

Sygn. akt I ACa 554/19

I ACz 825/19

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 20 sierpnia 2020 r.

Sąd Apelacyjny w Łodzi I Wydział Cywilny w składzie:

Przewodnicząca: Sędzia S.A. Anna Beniak (spr.)

Sędziowie: S.A. Dorota Ochalska – Gola

S.A. Joanna Walentkiewicz-Witkowska

Protokolant: st. sekr. sąd. Kamila Jarosińska

po rozpoznaniu w dniu 6 sierpnia 2020 r. w Łodzi na rozprawie

sprawy z powództwa E. B. i T. B.

przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej (...) Szpitalowi (...) im. (...) w Ł. - (...) Szpital (...) oraz Wojewódzkiemu Wielospecjalistycznemu Centrum (...)

w Ł.

o zapłatę

na skutek apelacji powodów od wyroku Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 29 listopada 2018 r. sygn. akt I C 958/15

oraz zażalenia Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum (...)w Ł. na postanowienie zawarte w punkcie 2. tego wyroku

1. **odrzuca zażalenie;**
2. **oddala apelację;**
3. **nie obciąża powodów kosztami zastępstwa procesowego pozwanych w postępowaniu apelacyjnym.**

(...)

Sygn. akt I ACa 554/19

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 29 listopada 2018 roku w sprawie z powództwa E. B. i T. B. przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej (...) Szpitalowi (...) Medycznej (...) w Ł. - (...) Szpitalowi (...) w Ł. i Wojewódzkiemu Wielospecjalistycznemu Centrum (...)w Ł., Sąd Okręgowy w Łodzi:

1. oddalił powództwo

2. nie obciążał powodów kosztami zastępstwa procesowego
3. nie obciążał powodów nieuiszczonymi kosztami sądowymi, przejmując je na rachunek Skarbu Państwa.

W niniejszej sprawie powodowie dochodzili zasądzenie zadośćuczynienia i odszkodowania za pogorszenie sytuacji życiowej w związku ze śmiercią partnera powódki i ojczyrna powoda – P. R. (1). Przez kilka ostatnich lat swego życia P. R. (1) pozostawał w związku z powódką E. B. i wspólnie z nią zamieszkiwał. Opiekował się jej synem T. B., którego traktował jak własne dziecko.

Sąd I instancji ustalił, że od 2009 roku P. R. (1) pozostawał pod opieką Poradni Kardiochirurgicznej (...) Szpitala nr (...) (...) w Ł. z rozpoznaniem: niedomykalność zastawki mitralnej IV stopnia (Zespół (...)) w stadium niewydolności krążenia I/II wg (...), nikotynizm.

Od 12 września 2010 roku do 15 września 2010 roku był zaś hospitalizowany w (...) Szpitalu (...) (...) - (...) Szpitalu (...) w Ł.. Po przeprowadzonych badaniach i konsultacji kardiochirurgicznej zdecydowano o odroczeniu wykonania zabiegu operacyjnego na zastawce mitralnej, odstąpiono od wykonania planowanej koronarografii. Zakwalifikowano go do dalszego leczenia zachowawczego oraz obserwacji w trybie ambulatoryjnym, wykonania kontrolnego badania echokardiografii.

Następnie, P. R. (1) był hospitalizowany w Klinice (...) I Katedry Kardiologii i Kardiochirurgii pozwanego Szpitala w okresie od dnia 3 lutego 2012 roku do dnia 6 lutego 2012 roku z rozpoznaniem: niedomykalność zastawki mitralnej III/IV z wypadaniem płotka tylnego i niedomykalność zastawki trójdzielnej II/III w II okresie hemodynamicznym wg (...), nadciśnienie tętnicze, nikotynizm. Do Kliniki (...) został przyjęty celem wykonania koronarografii przed leczeniem operacyjnym wady serca. Badanie nie wykazało zmian miażdżycowych w naczyniach wieńcowych.

W dniu 8 lutego 2012 roku po konsultacji kardiochirurgicznej zakwalifikowano P. R. (1) do leczenia operacyjnego wady serca.

P. R. (1) wyraził świadomą zgodę na zabieg operacyjny. Oświadczył, że został poinformowany o chorobie, którą u niego rozpoznano, o sposobach jej leczenia oraz o ryzyku operacji, na którą wyraził zgodę, o możliwościach powikłań śródoperacyjnych i pooperacyjnych, a także o ewentualnych następstwach zabiegu.

W dniu 27 lutego 2012 r. wykonano u niego badanie echokardiograficzne. Hospitalizacja w Klinice (...) pozwanego Szpitala (...) miała miejsce od 27 lutego 2012 roku do dnia 16 marca 2012 roku z powodu istotnych wad zastawkowych serca, tj. niedomykalności mitralnej i trójdzielnej z towarzyszącym migotaniem przedsionków.

W dniu 28 lutego 2012 roku przeprowadzono zabieg operacyjny w warunkach krążenia pozaustrojowego. Wykonano plastykę zastawki mitralnej z użyciem sztucznego pierścienia oraz segmentalną plastykę zastawki trójdzielnej pojedynczymi szwami na łątkach m. R.. Podczas operacji wykonano zgodnie ze wskazaniami ablację endokardialną prądem RF wewnątrz lewego przedsionka z zastosowaniem izolacji poprzez włożenie rękawiczki chirurgicznej pod serce celem osłony struktur pozasercowych i zabezpieczenia ich przed uszkodzeniem. Ś. przeprowadzono u P. R. (1) przezprzełykowe badanie echokardiograficzne, mające na celu ocenę szczelności zastawki. Badanie wykazało skuteczną korektę wad zastawkowych, nie było żadnych zastrzeżeń do ciągłości ściany przełyku i ściany lewego przedsionka.

W przebiegu pooperacyjnym u P. R. (1) występowały zaburzenia rytmu i przewodnictwa. Po konsultacjach elektrokardiologicznych P. R. (1) został przeniesiony do Kliniki (...) celem dalszego leczenia.

Chory po leczeniu operacyjnym zastawki mitralnej z użyciem pierścienia musi przyjmować leki koagulanty w celu zapobieżenia zatorowości przez okres 3 miesięcy.

Zwykle pacjenci po zabiegu dotyczącego zastawki mitralnej są wypisywani w 10. dobie po operacji. P. R. (1) był dłużej hospitalizowany, z uwagi na podawanie leków mających na celu przywrócenie rytmu zatokowego.

Przed przeniesieniem P. R. (1) do Kliniki (...) wykonano badanie echokardiograficzne.

W Klinice (...) R. przebywał od 16 marca 2012 roku, a w dniu 19 marca 2012 roku wykonano mu badanie echokardiografii, które wykazało dobry efekt plastyki zastawki mitralnej i trójdzielnej, osierdzie bez cech płynu, prawidłową kurczliwość LK, powiększony wymiar LP.

Podawane w czasie tej hospitalizacji leki mające na celu przywrócenie rytmu zatokowego serca nie były skuteczne, wobec czego w dniu 21 marca 2012 roku P. R. (1) wyraził zgodę na przeprowadzenie zabiegu konwersji elektrycznej w krótkotrwałym znieczuleniu ogólnym.

Został poinformowany o sposobie wykonania zabiegu i ewentualnych powikłaniach. Oświadczył, że akceptuje wymieniony zabieg i ryzyko z nim związane. W dniu 21 marca 2012 roku w krótkotrwałym znieczuleniu ogólnym, w asyście anestezjologa, w warunkach (...) przeprowadzono u P. R. (1) kardiowersję elektryczną prądem dwufazowym o energii (...), uzyskując powrót rytmu zatokowego. Zoptymalizowano leczenie farmakologiczne.

W karcie gorączkowej ogólnej podano m.in. temperaturę ciała w okresie pobytu P. R. (1) w pozwanym Szpitalu w okresie 27.02. – 22.03.2012 r., tj. w przedziale 36,0 – 36,8 °C, poza 02.03.; 04.03.; 06.03., gdy temperatura ciała sięgała 37,6 °C, w dniach 16. – 22.03.2012 temperatura ciała wynosiła 35,8-36,8 °C.

W dniu 22 marca 2012 roku P. R. (1) był w stanie ogólnym dobrym, bez dusznic. W nocy zgłaszał drętwienie palców kończyn dolnych (epizody zdarzały się wcześniej), poprawa nastąpiła w godzinach rannych. O zgłaszanych przez pacjenta objawach pielęgniarka powiadomiła lekarza dyżurnego, który przeprowadził badanie. W badaniu neurologicznym nie stwierdzono zmian ogniskowych. Uczucie mrowienia i drętwienia ustąpiło. P. R. (1) podał dyżurnej pielęgniarce B. M., że „pozostał dyskomfort”.

Tego dnia P. R. (1) został wypisany do domu. Był w dobrym stanie kardiologicznym i internistycznym. Sam się obsługiwał, był jednak depresyjny. Wyniki wykonanego badania EKG oraz ECHO były prawidłowe. Zalecono mu kontrolę w poradni kardiologicznej i kardiologicznej za 30 dni od wypisania ze szpitala, po uprzednim wykonaniu badania H. E. w warunkach ambulatoryjnych oraz przyjmowanie leku przeciwkrzepliwego (acenokumarol) 2x1 tabl(4 mg) pod kontrolą wskaźnika (...) co 2 – 3 tygodnie, przy zalecanych wartościach wskaźnika (...) 2,0-3,0.

P. R. (1) skarżył się rodzinie w dniu wypisu, że źle się czuje, jest słaby, był przestraszony. Pielęgniarka poinformowała go o sposobie zażywania leków. Po powrocie do domu P. R. (1) źle wyglądał. Był błądy i rozpalony.

Około godziny 16.00 powódka E. B. stwierdziła, że P. R. (1) ma niskie ciśnienie krwi. Zadzwoiła do pozwanego Szpitala i lekarz poinformował ją, jakich leków nie może podawać P. R. (1).

Następnego dnia stan P. R. (1) się pogorszył. Powódka postanowiła wezwać pogotowie. Lekarz pogotowia zaproponował hospitalizację. Powódka zatelefonowała do dr Z. z pozwanego Szpitala (...), który zalecił przywiezienie chorego do Kliniki. P. R. (1) nie wyraził zgody na przewiezienie przez zespół pogotowia ratunkowego do szpitala.

Powódka miała zamiar zawieźć go do Kliniki, ale jej partner stwierdził, że jest senny i później pojedą. Po godzinie P. R. (1) obudził się, poszedł do toalety i zaczął krzyczeć z bólu, skarżył się na ból brzucha i jądra. Zaczął wymiotować krwią. Przyjechała karetka Pogotowia (...), ale nie miała odpowiedniego wyposażenia. Druga karetka uległa zepsuciu po drodze, dlatego wezwano na pomoc Lotnicze Pogotowie (...), które ostatecznie przetransportowało P. R. (2) do Szpitala im. (...) w Ł..

W dniu 23 marca 2012 roku o godzinie 12.44 lekarz pogotowia J. K. (1) rozpoznał u P. R. (1) udar mózgu / przedawkowanie leków obniżających krzepnięcie krwi. W opisie podano, że z powodu złego samopoczucia P. R. (1) miała miejsce wcześniejsza wizyta lekarza pogotowia, jednak pacjent nie wyraził zgody na hospitalizację. Ponowna

interwencja pogotowia nastąpiła po wystąpieniu epizodu zatrzymania oddechu. P. R. był nieprzytomny. Po każdej próbie założenia drogi dożylniej występowało krwawienie z górnego odcinka przewodu pokarmowego i górnych dróg oddechowych.

Tego samego dnia o godzinie 14.08 P. R. (1) został przyjęty na (...) pozwanego Szpitala im. (...) w Ł. w stanie ciężkim. W chwili przyjęcia był nieprzytomny. W skali G. służącej ocenie poziomu świadomości pacjenta otrzymał 6 punktów - był nieprzytomny, nie reagował na polecenia lekarzy. Był konsultowany anestezjologicznie, neurochirurgicznie i kardiologicznie. Przetoczono mu 2 jednostki (...). Podczas pobytu na (...) wstępnie rozpoznano udar krwotoczny z niedowładem prawostronnym, krwawienie do przewodu pokarmowego, nadciśnienie tętnicze, niewydolność serca oraz migotanie przedsionków. P. R. (1) został zaintubowany do tchawicy.

Niezwłocznie wykonano CT głowy. W badaniu uwidocznił nieregularny korowo – podkorowy obszar świeżego krwawienia w lewym płacie czołowym wielkości około 24-17 mm- ukrwotoczony udar? Poza tym mózgowie bez uchwytanych zmian patologicznych.

