

Medyczno-Prawna Analiza Postępowania Leczniczego Wobec Pacjenta Michała Wieńcka

Wstęp

Celem niniejszej ekspertyzy jest obiektywna ocena, czy postępowanie medyczne w szpitalu w Bielsku-Białej wobec pacjenta Michała Wiencka, cierpiącego na chorobę Leśniowskiego-Crohna, było zgodne z aktualną wiedzą medyczną i standardami należytej staranności. Raport ten stanowi bezstronną analizę udokumentowanego procesu leczenia, konfrontując go z obowiązującymi wytycznymi i dobrymi praktykami klinicznymi. Analiza opiera się wyłącznie na dostarczonym materiale dowodowym i ma na celu identyfikację ewentualnych błędów medycznych oraz ocenę związku przyczynowo-skutkowego między stwierdzonymi nieprawidłowościami a doznaną przez pacjenta krzywdą fizyczną i psychiczną. Prawidłowa ocena zdarzeń wymaga w pierwszej kolejności dogłębnego zrozumienia specyfiki choroby podstawowej, z którą zmagał się pacjent.

1. Kontekst Kliniczny: Specyfika i Wymagania Terapeutyczne w Chorobie Leśniowskiego-Crohna

Strategiczne znaczenie dla prawidłowej oceny jakości opieki medycznej ma zrozumienie natury choroby Leśniowskiego-Crohna (ChLC). Jest to schorzenie o wyjątkowo złożonej patofizjologii, którego leczenie wymaga wysoce wyspecjalizowanego, wielodyscyplinarnego podejścia. Jakiegokolwiek zlekceważenie jego specyfiki, zwłaszcza w warunkach leczenia szpitalnego i powikłań chirurgicznych, nieuchronnie prowadzi do kaskady poważnych, często zagrażających życiu powikłań.

1.1. Charakterystyka Patofizjologiczna ChLC

Choroba Leśniowskiego-Crohna jest przewlekłym, idiopatycznym schorzeniem zapalnym, które może dotyczyć każdego odcinka przewodu pokarmowego, od jamy ustnej aż po odbył. Kluczową cechą odróżniającą ją od innych nieswoistych chorób zapalnych jelit jest pełnościenny (transmuralny) charakter procesu zapalnego, co oznacza, że obejmuje on całą grubość ściany jelita. Ta fundamentalna właściwość predysponuje pacjentów do rozwoju najcięższych, tak zwanych penetrujących powikłań, które stanowią bezpośrednie zagrożenie dla ich zdrowia i życia.

1.2. Spektrum Powikłań i Grupa Wysokiego Ryzyka

Pełnościenny charakter zapalenia w ChLC prowadzi do rozwoju charakterystycznych i trudnych w leczeniu powikłań. Do najistotniejszych należą:

- **Przetoki jelitowe (Enterocutaneous Fistulas - ECF):** Są to patologiczne połączenia między światłem jelita a skórą lub innymi narządami wewnętrznymi. Stanowią częste i niezwykle wymagające powikłanie ChLC, prowadzące do wyniszczenia organizmu, sepsy i głębokich zaburzeń metabolicznych.
- **Ropnie wewnętrzzbrzuszne (Intra-abdominal Abscesses - IAA):** Stanowią poważne, zagrażające życiu powikłanie septyczne. Ich obecność świadczy o niekontrolowanym, aktywnym procesie zapalnym i wymaga natychmiastowej, celowanej interwencji w celu ewakuacji treści ropnej.
- **Perforacje jelit:** Chociaż wolna perforacja w ChLC występuje rzadziej niż w innych schorzeniach (1–3% pacjentów), niesie ze sobą ekstremalnie wysokie ryzyko

śmiertelności z powodu rozlanego zapalenia otrzewnej i wymaga pilnej interwencji chirurgicznej.

