

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 společností 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. Nerad 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.

Knihy 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 prezenní 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 klešťový 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 poznatky současného porodnictví: neklid a nespolečné 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 O<sub>2</sub>, 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 rizikovosti, 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<sub>2</sub> a PGF<sub>2alfa</sub> 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). Nejpřesnější 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 eventuálního 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)
- odtok plodová voda
- zašlá branka
- hlavička vstoupá 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. Vstoupou 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 výslechu 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 kleštvý 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 kleštvý porod byla hlavička plodu vstoupilá. Při vytvořeném porodním nádoru je porod kleštěmi možný, ale zavedení kleštin 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 kleštvý porod trval asi 5 minut. Možno tedy konstatovat, že indikace a podmínky ke kleštvému porodu byly splněny, k neúspěchu extrakce plodu ve výrazné míře přispěla rodička svým neklidem a nespoupráci, takže po krátké době pokusu o kleštvý 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 nevyklučuje 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 anestézií.

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 vstouplá 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 přistoupili 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 gastroplastika. 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