P. R. (1) został przeniesiony do Oddziału Intensywnej (...) pozwanego Szpitala im. (...) w Ł.

Po przyjęciu do (...) stan ogólny P. R. (1) był bardzo ciężki. Był nieprzytomny, miał źrenice wąskie, równe, bez reakcji na światło, był krążeniowo niewydolny pomimo wlewu dopaminy i D. R. 75/30 mm Hg, włączono wlew L.. Nie było cech krwawienia z przewodu pokarmowego. Miała miejsce ponowna konsultacja kardiologiczna - wykonano ponownie ECHO serca. Badanie potwierdziło wystąpienie w jamie lewego przedsionka balotującej miękkiej skrzepliny. Występowały śladowe ilości krwawienia do przewodu pokarmowego do górnego odcinka w postaci fusowatej treści w sondzie żołądkowej w ilości 100 ml. Występowały poplekowe zaburzenia krzepnięcia.

P. R. otrzymywał leki, które otrzymuje każdy pacjent kardiochirurgiczny po zabiegu z zaburzeniami w układzie krzepnięcia potwierdzonymi w badaniach laboratoryjnych.

Gdyby zachodziła konieczność wykonaniu zabiegu kardiochirurgicznego, po ustabilizowaniu stanu P. R. (1), zostałby przewieziony do specjalistycznej kliniki.

W godzinach porannych dnia 24 marca 2012 roku stan P. R. (1) był bardzo ciężki, pogarszający się. Był on nieprzytomny, niewydolny oddechowo i krążeniowo.

P. R. (1) zmarł w dniu 24 marca 2012 roku o godz. 9.50. Wówczas przebywał na (...). Jako wyjściową przyczynę zgonu wskazano wady zastawek dwudzielnej i trójdzielnej, wtórną, zator płucny.

W wyniku przeprowadzonej sekcji zwłok ustalono, iż P. R. (1) zmarł z powodu ostrej niewydolności krążeniowo – oddechowej w przebiegu ogniska krwotocznego mózgu i perforacji lewego przedsionka serca.

Ogłędziny i sekcja zwłok ww. wykazały m.in. ognisko krwotoczne mózgu ze zniszczeniem tkanki mózgowej, z towarzyszącym krwawieniem podpajęczynówkowym w okolicy płata czołowego mózgu po stronie lewej, krwawienie podpajęczynówkowe w okolicy płata czołowego mózgu po stronie prawej, przekrwienie i obrzęk mózgu, przetokę przełykowo – sercową spowodowaną perforacją przedniej ściany przełyku i perforacją lewego przedsionka serca w dwóch miejscach, przekrwienie i obrzęk płuc, przekrwienie śledziony, nerek i wątroby.

W sprawie zgonu P. R. (1) zostało wszczęte przez Prokuraturę Rejonową Ł. w Ł. w sprawie sygn. akt 2 Ds. 68/15 śledztwo o czyn z art. 155 k.k. i 160 § 2 k.k. w zw. z art. 160 § 1 k.k. i z art. 11 § 2 k.k.

Postanowieniem z dnia 9 stycznia 2015 roku Prokurator Prokuratury Rejonowej Ł. w Ł. umorzył śledztwo w sprawie narażenia w okresie od dnia 3 lutego 2012 r. do dnia 24 marca 2012 r. P. R. (1) na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu przez osoby na których ciążył obowiązek opieki nad nim, tj. personel medyczny (...) w Ł., Lotniczego Pogotowia (...), (...) Szpitala (...) w Ł. przy ul. (...), Wojewódzkiego Szpitala (...) w Ł. przy ul. (...), co doprowadziło do nieumyślnego spowodowania śmierci P. R. (1) w dniu 24 marca 2012 roku tj. o

czyn z art. 155 k.k. i art. 160 § 1 i 2 k.k. w zw. z art. 11 § 2 k.k., wobec ustalenia, że czyn nie zawiera znamion czynu zabronionego (art. 17 § 1 pkt 2 k.p.k.) .

Zgodnie z decyzją prokuratora Zakład Medycyny Sądowej (...) Uniwersytety Medycznego w W., wydał opinię dotyczącą prawidłowości leczenia P. R. (1).

Powołani specjaliści z zakresu medycyny sądowej, neurologii oraz chorób wewnętrznych i kardiologii jednoznacznie stwierdzili, że:

- czynności diagnostyczne podjęte w (...) Szpitalu (...) (...)– (...) Szpital (...) w Ł. przy ul. (...) w Klinice (...) wobec pacjenta P. R. (1) przed zakwalifikowaniem do zabiegu plastyki zastawki mitralnej były prowadzone prawidłowo i zgodnie z zasadami wiedzy i sztuki medycznej. Zabieg plastyki zastawki mitralnej był zabiegiem przeprowadzonym w celu ratowania zdrowia i życia pacjenta;
- czynności lecznicze podjęte w (...) Szpitalu (...) im. WAM – (...) Szpital (...) w Ł. przy ul. (...) w Klinice (...) wobec pacjenta P. R. (1) po zabiegu plastyki zastawki mitralnej, były prowadzone prawidłowo i zgodnie z zasadami wiedzy i sztuki medycznej. Niezależnymi wskazaniami do stosowania leku A. są: stan po wszczepieniu zastawki mitralnej, zaburzenia rytmu serca pod postacią trzepotania, migotania przedsionków, skrzeplina w jamie lewego przedsionka serca. Leczenie to ma za zadanie zmniejszać ryzyko zatorowości obwodowej, w tym udaru niedokrwienego mózgu. U pacjenta, który ma trzy wskazania do tego samego leku, jego dawka powinna być maksymalną dawką tolerowaną. Miarą skuteczności leczenia przeciwkrzepliwego jest wskaźnik (...). Im wyższy wskaźnik (...), tym krzepliwość krwi mniejsza. Po wszczepieniu zastawki serca wskazane jest utrzymywanie tego wskaźnika pomiędzy 2,5 i 3,5. Najwyższy obserwowany u P. R. (1) wskaźnik krzepnięcia krwi (...) to 3,56 (w dn. 23.03.2012r.), który u P. R. (1) w kontekście jego trzech niezależnych wskazań do stosowania A., należy uznać za terapeutyczny;
- czynności lecznicze podjęte w (...) Szpitalu (...) (...)– (...) Szpital (...) w Ł. przy ul. (...) w Klinice (...) wobec pacjenta P. R. (1) z uwagi zaburzenia rytmu serca były prowadzone prawidłowo i zgodnie z zasadami wiedzy i sztuki medycznej. Wobec nieskuteczności leczenia farmakologicznego zasadnie wykonano zabieg kardiowersji elektrycznej uzyskując powrót rytmu zatokowego serca oraz zastosowano prawidłowe dawkowanie leku o nazwie A.;
- stan pacjenta nie stanowił przeciwwskazania do wypisu do domu w dniu 22.03.2012r., jak również pacjent nie wymagał wykonania dodatkowych badań bezpośrednio przed wypisaniem do domu. Ponadto, jak wynika z wpisu do karty gorączkowej, pacjent zarówno w dniu wypisu, jak i w dniach poprzedzających nie gorączkował;
- w karcie wypisowej z Kliniki (...) zamieszczono prawidłowe zalecenia w zakresie leków i ich dawkowania. W odniesieniu do leku przeciwkrzepliwego A. wskazano, że przyjmowana dawka powinna zależeć od kontroli wskaźnika (...), zaś w karcie informacyjnej z Kliniki (...) zalecono początkowo przyjmowanie A. w cyklu trzydniowym: 3/4 tabl., 1 tabl., 3/4 tabl. 4 mg, pod kontrolą wskaźnika (...);
- zmniejszanie krzepliwości krwi za pomocą A. wiąże się ze wzrostem ryzyka krwotoku śródczaszkowego, jednak korzyści ze stosowania leku przewyższają ryzyko wystąpienia powikłań krwotocznych. Zgodnie z protokołem nr (...) sądowno-lekarskiej sekcji zwłok P. R. (1), najprawdopodobniej nie doznał on udaru niedokrwienego mózgu, stwierdzono natomiast obecność ogniska krwotocznego w lewym płacie czołowym. Opis badania tomograficznego głowy z dn. 23.03.2012 r. nie wskazuje jednoznacznie na etiologię udaru. Należy podkreślić, iż zalecane dawki leku A. oraz wartości wskaźnika (...) u pacjenta z konkretnymi schorzeniami, nie spowodowały przekroczenia przedziału terapeutycznego;
- przyczyną powstania u P. R. (1) skrzepliny w jamie lewego przedsionka mogły być zaburzenia rytmu serca pod postacią migotania przedsionków, jak również stan po operacji zastawki mitralnej. Powstanie skrzepliny nie pozostaje w związku przyczynowym z zaleconym i zastosowanym, zwłaszcza w zakresie dawkowania leczeniem

przeciwwkrzepliwym – zażywanie leku A., który stosuje się w dawkach zleconych jak u w/w, w celu profilaktyki tego typu powikłań;

- czynności diagnostyczne i leczenie podjęte w Oddziale Ratunkowym w Wojewódzkim Szpitalu (...) w Ł. wobec pacjenta P. R. (1), w szczególności z uwagi na powstały udar mózgu i skrzeplinę w jamie lewego przedsionka serca były prowadzone prawidłowo i zgodnie z zasadami wiedzy i sztuki medycznej. Pacjent został słusznie zdyskwalifikowany z leczenia neurochirurgicznego. Dotychczas nie udokumentowano skuteczności jakiegokolwiek zachowawczej metody leczenia udaru krwotocznego;
- czynności diagnostyczne i leczenie podjęte na Oddziale Intensywnej Terapii i Anestezjologii w Wojewódzkim Szpitalu (...) w Ł. wobec pacjenta P. R. (1), w szczególności z uwagi na powstały udar mózgu i skrzeplinę w jamie lewego przedsionka serca były prowadzone prawidłowo i zgodnie z zasadami wiedzy i sztuki medycznej. W momencie przyjęcia do leczenia w Oddziale stan pacjenta był bardzo poważny i rokowanie było niepomyślne;
- nie można jednoznacznie wskazać mechanizmu powstania perforacji przedniej ściany przełyku i perforacji lewego przedsionka serca w dwóch miejscach opisaną sekcyjnie przetoką przełykowo-sercową. Nieprawdopodobne wydaje się, aby do perforacji mogło dojść na ostro w czasie intubacji pacjenta wykonanej do przełyku z uwagi na bardzo nisko (głęboko w przełyku) zlokalizowane uszkodzenie, jak i rodzaj zakończenia rurki intubacyjnej. Ponadto teoretycznie osoba wykonująca taką intubację, po uszkodzeniu przedsionka serca w rozmiarach jak stwierdzono lekcyjnie, zaobserwowałaby znaczną ilość krwi wydobywającej się przez rurkę intubacyjną na zewnątrz, zaś podjęcie wentylacji spowodowałoby masywny zator powietrzny serca. Również ewentualne uszkodzenie ściany przełyku i przedsionka serca podczas zakładania sondy żołądkowej, musiałoby skutkować obfitym krwawieniem, które musiałoby zostać rozpoznane. Nie można wykluczyć, że powstanie przetoki przedsionkowo-przełykowej mogło być powikłaniem przebitego pod koniec lutego 2012 zabiegu ablacji RF, jednak wielkość przetoki opisana sekcyjnie oraz brak typowych objawów klinicznych nie pozwalają na bardziej kategorię wnioskowanie w tym zakresie. Analiza dostępnej dokumentacji klinicznej wskazuje, że ciężki stan ogólny pacjenta był spowodowany uszkodzeniem w obrębie ośrodkowego układu nerwowego i brak było podstaw do podejrzenia przetoki przedsionkowo-przełykowej i podjęcia diagnostyki w tym kierunku, a tym samym ewentualnego wdrożenia leczenia takiego schorzenia;
- brak jest wystarczających i obiektywnych podstaw do przyjęcia, aby stwierdzona sekcyjnie przetoka przełykowo – sercowa była przyczyną zgonu P. R. (1), który był spowodowany rozległym uszkodzeniem ośrodków centralnego układu nerwowego.

Na podstawie analizy dostępnych danych klinicznych, jak i danych sekcyjnych biegli nie znaleźli podstaw do rozpatrywania ewentualnych nieprawidłowości w czynnościach diagnostycznych i leczniczych wobec pacjenta P. R. (1) w (...) (...) – (...) Szpital (...) w Ł. przy ul. (...), w Wojewódzkim Szpitalu (...) w Ł. oraz podjętych przez zespół ratowników medycznych (...), jak i Lotniczego Pogotowia (...).

W dniu 26 listopada 2012 r. powodowie zgłosili szkodę do pozwanego Szpitala (...). Podstawą roszczeń była okoliczność, iż zdaniem powodów do uszkodzenia serca mogło dojść wyłącznie w trakcie pobytu zmarłego P. R. (1) w tym Szpitalu.