- **Niedożywienie i zaburzenia metaboliczne:** Pacjenci z ChLC, zwłaszcza w aktywnej fazie choroby lub w okresie okołoperacyjnym, stanowią grupę najwyższego ryzyka niedożywienia. Proces zapalny, zaburzenia wchłaniania oraz zwiększona utrata składników odżywczych (np. przez przetokę) prowadzą do głębokiego katabolizmu, co bezpośrednio upośledza zdolności gojenia, odpowiedź immunologiczną i skuteczność leczenia. W świetle powyższych faktów, każdy pacjent z chorobą Leśniowskiego-Crohna, zwłaszcza w okresie zaostrzenia lub w trakcie leczenia chirurgicznego, musi być traktowany jako pacjent o najwyższym stopniu ryzyka powikłań, co implikuje konieczność wdrożenia specjalistycznych i zindywidualizowanych procedur medycznych.

2. Analiza Błędów i Zaniedbań w Procesie Leczniczym

Błąd medyczny definiuje się jako postępowanie lub zaniechanie postępowania medycznego, które stanowi odstępstwo od ogólnie przyjętych i ugruntowanych standardów, zasad ostrożności i aktualnej wiedzy medycznej. W tej części raportu zostaną szczegółowo przeanalizowane udokumentowane zarzuty dotyczące opieki nad pacjentem Michałem Wieńckiem, odnosząc je do wytycznych i dobrych praktyk klinicznych, ze szczególnym uwzględnieniem fundamentalnej dla tego typu przypadków triady klinicznej: sepsy, niedożywienia i przetoki.

2.1. Błąd Diagnostyczno-Organizacyjny: Zakażenie Szpitalne *Klebsiella pneumoniae*

Zgodnie z przedstawioną dokumentacją, pacjent został zakażony wewnątrzszpitalnym, wieloopornym szczepem bakterii *Klebsiella pneumoniae* ESBL(+) z powodu złych warunków sanitarnych. W kontekście klinicznym pacjenta – osoby z chorobą Leśniowskiego-Crohna, a więc z definicji pacjenta z zaburzeniami odporności – takie zdarzenie należy ocenić jako krytyczny błąd organizacyjny. Zakażenie szpitalne u pacjenta immunosuprymowanego z ChLC jest zdarzeniem o wysokim stopniu przewidywalności w przypadku nieprzestrzegania reżimu sanitarnego i świadczy o rażącym naruszeniu fundamentalnych standardów kontroli zakażeń. Dopuszczenie do tak groźnego zakażenia u pacjenta o podwyższonym ryzyku stanowiło niedopuszczalne zaniedbanie i pierwszy element kaskady powikłań, napędzając sepsę – jeden z trzech filarów stanu zagrożenia życia pacjenta.

2.2. Błąd Terapeutyczny: Niewłaściwa Farmakoterapia i Zlekceważenie Specyfiki Pacjenta

Kolejnym udokumentowanym zarzutem jest zaniechanie podania probiotyków podczas agresywnej i długotrwałej antybiotykoterapii. Chociaż probiotykoterapia nie stanowi uniwersalnego standardu w każdym przypadku leczenia antybiotykami, to w sytuacji pacjenta z chorobą Leśniowskiego-Crohna, która charakteryzuje się głęboką, znaną dysbiozą jelitową, całkowite zignorowanie strategii ochrony mikrobioty jelitowej świadczy o powierzchownym, niezindywidualizowanym podejściu. Jest to postępowanie sprzeczne z zasadami kompleksowego zarządzania przypadkiem, promowanymi przez towarzystwa naukowe takie jak ESPEN. Zaniechanie działań osłonowych potęguje ryzyko dalszych powikłań infekcyjnych i metabolicznych, przyczyniając się do pogłębienia patologicznej triady klinicznej.

