w pracy „Utrzymywanie życia za wszelką cenę czy rezygnacja z uporczywej terapii. Punkt widzenia etyka” („Medycyna Paliatywna w Praktyce” 2013; 7, 3-4, 69-74) wskazuje na dwie możliwe postawy: „uporczywość terapeutyczna” (dystanazja) oraz leczenie do granic możliwości terapeutycznych,

Ta pierwsza – według jej zwolenników – wynika z natury zawodu lekarskiego. Każdy lekarz, będąc przyjacielem natury, powinien podtrzymywać jej szczytowy przejaw w życiu ludzkim i dlatego nie ma prawa rezygnować z leczenia pacjenta aż do jego śmierci, bez oglądania się na skuteczność stosowanych terapii. Odnosząc się do drugiej wskazanej postawy, zauważmy, że medycyna dysponuje zróżnicowanymi możliwościami leczenia. Wyodrębnia się lecznicze środki zwyczajne. To jest takie, które nie powodują nadmiernych cierpień chorej osoby i dają prawdopodobieństwo wyleczenia oraz nadzwyczajne, czyli zagrażające poważnymi i nieodwracalnymi skutkami organicznymi lub psychicznymi i dające zarazem małą szansę wyleczenia.

Wedle Wojciecha Bołoz rezygnacja z uporczywej terapii wymaga m.in. respektowania następujących zasad: zapewnienia naturalnej i godnej śmierci umierającemu. Nieprzedłużanie umierania i opóźnianie nieuchronnej śmierci. Uwzględnianie osobowości chorego, jego wrażliwości i odporności na ból i cierpienie. Podejmowanie decyzji lekarza o rezygnacji z terapii po osiągnięciu przez chorego stanu krytycznego, przewidzianego przez scenariusz umierania w danej chorobie.

Na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii Wielkopolskiego Centrum Onkologii od

lekarza prowadzącego bliską mi osobę usłyszałem zdanie: „My tutaj sztucznie życia nie przedłużamy”. Miał rację.

Jerzy Ciesielski, adwokat

Panaceum 12/2022