W odpowiedzi na powyższe pismo, pismem z dnia 27 grudnia 2012 r. pozwany Szpital odmówił przyjęcia odpowiedzialności za zdarzenie. W uzasadnieniu wskazano, że u P. R. (4) doszło do późnego powikłania przeprowadzonego leczenia operacyjnego w postaci przetoki przedsionkowo-przełykowej. Wyjaśniono, że powikłanie to, choć występujące bardzo rzadko u 0,03-0,5% pacjentów poddanych ablacji migotania przedsionków, prowadzi do zapalenia śródpiersia, udarów, sepsy i aż u 83% chorych do śmierci w krótkim czasie od wystąpienia początkowych objawów. Do rozwoju przetoki może dojść zarówno we wczesnym (3-5 dni po zabiegu), jak i w późnym okresie po zabiegu – nawet do 38-41 dni.

Przeprowadzona ocena postępowania personelu medyczny w pozwanych Szpitalach nie daje podstaw do przyjęcia, że doszło do jakiegokolwiek błędu w zakresie leczenia P. R. (2). Po przeprowadzonym zabiegu kardiochirurgicznego wystąpiły powikłania. Późnym powikłaniem tego zabiegu może być przetoka przedsionkowo-przełykowa, co miało miejsce właśnie w przypadku P. R. (1).

Powikłanie to, choć występuje bardzo rzadko (u 0,03- 0,5% pacjentów poddanych zabiegowi ablacji endokardialnej) prowadzi do zapalenia śródpiersia, udarów, sepsy i aż u 83% chorych do śmierci w krótkim czasie od wystąpienia początkowych objawów. Do rozwoju przetoki może dojść zarówno we wczesnym (3-5 dni po zabiegu), jak i późnym okresie po zabiegu- nawet do 38-41 dni (w przypadku P. R. (1) była to 23 doba).

Objawy kliniczne sugerujące wystąpienie powikłania pod postacią przetoki przedsionkowo-przełykowej są niespecyficzne. Pierwszymi dolegliwościami przetoki przedsionkowo-przełykowej mogą być: ból w klatce piersiowej/nadbrzuszu, leukocytoza, gorączka, ogólne osłabienie, nudności, wymioty, w tym wymioty krwią (od tego objawu opisywanego przez rodzinę w dniu 23 marca 2012 roku nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia pacjenta). Objawy neurologiczne (drgawki, niedowłady, zaburzenia czucia, utraty przytomności) pojawiają się po około 5-40 godzinach od wystąpienia pierwszych symptomów. Pacjent może pierwotnie prezentować zaburzenia neurologiczne, co daje bardzo mało czasu na trafne rozpoznanie i wdrożenie właściwego leczenia.

W piśmiennictwie światowym dotyczącym tego problemu opisano dotychczas 15 pacjentów z tym powikłaniem, w Klinice (...) w Ł. wśród wykonywanych od kilku lat, kilkudziesięciu ablacji endokardialnych rocznie, jest to pierwsze takie powikłanie, które na dodatek wystąpiło po długim czasie po zabiegu, gdy pacjent znajdował się już poza Kliniką i poza Szpitalem.

P. R. (1) w dniach 16 - 22 marca 2012 roku był poddany czynnościom leczniczym, które były wykonane według wytycznych z tego okresu czasu. Podczas tego leczenia nie dopuszczono się żadnego błędu o charakterze diagnostyczno-leczniczym.

Przyczyną śmierci P. R. (1) była niewydolność krążeniowo-oddechowa i, jak w rozpoznaniu – udar krwotoczny mózgu i wstrząs. Te dwa stany są obarczone bardzo wysoką śmiertelnością.

Udar krwotoczny mózgu, jaki wystąpił u P. R. (1), mógł być związany z przyjmowaniem leków przeciwzakrzepowych.

Jest to jedno z podstawowych powikłań leczenia przeciwzakrzepowego przy współistnieniu innych czynników. Leczenie przeciwzakrzepowe u chorego z migotaniem przedsionków było i jest leczeniem z wyboru. W dniu 23 marca 2012 roku P. R. (1) został przyjęty na Oddział Intensywnej Terapii Szpitala im. (...), gdzie rozpoznano niewydolność oddechową, wstrząs i udar krwotoczny mózgu.

Wstrząs kardiogeny jest to zespół ostrych zaburzeń hemodynamicznych spowodowanych spadkiem rzutu serca z następowym zmniejszeniem przepływu obwodowego jak i rozwojem kwasicy. Zarówno niewydolność układu krążenia, jak i udar mózgu krwotoczny są to dwie przyczyny, które spowodowały zgon P. R. (1). Nie można określić procentowo, która z nich była „ważniejsza”, bądź która była dominująca przy nagłym zatrzymaniu krążenia.

Według wypisu ze szpitala (...)(gdzie był hospitalizowany P. R. (1) w dniach 16 - 22 marca 2012 roku) u P. R. (1) rozpoznano napadowy PAD skuteczna kardiowersja elektryczna, trzepotanie przedsionków, plastykę pierścienia mitralnego i zastawki trójdzielnej, ablację w krążeniu pozaustrojowym. W dniu 21 marca 2012 roku określono kardiowersję elektryczną jako skuteczną.

Przyczyną wyjściową niewydolności serca u P. R. (4) była wada mitralna zastawki trójdzielnej. Przebieg naturalny takiej wady zawsze prowadzi do niewydolności serca. W zastosowanym leczeniu operacyjnym wykonano ablację endokawitarną. Wobec stwierdzenia pooperacyjnie występowania zaburzeń rytmu i przewodnictwa zastosowano leczenie farmakologiczne, które nie przyniosło pożądanego efektu. Z medycznego punktu widzenia zawsze należy dążyć do utrzymania rytmu zatokowego Występujące u P. R. trzepotanie przedsionków wymagało bezwzględnego

działania pod postacią kardiowersji elektrycznej. Pacjent został przeniesiony do Kliniki (...), w której w dniu 21 marca 2012 roku wykonano skuteczną kardiowersję elektryczną trzepotania przedsionków.

Zabieg kardiowersji jest zabiegiem polegającym na umiarowaniu elektrycznym serca i migotania przedsionków, gdzie czynność serca jest niemiarowa. Zabieg jest wykonywany pod narkozą. Jest stosowany prąd 200 J. W karcie wypisowej zapisano, iż kardiowersję elektryczną wykonano prądem dwufazowym o wartości 200 J. W czasie kardiowersji może wystąpić skurcz mięśni. Ten zabieg nie może doprowadzić do uszkodzenia zastawek zaopatrzonych operacyjnie. W literaturze medycznej są jednak opisane takie marginalne powikłania. Sprzyjać temu może infekcyjne zapalenie wsierdza, masywne zwapnienia w obrębie aparatu zastawkowego, nieszczelność zastawek, wady serca nabyte, zapalenia, zabiegi w obrębie zastawek.

Przyjmowanie leków przeciwkrzepliwych wiąże się zawsze z większą predyspozycją do krwawień i znacznie gorszymi rokowniczo predyspozycjami do następstw przerwania ciągłości tkanek i narządów, w tym mięśnia sercowego. Jeżeli następuje uszkodzenie w obrębie mięśnia sercowego i chory przyjmuje leczenie przeciwzakrzepowe zwiększa prawdopodobieństwo krwawienia w danym miejscu.

W przypadku P. R. nieprzyjmowanie leków przeciwzakrzepowych byłoby błędem w sztuce przy rozpoznanym u niego schorzeniu. Skutkiem byłyby incydenty zakrzepowo-zatorowe. Tego rodzaju skutki, które wystąpiły u P. R. (1) były wpisane w ryzyko leczenia.

Ablację wykonuje się albo termicznie, elektrycznie, bądź w innych przypadkach w formie chemicznej substancji, bądź mechanicznie. Do wytworzenia się przetoki u P. R. (1) doszło z dużym prawdopodobieństwem w wyniku wykonania zabiegu ablacji, ale możliwe też jest, że została naderwana struktura tkankowa.

W dniu 28 lutego 2012 roku śródoperacyjnie wykonano echokardiografię przezprzełykową. Opisano, że zabieg w obrębie zastawek się powiódł. W badaniu stwierdzono uwypuklenie środkowego segmentu przegrody między- przedsionkowej. Nie uwidoczono natomiast cech patologicznego przepływu. Wykonana echokardiografia przezprzełykowa jest najistotniejszym badaniem dla oceny wystąpienia powikłań. U P. R. (1) takich przepływów nie uwidoczono. Dodać tu należy, że jest to jedyne badanie, które jest w stanie wykazać występowanie jakichkolwiek połączeń i przepływów między ścianami serca, osierdziem, przedsionkami a innymi strukturami.

Kolejne badania to echokardiografie przezklatkowe, które mają znacznie niższy wskaźnik diagnostyczny, ponieważ sonda przezprzełykowa znajduje się najbliżej przedsionków i można najdokładniej ocenić te struktury.

W odniesieniu do zapisów dotyczących badania histopatologicznego załączonego do sekcji z dnia 13 kwietnia 2012 roku, stwierdzić należy, że stwierdzone ogniska mikroropni z koloniami bakterii i ogniskami martwicy w obrębie włókien najczęściej są przyczyną powstawania przetok. W tej sytuacji przyjmować należy, że przetoka, która wystąpiła u P. R. (1) mogła mieć podłoże mechaniczne, albo zapalne. Nie można też wykluczyć współistnienia obu przyczyn. Przy uszkodzeniu o charakterze zapalnym i pojawieniu się ropnia, bądź ropni dochodzi do znacznego uszkodzenia struktury i zwiększonej podatności bądź na czynniki mechaniczne, ciśnieniowe i chemiczne.

Przy infekcji zapalnej istnieje możliwość ich laboratoryjnego sprawdzenia. Wykładnikami zapalenia są białko retroaktywne (...), fibrynogen, leukocytoza i rzadszych oznaczeń cytokin zapalnych. Te badania wykonuje się standardowo po zabiegach operacyjnych. Należy tu stwierdzić, że wystąpienie czynnika zapalnego może być związane z innymi stanami i infekcjami, nie tylko ze stanem wynikającym z przeprowadzenia operacji. W przypadku infekcji w obrębie serca, czy wystąpienia zakażenia w obrębie zastawek, zarówno białko (...), jak i inne wykładniki byłyby podwyższone.

W zakresie wyników laboratoryjnych ze Szpitala(...)z dnia 22 marca 2012 roku: w morfologii nie wykazano leukocytozy, ale według dostępnej dokumentacji nie wykonywano badania (...), ani fibrynogenu. W klinice kardiokirurgii było dokonywane oznaczenie białka, ale nie wykonano badania poziomu (...). Jeżeli chory ma infekcyjne zapalenie wsierdza, którego cechami podstawowymi jest gorączka, występuje wysokie (...) i w kolejnych

badaniach jest na takim samym poziomie, bądź ma tendencje wzrostowe, to taki pacjent nie może być wypisany ze szpitala.

Badanie (...) jest wykładnikiem stanu zapalnego i może być podwyższone w wielu stanach. Może to być jeden z czynników, które nasuwają podejrzenia procesu zapalnego. Jak podawała rodzina i w opisywanych historiach chorób stan P. R. (1) był stanem, w którym białko c reaktywne mogło być podwyższone i to zarówno przy przetoce, jak i też z racji występowania innych nieprawidłowości. (...) jest jednym z oznaczeń, które mogło nasuwać podejrzenie, że coś się dzieje u chorego, w tym wypadku przetoka. Gdyby było wykonane dalsze (...) i było wyższe niż pierwsze to świadczyłoby o dynamice stanu zapalnego. Wówczas należałoby zatrzymać pacjenta w celu dalszej diagnostyki.

Badanie (...) nie jest badaniem wykonywanym w standardzie u chorego przyjętego z powodu migotania przedsionków. Natomiast po zabiegu operacyjnym powinno wykonać się badanie (...). P. R. (1) przyjmował antybiotyki po zabiegu operacyjnym. Potem nie gorączkował i na oddziale elektrokardiografii nie było już wskazań do wykonywania badań (...). Antybiotyk może maskować objawy zapalenia. W standardzie leczenia jest morfologia, wskaźniki wydolności nerek, badanie ogólne moczu, elektrolity.

Z leków, które chory przyjmował według ostatniego wypisu to leki kardiologiczne, sterydy i leki przeciwzakrzepowe oraz osłonowe i poprawiające morfologię.

Jednym z powikłań sterydoterapii może być krwawienie z górnego odcinka przewodu pokarmowego. Sterydy są lekami przeciwzapalnymi. Nie można powiedzieć, że podanie sterydu P. R. (1) było błędem. W trakcie pobytu P. R. (1) przyjmował antybiotyki, leki nasercowe, uspakajające, przeciwzakrzepowe. Musiał być pacjentem pobudzonym bo zastosowano lek o nazwie D.. Od 7 marca 2012 roku włączono E.. E. działa przeciwzapalnie, jest to silny lek. Nie można stwierdzić, aby zastosowanie tego leku było przyczyną powstania przetoki. W obserwacji z dnia 19 marca 2012 roku jest wpisane „chory nie gorączkuje, zgłasza biegunkę, neguje bóle brzucha”, miał suplementację żelaza – co oznacza, że miał niedokrwistość. Uzasadnieniem podania E. byłoby przyspieszenie pasma odnowy tworzenia elementów morfotycznych krwi, szpiku.