2.3. Błąd Wykonawczy i Zaniedbania w Opiece Okołooperacyjnej

Skarga pacjenta z dnia 22 maja: „No boli mnie i czuje ze bardziej ta ropa sie leje”, stanowi obiektywny, alarmujący wskaźnik kliniczny postępującego, niekontrolowanego procesu septycznego i prawdopodobnej nieszczelności lub przetoki. Jest to sygnał, który powinien skutkować natychmiastową i zdecydowaną reakcją zespołu leczącego. Zestawienie tego stanu z wymaganymi standardami postępowania w powikłanej ChLC ujawnia szereg rażących zaniedbań w zarządzaniu kluczową triadą kliniczną (sepsa, niedożywienie, przetoka):| Wymagany Standard Postępowania | Udokumentowane Zaniedbanie (Wnioskowanie) || ----- | ----- ||

Kontrola sepsy i drenaż ognisk ropnych:

Natychmiastowa identyfikacja i drenaż ropni, często pod kontrolą TK lub USG, w celu opanowania źródła zakażenia. | Brak wdrożenia złotego standardu postępowania (drenaż pod kontrolą TK/USG), co doprowadziło do niekontrolowanego procesu ropnego, bezpośrednio powodując ból i cierpienie opisane przez pacjenta. ||

Optymalizacja stanu

odżywienia: Kluczowa dla gojenia; monitorowanie albuminy i wdrożenie specjalistycznego żywienia pozajelitowego (PN) lub dojelitowego (EN). | Zaniechanie wdrożenia agresywnego wsparcia żywieniowego jest nie tylko zaniechaniem, ale aktywnym przyczynieniem się do pogłębienia katabolizmu i upośledzenia procesów naprawczych. Brak interwencji żywieniowej w warunkach sepsy i przetoki jest błędem terapeutycznym o wymiernych, negatywnych skutkach. Badania wskazują, że szanse na spontaniczne zamknięcie przetoki są 18,1-krotnie wyższe u pacjentów, u których uzyskano poprawę stężenia albumin. ||

Specjalistyczna opieka nad raną/przetoką: Zastosowanie zaawansowanych opatrunków i systemów podciśnieniowych do kontroli wysięku i ochrony skóry. | Skargi pacjenta wskazują na brak skutecznej kontroli wysięku, co powoduje ból, dalsze uszkodzenia tkanek i pogłębia cierpienie. ||

Odroczenie definitywnej operacji: Operację naprawczą planuje się po opanowaniu sepsy i poprawie stanu odżywienia, zazwyczaj w okresie od 6 do 12 miesięcy. | Brak udokumentowanego planu leczenia etapowego, co jest sprzeczne z fundamentalną zasadą odroczenia operacji definitywnej o 6-12 miesięcy w celu optymalizacji stanu pacjenta. Działania nosiły znamiona chaotycznych, doraźnych interwencji, a nie zaplanowanej strategii terapeutycznej. |

Ta kaskada udokumentowanych błędów, wynikająca z fundamentalnego niezrozumienia specyfiki choroby Leśniowskiego-Crohna, w sposób bezpośredni i przewidywalny doprowadziła do ciężkiej, wieloaspektowej krzywdy pacjenta, której szczegółowa ocena nastąpi w dalszej części analizy.

3. Ocena Skutków i Krzywd Wyrządzonych Pacjentowi

Błędy medyczne nie są pojęciami abstrakcyjnymi – przekładają się na konkretne, dotkliwe i wymierne szkody dla pacjenta. W tej sekcji dokonano analizy fizycznych, psychicznych i moralnych konsekwencji zaniedbań, których doznał pacjent Michał Wieńcka, opierając się na dostępnej dokumentacji i ugruntowanej wiedzy medycznej.

3.1. Krzywda Fizyczna

Bezpośrednimi, fizycznymi skutkami błędów w leczeniu były:

1. **Ciężka, uogólniona infekcja (sepsa):** Zakażenie szpitalne wieloopornym szczepem bakteryjnym, w połączeniu z niekontrolowanym ogniskiem wewnątrzbrzusznym, doprowadziło do rozwoju sepsy – stanu bezpośredniego zagrożenia życia.