U P. R. (1) nie było leukocytozy, gorączki. Przy zabiegach kardiochirurgicznych badanie temperatury występuje dwa razy na dobę. Jeśli stan po pierwszej dobie jest stabilny u pacjenta to temperatura jest mierzona już tylko raz. Jeśli jest podejrzenie infekcji to temperatura powinna być mierzona mim. 3-4 razy na dobę. 21 dni od zabiegu mogło doprowadzić do powstania przetoki z przyczyn zapalnych, z tym że 95% zakażeń daje objawy.

U P. R. (1) od 8 doby po operacji nastąpiła stabilizacja temperatury ciała, która wahała się w granicach od 36,1 do 37,1. To świadczy, że nie następowała eskalacja zapalenia. W badaniu sekcyjnym stwierdzono występowanie mikroropni. Tego typu zmiany początkowo mogą nie dawać wykładników stanu zapalnego, natomiast mogą powodować uszkodzenia.

Te mikroropnie mogły być punktem wyjścia, który doprowadził do powstania przetoki w następstwie czego doszło do załamania się równowagi krążeniowej u P. R. (1).

Nie można odpowiedzieć na pytanie, czy gdyby P. R. (1) pozostał dłużej w szpitalu miałby większe szanse na przeżycie. Ryzyko zgonu w tego typu sytuacjach jest bardzo wysokie. Jest możliwe, że P. R. (1) miał przetokę w dniu wypisu ze szpitala. W przypadku przetoki wywołanej zapaleniem otwór może powiększać w sposób nagły na skutek czynników zewnętrznych: temperatury, ciśnienia.

Tomografia serca z dokładnością ponad 90% wykazałaby istnienie jakichkolwiek uszkodzeń anatomicznych w obrębie serca. Natomiast badanie to nie obrazuje przepływów, chyba że jest podany kontrast. U P. R. (1) wystąpił prawdopodobnie ukrotoczniony udar niedokrwieny mózgu. Prawdopodobieństwo wynika z tego, że miał on migotanie przedsionków, a najczęstszym jego powikłaniem jest udar niedokrwieny.

Infekcja w okresie 21 dni od rozpoczęcia procesu zapalnego w ponad 75% przypadków będzie przebiegała objawowo. Istnieje jednak grupa osób, u których proces ten będzie przebiegał skąpoobjawowo bądź bezobjawowo. Jest to grupa osób stosujących wcześniej np. antybiotyki. Na pewno P. R. (1) przed zabiegiem operacyjnym brał antybiotyk, co mogło wpłynąć na przebieg zakażenia i jego objawy. W karcie zleceń lekarskich w podanej dacie 1 marca 2012 roku jest, że chory otrzymywał B. w dawce 3 x 1gram. Jest to dawka wysoka. Taka późna przetoka jak wystąpiła u P. R. jest rzadkim powikłaniem przy tego typu zabiegach, które nie przekraczają 1,5-2%.

Jeśli pacjent jest znany w danym szpitalu i był prowadzony wcześniej w danej jednostce logicznym jest stwierdzenie, iż postępowanie diagnostyczne będzie bardziej precyzyjne. Natomiast absolutnie nie można się sugerować procentowymi szacunkami. W diagnostyce i leczeniu stosowane są wytyczne. Jeżeli chodzi o czas to jego upływ zawsze ma znaczenie. W tym wypadku grał ogromną rolę. Szybka interwencja chirurgiczna mogłaby uchronić pacjenta przed zgonem, w sytuacji rozpoznana przyczyny krwawienia. Skala śmiertelności w takich wypadkach wynosi ok. 90% mimo przeprowadzonego zabiegu.

W przypadku P. R. (1), który przyjmował leki przeciwzakrzepowe tj. A. taki zabieg mógłby być wykonany tylko i wyłącznie przy uprzednim podaniu odpowiednich leków i zabezpieczeniu krwi. Uwzględniając przyjęcie do szpitala i wykonanie badań byłaby to minimum kwestia 5-6 godzin z tym, że przy tym wskaźniku (...) 3,56 bezwzględny zabieg operacyjny tego typu był przeciwwskazany.

W badaniu echokardiograficznym przezklatkowym zdiagnozowanie ewentualnych „dziur” czy ubytków w sercu byłoby możliwe, jednakże zaznaczyć należy, że czułość i specyficzność tej metody w obrębie przedsionków jest rzędu 55-60%.

Z wyniku badania wykonanego w dniu 23 marca 2012 roku w pozwanym Szpitalu im. (...) w Ł. (k. 82) wynika, że nie uwidoczniono zaburzeń kurczliwości ścian lewej komory, takie zaburzenia są po zawale albo niedokrwieniu mięśnia sercowego bądź zapalenia, bądź toksycznych uszkodzeniach. Prawidłowa kurczliwość nie wskazuje na uszkodzenie żadnych wymienionych zmian. Z kolei grubość ścian lewej komory w granicach normy - świadczy o braku powikłań w obrębie wad serca, bądź choroby nadciśnieniowej, przegroda między przedsionkowa bez cech przecieku - daje to obraz wykluczenia wad w obrębie przegrody między przedsionkowej oraz wskazuje na anatomiczną jej ciągłość. Osierdzie bez zmian - świadczy to o braku naciekania serca przez inne struktury zewnętrzne lub wynacznienie krwi do worka osierdziowego. Z kolei stwierdzenie, że w jamie lewego przedsionka obecne jest dodatkowe kuliste echo przy przegrodzie między przedsionkowej na wysokości żyły płucnej lewej górnej mogło świadczyć, że jest to skrzeplina w obrębie lewego przedsionka, ale też o innych stanach. Z dużym prawdopodobieństwem była to skrzeplina. W badaniu podano też „z dużym ryzykiem zatorowości systemowej”. Na podstawie takiego wyniku tego badania nie można było zdiagnozować przetoki. Jeśli byłaby taka przetoka, to możliwość jej zdiagnozowania wynosiła 50-60%.

Nie doszło do jakichkolwiek uchybień w postępowaniu podmiotów medycznych. Powinno być wykonane (...) na etapie leczenia chirurgicznego, bo mieści się ono w pakiecie podstawowych badań, ale niewykonanie go nie stanowiło błędu w sztuce medycznej. W dniu 23 marca 2012r. w badaniu (...) w szpitalu(...)poziom był podwyższony. Jeśli wyjściowe badanie jest prawidłowe i nie ma niedokrwistości, bądź innych zmian morfologicznych kolejne badanie nie jest konieczne.

Jeśli występuje podejrzenie jakiegokolwiek krwawienia przed wypisem konieczne jest wykonanie drugiego badania morfologii. Wykonanie badania wskaźnika (...) poprzez pobranie krwi wykonuje się aż do ustabilizowania wskaźnika. Przy wypisie z Kliniki (...) badanie (...) jest podwyższone z uwagi na przyjmowane leki. Z punktu widzenia potrzeb tego pacjenta wynik był prawidłowy. Było wykonane badanie leukocytozy i ono było prawidłowe.

Według piśmiennictwa, gdyby P. R. (1) znajdował się na oddziale kardiologii w trakcie pojawienia się pierwszych, widocznych objawów przetoki, to jego szanse na przeżycie byłyby większe, ale nie gwarantujące przeżycia.

Jeżeli pacjent zgłasza złe samopoczucie i zostaje to udokumentowane poprzez obserwację pacjenta i codzienne badania, to są to oznaki sugerujące lekarzowi pozostawienie chorego na oddziale i ustalenie przyczyny złego samopoczucia.

Przetoka przedsionkowo-przelykowa jest to powikłanie stosunkowo rzadkie. Natomiast plasuje się na drugim miejscu powikłań związanych z ablacją.

Kardiowersja elektryczna jest metodą z wyboru stosowaną przy migotaniu przedsionków, gdy chory jest odpowiednio na to przygotowany. Na pewno kardiowersja elektryczna ma pewne znaczenie przy powstawaniu przetoki. Natomiast statystycznie nie można tego określić, ponieważ nie było takich badań. Standardowy pobyt chorego, u którego wykonywana jest kardiowersja przy założeniu, że chory jest przygotowany przeciwzakrzepowo realnie trwa trzy dni. Po wykonaniu zabiegu pacjent powinien leżeć minimum dobę. Warunkiem wypisania pacjenta jest utrzymanie rytmu zatokowego. Jeśli w ciągu doby ponownie pojawi się migotanie przedsionków, wtedy chory pozostaje dłużej i trzeba się zastanowić, czy potraktować to jako migotanie trwałe. Pacjent, który jest obciążony powinien być hospitalizowany 2-3 dni dłużej. Jest to związane ze stanem ogólnym pacjenta, a w standardzie postępowania u chorych, u których były wykonane zabiegi chirurgiczne, istotna jest ocena tych efektów.

Chory z przetoką przedsionkowo-przelykową ma znacznie większe szanse przeżycia w szpitalu wielospecjalistycznym, ponieważ jest możliwość operowania przez chirurga naczyniowego, z udziałem chirurga klatki piersiowej i kardiochirurga.

W badaniach wykonanych w latach 1995 - 2002 i 2003 - 2006 wykazano, iż wśród 32.560 chorych, których zostało poddanych 45.115 sesji ablacyjnych z powodu migotania przedsionków, średnio w jednym ośrodku wykonano 275 zabiegów ablacyjnych, a występowanie zgonów związanych z zabiegiem ablacji zgłosiło 31 ośrodków. Łącznie doszło do 32 zgonów, w tym 25 wczesnych oraz 7 późnych. W ramach wczesnych zgonów 12 nastąpiło w trakcie zabiegu, w tym 5 z powodu tamponady serca, 2 w skutek udaru, 1 z powodu zawału serca i niewydolności, 1 z powodu poza osierdziowej żyły płucnej, 1 z powodu zaburzeń rytmu, 1 z powodu zatrzymania oddechu, 1 na skutek reakcji nieprawidłowej na lek. Kolejnych 13 wczesnych zgonów nastąpiło w ciągu godziny lub dni od zabiegu ablacji i 5 z nich udokumentowano, że to była przetoka przedsionkowo-przelykowa.

Zaistniały u P. R. (1) stan był w końcowym etapie bardzo ciężki, a jego szansa na przeżycie była nikła. W przypadku pacjenta z rozpoznaniem świeżym udarem, gdy stan jego jest średni, bądź średnio ciężki, to taki chory do ustabilizowania stanu ogólnego nie jest operowany. Dodatkowym problemem u chorych z migotaniem przedsionków, u których jako powikłanie wystąpił udar, jest to, że zażywają oni leki przeciwzakrzepowe. Pierwszym zadaniem w takim wypadku jest określenie jakie jest wysycenie chorego tymi lekami. Gdyby P. R. (1) był w szpitalu i prawidłowo rozpoznana była przetoka, wtedy jego szanse na przeżycie byłyby większe.

Wszystkie zabiegi, które byłyby wykonane w celu potwierdzenia przetoki mogłyby choremu tylko zaszkodzić. Jeśli chory ma objawy bólu za mostkowego, a nie ma zmian EKG, ani wzrostu enzymów sercowych, podaje silne bóle w klatce piersiowej i jest człowiekiem schorowanym, po zabiegach pierwsze co przychodzi na myśl z kardiologicznego punktu widzenia, to jest tętniak aorty. Jeżeli chory ma objawy o charakterze pieczenia w przełyku, czy występuje jakakolwiek forma krwiopłucia, a w wywiadzie nie jest to chory nowotworowy, a na świeżo nie ma rozpoznanej marskości wątroby, a w wywiadzie pił alkohol druga rzecz która przychodzi na myśl, to jest krwawienie z żyłaków przełyku.

Mając na uwadze ten przypadek, gdzie w wywiadzie była wykonana ablacja, należy wziąć pod uwagę powikłanie po ablacji i wykonanie u chorego tomografii lub rezonansu magnetycznego. Wszystkie badania, które by się wiązały z wejściem do przełyku są u takiego pacjenta bezwzględnie przeciwwskazane.

Lekarze znający pacjenta mogą podjąć się wypisu pacjenta. Mało prawdopodobne jest, że lekarze wypisujący P. R. (1) do domu w dniu 22 marca 2012 roku mogli przewidzieć możliwość takiego powikłanie, jakie u niego wystąpiło. Był to jedyny pacjent pozwanego Szpitala, u którego doszło do takiego późnego powikłania po wykonaniu zabiegu ablacji.

Powyższy stan faktyczny Sąd I instancji ustalił na podstawie powołanych dowodów w postaci dokumentów, zeznań świadków oraz opinii biegłego sądowego specjalisty z zakresu kardiologii prof. A. G., które uznał za wiarygodne we wskazanym zakresie.

W ocenie Sądu I instancji na wiarę zasługiwały dowody w postaci dokumentów, w szczególności w zakresie dokumentacji leczenia P. R. (1) w pozwanych placówkach leczniczych. Wskazał przy tym, że strona powodowa nie podnosiła żadnych zarzutów dotyczących ich wiarygodności. Wymienione dokumenty nie noszą cech fałszu i są kompletne. Podkreślono również, że dokumentacja leczenia P. R. (1) prowadzona była dokładnie. Zawierała opis stanu zdrowia pacjenta, zalecone czynności lecznicze, sposób ich wykonania. Ponadto, obserwacje lekarzy znajdują odzwierciedlenie w zapisach obserwacji pielęgniarskich, w kartach zaleceń lekarskich oraz wynikach przeprowadzanych badań. Dotyczy to w szczególności zapisów dotyczących stanu P. R. (1) w dacie wypisu z pozwanego Szpitala(...)w Ł., tj. 22 marca 2012 roku.

Na wiarę zasługują również, zdaniem Sądu I instancji, dokumenty zgromadzone w aktach sprawy postępowania karnego prowadzonego przez Prokuraturę Rejonową Ł. w Ł. o sygn. akt 2 Ds. 68/15, w tym w szczególności dokumenty dotyczące leczenia P. R. (4) oraz protokół autopsji, jak również w postaci podejmowanych decyzji procesowych i przeprowadzonych dowodów.

Sąd I instancji uznał za wiarygodne zeznania świadków E. S. i R. F., którzy opisali stan P. R. (1) w pozwanym Szpitalu im. (...) w Ł. oraz zastosowane wobec niego leczenie. Zeznania te są logiczne, konsekwentne i szczerze, a nadto znajdują odzwierciedlenie w dokumentacji leczenia.

W ocenie Sądu I instancji, na wiarę zasługują również zeznania świadka R. J., który jasno przedstawił zastosowane procedury medyczne u P. R. (1), przebieg leczenia operacyjnego oraz stan pacjenta po wykonaniu operacji zastawki mitralnej ablacji. Świadek wyjaśnił dlaczego pacjent nie został wypisany do domu w dniu 16 marca 2012 roku, lecz skierowany został na dalsze leczenie do Kliniki (...).

W przekonaniu Sądu I instancji, atrybut prawdziwości posiadają również zeznania świadka J. K. (2), który rzetelnie opisał stan P. R. (1) i zastosowane wobec niego leczenie w Klinice (...) pozwanego Szpitala im. WAM w Ł. oraz jego stan w chwili wypisu do domu. Wskazał, że pacjent był wydolny kardiologicznie, krążeniowo, z prawidłowym ciśnieniem i rytmem zatokowym, co potwierdzały przeprowadzone badania. Wskazywał, że pacjent był depresyjny, a decyzja o wypisaniu pacjenta została podjęta po jego dokładnym zbadaniu z innym lekarzem dr G. pod nadzorem prof. W.. Zeznania te znajdują również odzwierciedlenie w treści zeznań świadka J. G., których prawdziwość nie budzi żadnych wątpliwości.

Za wiarygodne Sąd I instancji uznał zeznania świadka J. K. (1), który mimo upływu czasu opisał stan P. R. (1) w chwili udzielania mu pomocy medycznej w ramach Lotniczego Pogotowia (...), zastosowanej procedury medycznej oraz parametrów życiowych w momencie przekazywania pacjenta lekarzom pozwanego Szpitala im. (...) w Ł..

Sąd I instancji odmówił wiary zeznaniom świadków D. B. i J. M. w zakresie ich twierdzeń, że stan P. R. (4) przed podjęciem leczenia w pozwanym Szpitalu(...)w Ł. był dobry. Twierdzenia te pozostają w sprzeczności z dokumentacją leczenia, z której jednoznacznie wynika, że P. R. (1) od 2009 roku pozostawał pod opieką Poradni Kardiochirurgicznej z powodu wady zastawki mitralnej serca oraz że leczenie zachowawcze nie przynosiło efektów, dlatego też z uwagi na stan pacjenta została podjęta decyzja o leczeniu operacyjnym w celu poprawy jego stanu zdrowia i komfortu życia. W pozostałym zakresie – w ocenie Sądu I instancji – zeznania wymienionych świadków zasługują na wiarę, z tym jednak, że świadek D. B. widział P. R. (1) już po powrocie do domu przez krótki okres, natomiast świadek J. M. opisał, że P. R. (1) mówił, że czuje się słaby i nie miał siły, aby samodzielnie wsiąść do samochodu. Świadek J. M. nie posiada

kwalifikacji do oceny kardiologicznego stanu pacjenta, opisał jedynie własne wrażenia, które były weryfikowane przez lekarzy podczas badania z dnia wypisu badania.

W ocenie Sądu I instancji, atrybut wiarygodności posiada także opinia biegłego sądowego z zakresu kardiologii prof. A. G.. Wymieniona opinia jest logiczna, jednoznaczna i konsekwentna.

Podkreślono przy tym, że Sąd I instancji dopuścił dowód z opinii biegłego z zakresu kardiologii zgodnie z wnioskiem pełnomocnika powodów zawartym w pozwie, uznając, iż wniosek ten jest uzasadniony. Z uwagi na skomplikowany charakter sprawy osoba biegłego do wydania opinii została wskazana przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie kardiologii. Wskazano, że prof. A. G. jest specjalistą z zakresu kardiologii, posiada nie tylko wysoki poziom specjalistycznej wiedzy medycznej, ale także wieloletnie doświadczenie zawodowe w leczeniu pacjentów ze schorzeniami układu krążenia, w tym nieprawidłowości w działaniu zastawki mitralnej oraz zaburzeń rytmu zatokowego. Tym samym, zna nie tylko metody leczenia tego typu schorzeń, w tym technikę operacyjną, ale także powikłania jakie mogą wystąpić po jej zastosowaniu.

Sąd I instancji stwierdził, że biegły dokonał wnikliwej analizy dokumentacji medycznej leczenia P. R. (1) i szczegółowo odniósł się do postępowania lekarzy pozwanych Szpitali na wszystkich etapach jego leczenia. Wydana przez niego opinia nie zawiera żadnych luk czy wątpliwości, które pozwalałyby podważyć prawidłowość przeprowadzonego przez biegłego rozumowania i ostatecznej oceny zaprezentowanej w przedstawionych wnioskach. Podkreślono, że w swojej opinii biegły odniósł się szczegółowo do każdego etapu leczenia P. R. (1) w pozwanych Szpitalach i jednoznacznie stwierdził, że wszystkie podejmowane przez lekarzy decyzje były prawidłowe, zgodne ze sztuką lekarską, stanem zdrowia P. R. (1) oraz miały na celu jego dobro, jak również osiągnięcie głównych celów leczenia.

Za istotne w tym miejscu Sąd I instancji uznał wskazanie, że opinia biegłego ma ułatwić sądowi dokonanie oceny dowodów w sytuacji, gdy potrzebne są wiadomości specjalne, tj. wiedza fachowa z danej dziedziny, a biegły powinien ograniczyć się do oceny stanu faktycznego okoliczności rozstrzyganej sprawy i zgodności postępowania lekarza z zasadami wiedzy medycznej i jego obowiązkami (zob. wyrok SN z 1.12.1998 r., III CKN 741/98, L.).

Biorąc pod uwagę powyższe rozważania, na podstawie przepisu art. 217 § 3 k.p.c. Sąd I instancji oddalił wniosek pełnomocnika powoda o dopuszczenie dowodu z opinii lekarza kardiochirurga na okoliczności dotyczące oceny prawidłowości postępowania lekarzy pozwanego Szpitala, uznając, iż okoliczności te zostały już wyjaśnione, a wymieniony wniosek zmierza jedynie do przedłużenia postępowania. Wskazano przy tym, że leczenie kardiochirurgiczne stanowiło tylko jeden z elementów leczenia P. R. (1) w Szpitalu im. WAM, do którego również odniósł się biegły prof. A. G., posiadający odpowiednie kwalifikacje w tym zakresie.

Sąd I instancji podniósł przy tym, że opinia biegłego prof. A. G. jest zgodna z treścią opinii biegłych z Zakładu Medycyny Sądowej (...) w W., wydanej w toku prowadzonego postępowania karnego (k. 159-180 załączonych akt postępowania karnego), którzy jednoznacznie stwierdzili, że lekarze pozwanych Szpitali przeprowadzili leczenie P. R. (2) prawidłowo, zgodnie z zasadami wiedzy i sztuki medycznej oraz podali, że stan pacjenta w dniu wypisu do domu 22 marca 2012 roku nie wymagał wykonania dodatkowych badań bezpośrednio przed wypisaniem do domu, a ponadto zgodnie z wpisami w karcie gorączkowej pacjent w dniu wypisu, jak i w dniach poprzedzających, nie gorączkował. Prawidłowe były także zalecenia odnośnie zażywania leków i ich dawkowania.

Za niezasadny Sąd I instancji uznał wniosek strony o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego, jeżeli w przekonaniu sądu opinia wyznaczonego biegłego jest na tyle kategoryczna i przekonująca, że wystarczająco wyjaśnia zagadnienia wymagające wiadomości specjalnych (tak wypowiedział się Sąd Najwyższy w orzeczeniu z dnia 21 listopada 1974 roku, II CR 638/74, OSPiKA 1975, poz. 108). W orzeczeniu z 15 lutego 1974 r., II CR 817/73 (niepubl.) Sąd Najwyższy wyjaśnił, że do dowodu z opinii biegłego nie mogą mieć zastosowania wszystkie zasady prowadzenia dowodów, a w szczególności art. 217 § 1. Nie można zatem przyjąć, że sąd obowiązany jest dopuścić dowód z kolejnych biegłych w każdym wypadku, gdy złożona opinia jest niekorzystna dla strony. W podobnym duchu jest orzeczenie Sądu Najwyższego z 18 lutego 1974 r., II CR 5/74 (Biul. SN 1974, nr 4, poz. 64); odmienne stanowisko oznaczałoby

przyjęcie, że należy przeprowadzić dowód z wszelkich możliwych biegłych, by się upewnić, czy niektórzy z nich nie byłiby takiego zdania, jak strona.

Sąd I instancji pominął dowód z opinii biegłego sądowego z zakresu psychologii na okoliczność wpływu śmierci P. R. (1) na sytuację życiową i majątkową powodów, uznając iż wobec wyniku postępowania dowodowego, w szczególności braku adekwatnego związku przyczynowego postępowania lekarzy pozwanych Szpitali ze śmiercią P. R. (1), jest on bezprzedmiotowy i zmierzałby jedynie do przedłużenia postępowania (art. 217 § 3 k.p.c.). Nadto dla oceny rozmiaru krzywdy nie było niezbędne zasięgnięcie opinii specjalisty, zwłaszcza że powodowie nie korzystali z takiej pomocy.

Podobnie Sąd I instancji odniósł się do dowód z zeznań stron, gdyż powodowie prawidłowo zawiadomieni o terminie rozprawy nie stawili się na niej bez podania usprawiedliwienia.

Dokonując oceny prawnej powództwa Sąd I instancji uznał, że nie jest zasadne i jako takie podlega oddaleniu.

Jak podstawę odpowiedzialności pozwanych Szpitali wskazał przepis art. 430 k.c., zgodnie z którym, kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności. Powołany przepis statuuje odpowiedzialność z tytułu czynu niedozwolonego na zasadzie ryzyka za szkody wyrządzone osobie trzeciej przez podwładnego z jego winy, a więc przyjęcie odpowiedzialności publicznego zakładu opieki zdrowotnej na podstawie wyżej wskazanego przepisu wymaga uprzedniego stwierdzenia, iż pracownik wyrządził szkodę w sposób zawiniony.

Następnie, Sąd I instancji odniósł się do podniesionego przez pozwanych zarzutu przedawnienia roszczeń powodów. Stwierdził, że w realiach niniejszego sporu zastosowanie znajduje przepis art. 442¹ § 1 k.c., zgodnie z którym roszczenie o naprawienie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym ulega przedawnieniu z upływem lat trzech od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia. Jednakże, w każdym wypadku roszczenie przedawnia się z upływem dziesięciu lat od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie wywołujące szkodę.

Powodowie niniejszym pozwem występują z roszczeniami określonymi w art. 446 k.c., które to roszczenia warunkowane są śmiercią osoby bezpośrednio poszkodowanej, w tej sprawie P. R. (1).

W rezultacie dla oceny biegu przedawnienia roszczeń dochodzonych niniejszym pozwem miarodajna pozostaje wyłącznie norma z art. 442¹ § 1 k.c.

W ocenie Sądu I instancji, w okolicznościach przedmiotowej sprawy stwierdzić należy, że powodowie w dniu śmierci P. R. (1) tj. w dniu 24 marca 2012 roku mogli nie postrzegać pozwanych, jako podmiotów odpowiedzialnych za szkodę deliktową w postaci jego śmierci, zwłaszcza, iż zostało wszczęte postępowanie karne, mające na celu ustalenie przyczyn zgonu oraz określenie podmiotów odpowiedzialnych. Postępowanie karne zostało zakończone wydaniem postanowienia w dniu 9 stycznia 2015 roku w przedmiocie umorzenia postępowania. W związku z tym, że w niniejszej sprawie pozew został złożony przez powodów w dniu 11 czerwca 2015 roku stwierdzić należało, że nie doszło do przedawnienia roszczenia.