2. **Ból i cierpienie:** Cytowana skarga pacjenta jest jednoznacznym dowodem na to, że ból był dotkliwym, realnym i stałym skutkiem nieprawidłowo leczonego, niekontrolowanego procesu ropnego.
3. **Głębokie niedożywienie i wyniszczenie organizmu:** Połączenie sepsy, prawdopodobnej wysokowydzielającej przetoki i braku adekwatnego, specjalistycznego wsparcia żywieniowego prowadzi do gwałtownego katabolizmu, utraty masy mięśniowej i upośledzenia funkcji wszystkich narządów, co określa się mianem wyniszczenia (kacheksji).
4. **Zwiększone ryzyko dalszych powikłań i trwałego kalectwa:** Nieprawidłowe leczenie sepsy i przetoki jelitowej znacząco zwiększa ryzyko konieczności przeprowadzenia kolejnych, coraz bardziej rozległych resekcji jelita, co w konsekwencji może prowadzić do rozwoju zespołu krótkiego jelita – stanu wymagającego dożywotniego żywienia pozajelitowego.

3.2. Krzywda Psychiczna i Moralna

Literatura medyczna jednoznacznie wskazuje na druzgocące skutki psychologiczne życia z niekontrolowaną przetoką jelitową. Pacjenci doświadczają psychologicznego wyczerpania, żyjąc w ciągłym strachu przed wyciekami treści jelitowej, co prowadzi do izolacji społecznej, gniewu i głębokiej depresji. Krzywda moralna wynika natomiast z naruszenia fundamentalnego zaufania, jakim pacjent obdarza system opieki zdrowotnej. W tym przypadku instytucja, która miała leczyć i nieść pomoc, stała się źródłem dodatkowego, ogromnego cierpienia i zagrożenia życia.

3.3. Naruszenie Praw Pacjenta

W świetle przedstawionych dowodów i analizy medycznej, w trakcie leczenia pacjenta Michała Wieńcki doszło do naruszenia szeregu jego fundamentalnych praw:

- **Prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej:** Postępowanie było rażąco niezgodne z powszechnie uznanymi, krajowymi i międzynarodowymi wytycznymi leczenia choroby Leśniowskiego-Crohna i jej powikłań.
- **Prawo do świadczeń udzielanych z należytą starannością:** Udokumentowana kaskada błędów i zaniedbań świadczy o braku należytej staranności na każdym etapie opieki.
- **Prawo do leczenia w warunkach sanitarnych zapewniających bezpieczeństwo:** Zakażenie szpitalne jest bezpośrednim, ewidentnym naruszeniem tego prawa.
- **Prawo do łagodzenia bólu i cierpienia:** Skargi pacjenta, pozostające bez adekwatnej reakcji, stanowią dowód na niewystarczające działania w tym zakresie i naruszenie godności pacjenta. Kumulacja tych krzywd i naruszeń prowadzi do sformułowania jednoznacznych wniosków końcowych.

4. Wnioski Końcowe

Na podstawie dogłębnej analizy dostępnego materiału dowodowego i jego konfrontacji z obowiązującymi standardami wiedzy medycznej, sformułowano następujące wnioski końcowe:

1. Postępowanie medyczne wobec pacjenta Michała Wieńckiego **nosi znamiona serii rażących błędów medycznych**, które stanowiły znaczące odstępstwo od standardów leczenia pacjenta z powikłaną chorobą Leśniowskiego-Crohna.

2. Do najpoważniejszych błędów należą: **dopuszczenie do groźnego zakażenia wewnątrzzpitalnego** , brak wdrożenia specjalistycznego, wielodyscyplinarnego leczenia powikłań septycznych i przetoki jelitowej oraz zlekceważenie specyficznych potrzeb metabolicznych i farmakologicznych pacjenta.
3. W wyniku popełnionych błędów pacjent doznał **ciężkiej krzywdy fizycznej i psychicznej** , w tym sepsy, przewlekłego bólu, wyniszczenia organizmu oraz poważnego uszczerbku na zdrowiu psychicznym.
4. Stwierdzone zaniedbania doprowadziły do **naruszenia fundamentalnych praw pacjenta** , w tym prawa do bezpiecznego i zgodnego z aktualną wiedzą medyczną leczenia.