Zauważono przy tym, że w wyjątkowych okolicznościach oceniając zarzut przedawnienia sąd może posłużyć się treścią art. 5 k.c. Stosując powołany przepis trzeba mieć oczywiście na względzie jego szczególny charakter wynikający z użycia w nim klauzul generalnych. Z tej przyczyny dla oceny, czy podniesiony zarzut przedawnienia nie nosi znamion nadużycia prawa, konieczne jest rozważenie charakteru dochodzonego roszczenia, przyczyn opóźnienia i jego nadmierności (por. wyrok SN z 2.04.2003 r., I CKN 204/01, LEX). Konieczne jest przy tym konkretne wskazanie, jaka z przyjętych w społeczeństwie zasad współżycia społecznego doznałaby naruszenia w konkretnej sytuacji (por. wyrok SN z 7.05.2003 r., IV CKN 120/01, LEX).

W ocenie Sądu I instancji, powodowie, nawet przy przyjęciu, że o szkodzie i podmiocie odpowiedzialnym mieli wiedzę już w dacie śmierci P. R. (1) tj. 24 marca 2012 roku, z powództwem wystąpili już w dniu 11 czerwca 2015 roku, zatem niespełna trzy miesiące po upływie 3 letniego okresu przedawnienia. Uwzględniając fakt, że do stycznia 2015 roku toczyło się postępowanie karne, którego celem było wyjaśnienie przyczyn zgonu P. R. (1), opóźnienia nie można uznać za nadmierne. W tym stanie rzeczy, podniesiony przez pozwanych zarzut przedawnienia należy uznać za sprzeczny z zasadami współżycia społecznego w świetle art. 5 k.c.

Odnosząc się do roszczeń dochodzonych przez powodów jako osoby najbliższe zmarłego P. R. (1) (poszkodowanego) w oparciu o art. 446 k.c. stwierdzono, że naprawienie szkody może nastąpić tylko i wyłącznie w przypadku, gdy skutek uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia nastąpiła śmierć poszkodowanego. Wynika z tego – co wyraźnie należy podkreślić – że do przyjęcia odpowiedzialności za tę szkodę, pomiędzy szkodą wskazywaną u poszkodowanego a jego śmiercią musi istnieć związek przyczynowy, o którym traktuje art. 361 § 1 k.c. (zob. wyrok SA w Łodzi z 10.05.2012 r., I ACa 331/12, niepubl.).

Wskazano przy tym, że uprawnienie przewidziane w art. 446 § 3 i 4 k.c. przysługuje najbliższym członkom rodziny zmarłego. W orzecznictwie aprobowana jest definicja rodziny jako najmniejszej grupy społecznej, powiązanej poczuciem bliskości i wspólności, osobistej i gospodarczej, wynikającej nie tylko z pokrewieństwa (zob. wyr. SN z dnia 13 kwietnia 2005 r., IV CK 648/04, OSNC 2006/3/54). Do najbliższych członków rodziny należy zaliczyć takie osoby, których sytuacja życiowa kształtowała się w pewnej zależności od zmarłego. Chodzi tu zatem w pierwszej kolejności o małoletnie lub niesamodzielne dzieci i małżonka, pozostających ze zmarłym we wspólnym ognisku rodzinnym. Istotne jednak jest to, że o tym, kto jest najbliższym członkiem rodziny zmarłego, decyduje układ faktyczny stosunków rodzinnych pomiędzy zmarłym a tymi osobami (tak SN w wyroku z dnia 5 sierpnia 1970 r., II ČR 313/70, OSNCP 1971, Z- 3, poz. 56).

Mając to na względzie Sąd I instancji uznał, że partnerka życiowa zmarłego - E. B. była dla niego najbliższym członkiem rodziny. Z materiału dowodowego wynika, że w chwili śmierci powódka pozostawała w długoletnim związku ze zmarłym. Powódka i P. R. (1) żyli jak zgodne małżeństwo, prowadzili wspólne gospodarstwo domowe, wspólnie się wspierali, pomagali sobie, darzyli się miłością i wsparciem. W tej sytuacji stwierdzić należało, że E. B. przysługuje roszczenie przewidziane w art. 446 § 3 i 4 k.c. w związku ze śmiercią P. R. (1). Jej syn - powód T. B. traktował P. R. (1) jak ojca. Relacje między nimi były poprawne, dobrze się rozumieli. Powód zawsze mógł liczyć na pomoc i wsparcie partnera życiowego matki. Tym samym, również T. B. jako osobie bliskiej zmarłego przysługuje roszczenie z art. 446 § 3 i 4 k.c.

Przechodząc do omówienia istoty sprawy, Sąd I instancji uznał, że powodowie nie wykazali, zgodnie z treścią przepisu art. 6 k.c., że lekarze Samodzielnego Publicznego ZOZ (...) Szpitala (...) im. (...) w Ł. (...) Szpitala (...) w Ł. oraz Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum (...)w Ł. podczas leczenia P. R. (1) popełnili błąd w sztuce medycznej skutkujący śmiercią P. R. (1), a ich działanie było zawinione.

Przesłankami odpowiedzialności na podstawie art. 430 k.c. są: wyrządzenie szkody osobie trzeciej przez podwładnego, wina podwładnego, wyrządzenie szkody przy wykonywaniu przez podwładnego powierzonej mu czynności.

Nadto między osobą powierzającą wykonanie czynności, a tym komu czynność powierzono, musi istnieć stosunek zwierzchnictwa i podporządkowania. Zwierzchnikiem jest ten, kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy jej wykonywaniu podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek. W doktrynie i judykaturze przyjmuje się, że chodzi o pojęcie podporządkowania tylko ogólnooorganizacyjne. W konsekwencji tego, stosunkiem podporządkowania obejmuje się także działania zatrudnionych w zakładzie fachowców, którym przysługuje stosunkowo szeroki zakres samodzielności w podejmowaniu decyzji, np. w odniesieniu do działania lekarzy w zakresie diagnozy i terapii (stanowisko takie zostało przedstawione w tezie 8 do art. 430 k.c. Komentarz do Kodeksu Cywilnego Księga Trzecia, Zobowiązania tom 1, pod redakcją Gerarda Bieńka, Wydanie 7 LexisNexis Warszawa 2006 s. 389).

Warunkiem odpowiedzialności pozwanych Szpitali jest zatem kumulatywne spełnienie wszystkich wymienionych wyżej przesłanek.

W nauce prawa cywilnego i orzecznictwie, przyjmuje się, że lekarz ponosi winę za powstanie szkody, jeżeli nie zastosował właściwych środków w należyty sposób. Przez „zastosowanie właściwych środków” rozumie się takie fachowe postępowanie (np. zastosowanie właściwej kuracji, przeprowadzenie określonego zabiegu), które w danej sytuacji było wskazane z medycznego punktu widzenia. Postępowanie odmienne określane zazwyczaj jest jako błąd w sztuce lekarskiej. Natomiast przez pojęcie „w należyty sposób” należy rozumieć dołożenie takiej staranności, jaka w określonej sytuacji była należna, wymagana i potrzebna.

Przez błąd lekarski należy rozumieć obiektywny element winy. Stwierdzenie błędu lekarza dostarcza jedynie naukowych kryteriów oceny postępowania lekarza i oznacza jedynie, że postępowanie lekarza wywołuje określone zastrzeżenia z naukowego punktu widzenia. Stanowi jedynie teoretyczną ocenę tego postępowania, którą następnie należy skonfrontować z pełnym zakresem powinności lekarza i konkretnymi warunkami, w jakich miało miejsce jego postępowanie (tak M. Sośniak „Cywilna odpowiedzialność lekarza”, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1977, s. 98-100).

W piśmiennictwie prawniczym istnieje rozróżnienie błędu diagnostycznego (rozpoznania), błędu prognozy (rokowania) oraz błędu w leczeniu (terapeutycznego).

Błąd diagnostyczny polega bądź na mylnym stwierdzeniu nieistniejącej choroby, bądź częściej na nie rozpoznaniu rzeczywistej choroby pacjenta. W toku postępowania, w którym powód zarzuca popełnienie błędu diagnostycznego należy ustalić, czy błędne rozpoznanie było usprawiedliwione występującymi objawami, czy też wynikało z przyczyn zawinionych przez lekarza (np. nieprzeprowadzenie dodatkowych badań, mylnego odczytania wyniku badania, zaniechania konsultacji z innym specjalistą). Mimo takiego błędu lekarz nie odpowiada, gdy przedsięwziął wszystko, co w danych okolicznościach było konieczne i możliwe, gdyż nie można od niego wymagać nieomyślności.

Błąd terapeutyczny zachodzi w przypadku niewłaściwej metody lub wadliwego sposobu leczenia. Błąd terapeutyczny może polegać także na przeprowadzeniu zabiegu pomimo istnienia w tym względzie przeciwwskazań lekarskich.

Spowodowanie szkody na osobie w warunkach błędu medycznego jest specyficzną postacią deliktu prawa cywilnego, którego powstanie wymaga zaistnienia przesłanek odpowiedzialności z tytułu czynu niedozwolonego, czyli szkody, winy i adekwatnego związku przyczynowego.

Błąd w sztuce medycznej jest jedynie obiektywnym elementem winy lekarza wykonującego czynności medyczne, stanowi bowiem czynność (zaniechanie) lekarza w zakresie diagnozy i terapii, niezgodną z nauką medycyny w zakresie dla lekarza dostępnym. Subiektywnym natomiast elementem koniecznym dla przypisania winy lekarzowi jest jego umyślność lub niedbalstwo. Stwierdzenie błędu w sztuce medycznej, w kontekście odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej, w którym miała miejsce interwencja lekarza, jest natomiast całkowicie niezależne od osoby konkretnego lekarza oraz od okoliczności podjęcia czynności medycznej. Innymi słowy w sprawie, w której powód wywodzi odpowiedzialność jednostki medycznej ze zdarzenia, którym jest błąd w sztuce lekarskiej, lekarz odpowiada na zasadzie winy, którą można mu przypisać tylko w wypadku wystąpienia elementu obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości postępowania. Element obiektywny występuje w wypadku naruszenia zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii, zaś element subiektywny wiąże się z zachowaniem przez lekarza staranności, ocenianej przy przyjęciu kryterium wysokiego poziomu przeciętnej staranności zawodowej (por. wyrok SN z 18.01.2013 roku, IV CSK 431/12, niepubl.).

Odnosząc się do przesłanki odpowiedzialności z tytułu czynu niedozwolonego w postaci adekwatnego związku przyczynowego Sąd I instancji przytoczył treść przepisu art. 361 § 1 k.c., zgodnie z którym zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła. Zatem, warunkiem skutecznego domagania się naprawienia szkody na osobie (oprócz faktu jej wyrządzenia)

jest adekwatny związek przyczynowy pomiędzy określonym faktem, z którym norma prawna wiąże obowiązek odszkodowawczy a szkodą, w tym przypadku śmiercią P. R. (1).

Badając istnienie adekwatnego związku przyczynowego najpierw stwierdzamy istnienie między badanym zachowaniem a szkodą powiązania typu *conditio sine qua non* (tzw. Test warunku koniecznego). Stwierdzenie natomiast, że pomiędzy zachowaniem a powstaniem szkody istnieje związek przyczynowy typu *conditio sine qua non* pozwala przejść do drugiego etapu, polegającego na badaniu, czy jest to związek przyczynowy normalny (adekwatny). W orzecznictwie następstwo uznawane jest za „normalne”, jeśli „w danym układzie stosunków i warunków oraz w zwyczajnym biegu rzeczy, bez zaistnienia szczególnych okoliczności, szkoda jest zwykłym następstwem” tego zdarzenia (zob. wyrok SN z 26.01.2006 r., II CK 372/05, L.; wyrok SN z 28.04.2004 r., III CK 495/02, LEX).

Natomiast, w wyroku z dnia 20 października 2011 roku wydanym w sprawie o sygn. akt III CSK 351/10 (LEX) Sąd Najwyższy podkreślił, że normalnymi następstwami zdarzenia, z którego wynika szkoda, są te, które tego rodzaju zdarzenie jest w stanie wywołać w zwyczajnym biegu rzeczy, a nie tylko na skutek szczególnego zbiegu okoliczności, który z reguły je wywołuje. Natomiast anormalne jest następstwo, gdy doszło do niego z powodu zdarzenia niezwykłego, nienormalnego, niemieszczącego się w granicach doświadczenia życiowego, na skutek nadzwyczajnego zbiegu okoliczności, którego przeciętnie nie bierze się w rachubę.

Podstawowym zagadnieniem w rozpoznawanej sprawie było wyjaśnienie, czy podczas leczenia w pozwanych Szpitalach P. R. doszło do błędu medycznego. Z kolei na tak postawione pytanie Sąd I instancji udzielił odpowiedzi negatywnej.

W odniesieniu do oceny działania lekarzy pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) (...) w Ł. – (...) Szpitala (...) w Ł. stwierdzono, że były one prawidłowe, zgodne z wiedzą i sztuką medyczną.

P. R. (2) miał wadę serca w postaci niedomykalności zastawki mitralnej III/IVo z wypadaniem płotka tylnego i niedomykalność zastawki trójdziałnej II/IIIo w okresie hemodynamicznym wg (...), która istotnie wpływała na jego życie, ograniczając codzienne funkcjonowanie. Mimo prowadzonego od 2009 roku leczenia w Poradni Kardiologicznej wyżej wskazanego pozwanego Szpitala, P. R. (1) wymagał zastosowania leczenia operacyjnego, do którego został zakwalifikowany w dniu 8 lutego 2012 roku po konsultacji kardiologicznej oraz uprzednim pobycie w tym Szpitalu i przeprowadzeniu badań kontrolnych, w tym koronarografii. P. R. (1) wyraził świadomą zgodę na proponowane leczenie. Został poinformowany o chorobie, którą u niego rozpoznano, o sposobach leczenia oraz o możliwości powikłań i ewentualnych następstwach zabiegu. Wykonany w dniu 28 lutego 2012 roku w pozwanym Szpitalu im. WAM zabieg operacyjny był powikłany migotaniem przedsionków, a następnie (...), (...)/PAT i pauzami do 5 s. Stan ogólny P. R. (1) był dobry, rana pooperacyjna goiła się.

Z dokonanych przez Sąd I instancji ustaleń faktycznych wynika, że wszystkie czynności diagnostyczne podjęte w pozwanym Szpitalu im. WAM przed zakwalifikowaniem P. R. (1) do leczenia operacyjnego - plastyki zastawki mitralnej były prowadzone prawidłowo i zgodnie z zasadami wiedzy i sztuki medycznej. Zabieg plastyki zastawki mitralnej był zabiegiem przeprowadzonym w celu ratowania zdrowia i życia P. R. (1). Również sposób przeprowadzenia w dniu 28 lutego 2012 roku zabiegu operacyjnego, jak i postępowanie po operacji wobec P. R. (1) były prawidłowe. W szczególności prawidłowo stosowano lek A. w celu zmniejszenia zatorowości obwodowej, w tym udaru niedokrwiennego mózgu. Prawidłowe były zastosowane dawki leku, w odniesieniu do obserwowanego wskaźnika krzepnięcia krwi (...). Prawidłowo została zastosowana u P. R. (1) antybiotykoterapia w okresie okołoperacyjnym oraz leczenie lekiem sterydowym E., najpewniej w celu poprawy przyśpieszenia pasma odnowy tworzenia elementów morfotycznych. Jak wynika z opinii biegłego sądowego prof. A. G. stosowanie wymienionych leków mogło przytłumić objawy występującego u P. R. (1) zakażenia.

Prawidłowe, zgodne z wiedzą i sztuką medyczną było również zastosowane leczenie P. R. (1) z uwagi na zaburzenia rytmu serca w Klinice (...) pozwanego Szpitala (...) w dniach 16 - 22 marca 2012 r. Wobec nieskuteczności leczenia farmakologicznego zasadnie wykonano zabieg kardiowersji elektrycznej, uzyskując powrót rytmu zatokowego serca oraz zastosowano prawidłowe leczenie lekiem A.. Postępowanie to było właściwe, a P. R. wyraził świadomą zgodę na

proponowane leczenie, gdyż – jak wynika z dokumentacji – migotanie przedsionków przerodziło się w trzepotanie i wymagało bezwzględnego działania. P. R. (1) miał wykonane wszystkie wskazane badania. Nie gorączkował, jego stan był stabilny. Zgłaszane w nocy 21/22 marca 2012 roku drętwienia ustąpiły. Przeprowadzone badanie neurologiczne nie wykazało żadnych nieprawidłowości.

Poza zastosowanym leczeniem i wykonanymi badaniami diagnostycznymi P. R. (1) nie wymagał żadnych dodatkowych badań przed wypisaniem do domu, aniżeli te, które zostały wykonane. Z karty gorączkowej wynika, że w dniu wypisu, ani w okresie poprzedzającym P. R. (1) nie gorączkował. Brak było podstaw do wykonania badań mających na celu określenie wysokości białka c reaktywnego, w tym w szczególności wykonania badania (...). Takich badań standardowo u pacjentów kardiologicznych nie przeprowadza się. U P. R. (1) nie było oznak stanu zapalnego w obrębie operowanego miejsca - rana goiła się prawidłowo. Fakt wykonania poprzedniego dnia kardiowersji u P. R. (1) nie stanowił przeciwwskazania do wypisania go do domu w dniu 22 marca 2012 roku, wobec uzyskania dobrego efektu terapeutycznego w postaci uzyskania prawidłowego rytmu zatokowego serca. Wbrew zawartym w pozwie twierdzeniom powodów w dniu wypisu ze Szpitala(...)P. R. (1) nie miał zaburzeń ze strony układu krążenia, co zostało potwierdzone wykonanymi badaniami diagnostycznymi.

Przetoka przedsionkowo – przelykowa jest bardzo rzadko występującym powikłaniem u pacjentów poddanych ablacji migotania przedsionków- występuje u 0,03- 0,5% pacjentów podanych temu zabiegowi. Biorąc pod uwagę ogólny stan zdrowia pacjenta po ciężkiej operacji kardiochirurgicznej, powikłanej migotaniem przedsionków trudno czynić lekarzom pozwanego Szpitala (...)zarzut, iż nie mieli podejrzenia wystąpienia u P. R. (1) wystąpienie przetoki, zwłaszcza, że w dniu 22 marca 2012 roku w powyższym Szpitalu (...) nie miał żadnych objawów tego powikłania. Sam fakt, iż czuł się tego dnia osłabiony i był podenerwowany, a nadto miał wcześniej stosowane leki działające przeciwzapalnie (antybiotyk, E.) nie stanowił wskazań medycznych do przedłużania jego pobytu w powyższym pozwanym Szpitalu, ani podejrzenia występowania tego powikłania.

Niewątpliwym jest, że gdyby P. R. (2) w czasie pojawienia się objawów istnienia przetoki przedsionkowo – przelykowej znajdował się w wyspecjalizowanym szpitalu, jego szanse na przeżycie byłyby większe, co nie oznacza, że u P. R. (1) możliwe było uzyskanie takiego właściwie korzystnego wyniku leczenia. Biorąc jednak pod uwagę stan zdrowia pacjenta, w tym w szczególności stosowaną terapię w celu zmniejszenia krzepliwości, nie było możliwe wykonania szybkiego zabiegu operacyjnego P. R. (1), a nawet wykonanie badań diagnostycznych w celu potwierdzenia jej wystąpienia. Wskazać też należy, że powikłanie w postaci przetoki przedsionkowo – przelykowej mimo przeprowadzonego zabiegu operacyjnego w 90 % prowadzi do zgonu pacjenta. Nadto istotnym jest, iż mimo wystąpienia objawów przetoki u P. R. (1) w dniu 23 marca 2012 roku rozpoznania tego, mimo prowadzonej szerokiej diagnostyki nie postawiono w pozwanym Wojewódzkim Wielospecjalistycznym Centrum (...)w Ł.. Wystąpienie u P. R. (1) przetoki przedsionkowo – przelykowej stwierdzili dopiero lekarze patolodzy po przeprowadzeniu autopsji.

Nadto wskazano, że z opinii biegłego wydającego opinię w rozpoznawanej sprawie, jak i z oceny dokonanej przez lekarzy wykonujących autopsję P. R. (1) wynika, że P. R. (1) zmarł z powodu ostrej niewydolności krążeniowo – oddechowej w przebiegu ogniska krwotocznego mózgu perforacji lewego przedsionka serca. Brak jest wystarczających podstaw do przyjęcia, że przetoka przedsionkowo – przelykowa była przyczyną zgonu P. R. (1), wobec rozległego uszkodzenia ośrodków centralnego układu nerwowego w następstwie zażywania leków zmniejszających krzepliwość, których przyjmowanie było niezbędne z uwagi na schorzenie występujące u P. R. (1), w celu zabezpieczenia go przed wystąpieniem zatoru. Zmniejszanie krzepliwości krwi za pomocą A. wiąże się ze wzrostem ryzyka krwotoku śródczaszkowego, jednak korzyści ze stosowania leku przewyższają ryzyko wystąpienia powikłań krwotocznych. Istotnym przy tym jest, że zalecane P. R. (1) dawki stosowania wymienionego leku były właściwe z uwagi na jego stan zdrowia i zastosowane leczenie.

Biorąc pod uwagę powyższe rozważania Sąd I instancji doszedł do przekonania, iż nie istnieją podstawy odpowiedzialności pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) (...)w Ł. – (...) Szpitala (...) w Ł. na podstawie art. 430 k.c. wobec braku adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy postępowaniem personelu medycznego wyżej wskazanej pozwanej jednostki a śmiercią P. R. (1).

Także w odniesieniu do oceny działania lekarzy pozwanego Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum (...)w Ł. w stosunku do P. R. (1) Sąd I instancji uznał, iż były one prawidłowe, zgodne z wiedzą i sztuką medyczną. Przeprowadzone czynności diagnostyczne i lecznicze wobec P. R. (1), z uwagi na powstały udar mózgu i skrzeplinę w jamie lewego przedsionka serca były przeprowadzone prawidłowo i zgodnie z zasadami sztuki i wiedzy medycznej. W chwili przyjęcia do wyżej wskazanego Szpitala stan P. R. (1) był bardzo poważny i rokowanie było niepomyślne. Ciężki stan ogólny pacjenta w chwili jego przyjęcia spowodowany był uszkodzeniem w obrębie ośrodkowego układu nerwowego. Brak było podstaw do podejrzewania występowania u P. R. (1) przetoki przedsionkowo – przełykowej oraz podjęcia diagnostyki w tym kierunku i wdrożenia leczenia takiego schorzenia. Jak wynika z wiarygodnej opinii biegłego sądowego z zakresu kardiologii prof. A. G. wszystkie czynności diagnostyczne podjęte w celu stwierdzenia wystąpienia przetoki mogły pogorszyć stan pacjenta. Wszystkie badania, które wiązałyby się z wejściem do przełyku są u takiego pacjenta przeciwwskazane. Z badania echo kardiologicznego wykonanego w dniu 23 marca 2012 roku w pozwanym Centrum wynika, że frakcja wyrzutowa serca P. R. (1) była prawidłowa, zatem serce jako mięsień pracowało dobrze. Poważny stan P. R. (1) uniemożliwiał jego leczenie operacyjne. Zadaniem lekarzy było w pierwszej kolejności przywrócenie równowagi podstawowych paramentów życiowych, gdyż wykonanie zabiegu operacyjnego w takim stanie, w jakim P. R. (1) się znajdował, przy uwzględnieniu wskaźnika (...) wynoszącego 3,36, groziło jego zgonem. Nadto z opinii lekarzy przeprowadzających sekcję zwłok wynika, że P. R. (1) zmarł z powodu ostrej niewydolności krążeniowo-oddechowej w przebiegu ogniska krwotocznego mózgu i perforacji lewego przedsionka serca.

Biorąc to wszystko pod uwagę, Sąd I instancji oddalił powództwo w całości, jako nieuzasadnione w stosunku do obu pozwanych Szpitali.

Na podstawie art. 102 k.p.c. Sąd I instancji postanowił nie obciążać powodów kosztami zastępstwa procesowego pozwanych Szpitali oraz na zasadzie art. 113 ust. 4 ustawy z dnia 28 lipca 2005 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz.U. Nr 167, poz. 1398 ze zm.) nie obciążył ich nieuiszczonymi kosztami sądowymi, które to koszty przejął na rachunek Skarbu Państwa. Wskazał, że zastosowanie ww. przepisów powinno być oceniane w całokształcie okoliczności, które by uzasadniały odstępstwo od podstawowych zasad decydujących o rozstrzygnięciu w przedmiocie kosztów procesu. Do kręgu tych okoliczności należą zarówno fakty związane z samym przebiegiem procesu, jak i okoliczności leżące na zewnątrz procesu, zwłaszcza dotyczące stanu majątkowego oraz sytuacji życiowej strony. Powinny one być oceniane przede wszystkim z uwzględnieniem zasad współżycia społecznego.

W niniejszej sprawie Sąd I instancji doszedł do przekonania, że zasady współżycia społecznego przemawiają za nie obciążaniem powodów żadnymi kosztami w tej sprawie.

Apelację złożyli powodowie zarzucając:

1. naruszenie prawa materialnego, a w szczególności:art. 415 k.c. w związku z art. 361 kc poprzez jego błędną wykładnię w konsekwencji oddalenie powództwa pomimo wykazania przez powodów błędów w procesie leczenia podczas pobytu w pozwanym Szpitalu pomiędzy nimi a śmiercią P. R. (1).

2. naruszenie prawa procesowego w szczególności:

a) art. 233 §1 k.p.c. poprzez dowolną a nie swobodną ocenę materiału dowodowego a w konsekwencji odmowę uznania związku przyczynowego pomiędzy przedwczesnym wypisem ze Szpitala a zgonem Pana R..

b) art. 278 k.p.c. poprzez oparcie rozstrzygnięcia na nielogicznej opinii biegłego kardiologa. Nielogiczność polegała na tym, iż biegły z jednej strony wskazywał, iż pacjent został zbyt wcześnie wypisany ze Szpitala (...), nie wykonano badania (...), które powinno być wykonane po zabiegu operacyjnym i mogło pomóc we wcześniejszym wykryciu przetoki, zdaniem opiniującego wystąpienie powikłania w postaci przetoki, gdy pacjent znajduje się w wysokospecjalistycznym szpitalu, który wykonywał zabieg ablacji daje znacznie większe szansę przeżycia, a jednocześnie stwierdził, iż nie doszło do błędu medycznego.

c) art.278 k.p.c. poprzez oddalenie wniosku o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego kardiochirurga w sytuacji, gdy niezbędne było uzyskanie wiadomości specjalistycznych, w szczególności w zakresie momentu powstania przetoki i możliwości jej zdiagnozowania bezpośrednio po zabiegu ablacji. Profesor G. wskazał, iż najprawdopodobniej przetoka powstała w trakcie wykonywania zabiegu ablacji. Biegły jest kardiologiem a nie kardiochirurgiem i nigdy nie przeprowadzał takiego zabiegu.

d) art. 299 k.p.c. poprzez pominięcie przeprowadzenia dowodu z przesłuchania stron, podczas gdy do wyjaśnienia pozostały istotne dla rozstrzygnięcia sprawy okoliczności.

Powodowie wnieśli o:

1. zmianę zaskarżonego wyroku w całości i zasądzenie od pozwanych na rzecz Powodów odpowiednio kwoty 152.840 zł. i 130.000 zł., z odsetkami ustawowymi od dnia 1.12.2012 roku do dnia zapłaty, oraz kosztów procesu za pierwszą instancję według norm przepisanych.

ewentualnie o uchylenie wyroku i przekazanie sprawy do rozpoznania sądowi I instancji.

2. zasądzenie od Pozwanego na rzecz Powodów kosztów postępowania apelacyjnego według norm przepisanych.

3. dopuszczenie dowodu z opinii biegłego kardiochirurga na okoliczności jak w pozwie.

4. dopuszczenie dowodu z przesłuchania stron.

Pozwani wnieśli o oddalenie apelacji i zasądzenie zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego.

Zażalenie na postanowienie zawarte w pkt. 2 wyroku złożył pozwany Wielospecjalistyczne Centrum (...) w Ł., zaskarżając je w części, dotyczącej nieobciążenia powodów E. B. i T. B. kosztami zastępstwa procesowego na rzecz tego pozwanego.

Zaskarżonemu postanowieniu zarzucono naruszenie przepisów prawa procesowego tj.:

art. 328 § 2 k.p.c. poprzez niewskazanie w treści uzasadnienia faktów i dowodów na których oparł się sąd rozstrzygając o nieobciążeniu powodów kosztami zastępstwa procesowego;

art. 98 § 1 k.p.c. poprzez jego niezastosowanie i odstąpienie od zasądzenia od powodów na rzecz pozwanego kosztów zastępstwa procesowego;

art. 102 k.p.c. poprzez jego niewłaściwe zastosowanie i przyjęcie, że w sprawie zachodziły szczególne okoliczności uzasadniające odstąpienie od zasądzenia od powodów na rzecz pozwanego kosztów zastępstwa procesowego

Skarżący wniósł o zmianę zaskarżonego postanowienia poprzez zasądzenie od powodów na rzecz pozwanego kosztów procesu w wysokości 7.200,00 wraz z opłatą skarbową od pełnomocnictwa w wysokości 17,00 zł za postępowanie przed sądem I instancji oraz o zasądzenie od powodów na rzecz pozwanego kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu zażaleniowym, według norm prawem przepisanych.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja nie jest zasadna i podlega oddaleniu, a zażalenie podlega odrzuceniu

Sąd Apelacyjny podziela i uznaje za własne ustalenia faktyczne Sądu Okręgowego w Łodzi. Są one bardzo szczegółowe, w pełni kompletne i wyczerpują zgromadzony w niniejszej sprawie obszerny materiał dowodowy.

W złożonej apelacji powodowie podnieśli zarówno zarzuty naruszenia prawa materialnego, jak i procesowego. Sąd odwoławczy odnie się w pierwszym rzędzie do zarzutów dotyczących naruszenia prawa procesowego uznając, że tylko prawidłowo ustalony stan faktyczny umożliwia właściwe zastosowanie prawa materialnego.

Podniesione przez powodów zarzuty naruszenia prawa procesowego koncentrowały się na postępowaniu dowodowym i wskazywały na uchybienia polegające na dowolnej ocenie nielogicznej opinii biegłego przyjmującej, że nie doszło do błędu medycznego mimo przedwczesnego wypisania za szpitala i niewykonania badania (...), które mogło pomóc we wcześniejszym wykryciu przetoki przedsiolkowo przełykowej, a także na oddaleniu wniosków o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego kardiochirurga i z przesłuchania stron.

Zarzut naruszenia przepisu art. 299 k.p.c. poprzez nieprzeprowadzenie przez Sąd I instancji dowodu z przesłuchania powodów w charakterze strony jest nietrafny. Uchybienia powołanej normie procesowej skarżący upatrywali w pominięciu tego dowodu i niewyjaśnieniu wszystkich istotnych okoliczności przedmiotowej sprawy. Odnosząc się do tego należy przypomnieć, że dowód z przesłuchania stron ma charakter subsydiarny, a zatem potrzeba jego przeprowadzenia materializuje się wtedy, gdy pozostały niewyjaśnione fakty istotne dla rozstrzygnięcia sprawy. W judykaturze podkreśla się, że kwestia konieczności przeprowadzenia dowodu z przesłuchania strony należy do zakresu swobodnej decyzji sądu opartej na analizie zgromadzonego materiału dowodowego w zakresie jego spójności i zupełności. Dowód z przesłuchania strony nie ma charakteru obligatoryjnego, a jego przeprowadzenie konieczne jest wówczas, gdy nie ma możliwości przeprowadzenia innych dowodów, lub gdy brak jest dowodów. W rezultacie nieprzesłuchanie strony może stanowić naruszenie art. 299 k.p.c. tylko wówczas, gdy mogło ono wpłynąć na wynik sprawy, rozumiany jako wyjaśnienie wszystkich istotnych i spornych okoliczności dotyczących stosunków prawnych pomiędzy stronami sporu, albo gdy dowód z przesłuchania strony był jedynym dowodem, którym dysponował sąd (tak min. SN w wyroku z dnia 18 lutego 2010 r. w sprawie II CSK 369/09, Lex nr 570129). Taki stan rzeczy w niniejszej sprawie nie występował.

Odnosząc się do zarzutów do opinii biegłego kardiologa i oddalenia wniosku o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego kardiochirurga wskazać należy w pierwszym rzędzie, że P. R. (1) był leczony kardiologicznie w racji istotnych wad serca tj. niedomykalności zastawek mitralnej i trójdzielnej z towarzyszącym migotaniem przedsionków. Został zakwalifikowany do leczenia operacyjnego zastawek w warunkach krążenia pozaustrojowego.

Wobec występowania po zabiegu napadowego migotania / trzepotania przedsionków podjęto leczenie kardiologiczne. P. R. (1) został przeniesiony do Kliniki (...). Leczenie miało przywrócić zatokowy rytm pracy serca i ten cel został osiągnięty.

W pozwie strona powodowa wnioskowała o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego z zakresu kardiologii na okoliczność prawidłowości postępowania obu pozwanych. Sąd Okręgowy uwzględnił wniosek, a wobec prowadzonego leczenia kardiochirurgicznego i kardiologicznego w piśmie z dnia 16 września 2017 roku zwrócił się do Konsultanta Krajowego w dziedzinie Kardiologii o wskazanie biegłego kardiologa ze znajomością kardiochirurgii, który mógłby wydać opinię w niniejszej sprawie. Konsultant Krajowy prof. J. K. (3) wskazał Sądowi nazwiska trzech profesorów – Wojewódzkich Konsultantów z dziedziny Kardiologii. Jednym z nich był prof. A. G., który wydał opinię w niniejszej sprawie.

Na wniosek powodów opinia była przez biegłego ustnie uzupełniana. Sąd odroczył rozprawę umożliwiając powodom ustaosunkowanie się do opinii. W pismach z 1 i 14 czerwca 2018 roku powodowie podawali, że prof. A. G. jest kardiologiem i nie wykonuje zabiegów, które doprowadziły do powstania przetoki, wskazanym więc jest dopuszczenie dowodu z uzupełniającej opinii specjalisty znającego z praktyki problematykę będącą przedmiotem tej sprawy. Ewentualnie powodowie wnosili o dopuszczenie dowodu z uzupełniającej opinii prof. G., precyzując kierowane do niego pytania (k- 482-483).

Sąd uwzględnił wniosek powodów i wezwał na rozprawę biegłego, który ponownie szeroko uzupełnił wydaną opinię. Złożone po tej rozprawie pismo powodów opatrzone datą 23 listopada 2018 roku stwierdzające: „Biegły w opinii

uzupełniającej odniósł się do wszystkich pytań (...). Odpowiedź na wszystkie pytania zgodna była z twierdzeniami powodów.” wskazuje na pełną akceptację wydanej opinii. Co więcej w tym piśmie powodowie nie powoływali się już na potrzebę dopuszczenia dowodu z opinii kardiochirurga, a jedynie dowodu z przesłuchania stron (k- 490 – 492).

W tej sytuacji za całkowicie niezrozumiałe należy uznać zupełnie przeciwne twierdzenia apelacji, że szczegółowe wyjaśnianie przez biegłego wszelkich kwestii podczas dwóch rozpraw czyniło opinię niespójną, bo: „biegły wielokrotnie zmieniał zdanie w kluczowych aspektach, takich jak przyczyna powstania przetoki, zasadność wykonania badań (...). Biegły zapoznawał się z dokumentacją medyczną ad hoc na rozprawie, odpowiadał na pytania chaotycznie i niewyczerpująco”.

Pomijając powyższą oczywistą niekonsekwencję wyrażanego przez powodów stanowiska stwierdzić należy, że podniesiony zarzut błędnego oddalenia dowodu z opinii biegłego kardiochirurga jest chybiony także z przyczyn merytorycznych.

Występowanie przetoki przełykowo sercowej zostało rozpoznane dopiero podczas badania sekcyjnego. Wcześniejsze badania serca zarówno te prowadzone śródoperacyjnie i te wykonywane w okresie pooperacyjnym nie wykazywały występowania jakichkolwiek nieprawidłowości mogących wskazywać powstanie przetoki lub skutkować możliwością jej powstania w późniejszym okresie.

Biegły szczegółowo analizował te kwestie, a wyjaśniając prawdopodobną przyczynę powstania przetoki przełykowo sercowej podawał, że w jego ocenie nie było to spowodowane przewlekłym procesem chorobowym, a raczej działaniem mechanicznym podczas zabiegu. Z kolei sekcyjne rozpoznanie mikroropni z koloniami bakterii i ogniskami martwicy wskazuje na istnienie zapalnej przyczyny powstania tej przetoki. Jak podawał biegły nie można też wykluczyć współistnienia obu przyczyn tj. mechanicznego uszkodzenia struktury tkanek podczas śródoperacyjnego wykonywania ablacji endokawitarnej, mogącym skutkować zwiększoną podatnością na powstanie stanu zapalnego, albo odwrotnie tj. albo zwiększoną podatność tkanki na uszkodzenie podczas takiej ablacji wobec wcześniejszego stanu zapalnego.

W konsekwencji ustalenie jednoznacznej przyczyny i czasu powstania przetoki przełykowo - sercowej nie było możliwe. Wiadomo tylko z całą pewnością, że przetoka nie istniała w momencie przeprowadzania po zoperowaniu zastawek kontrolnej echokardiografii przełykowej. Jest to bardzo dokładne badanie sprawdzające prawidłowość zabiegu, a ono wykazało jego całkowitą skuteczność i brak jakichkolwiek cech patologicznych przepływów. Kolejne dwie echokardiografie przeprowadzane przezklatkowo w dniach 9 i 16 marca 2012 roku również nie wykazały żadnych niepożądanych przepływów. Przetoki nie powoduje występujące trzepotanie przedsionków, ani zabieg kardiowersji elektrycznej, choć jego przeprowadzenie mogło mieć w tym wypadku znaczenie (ustna opinia biegłego z dnia 10 maja 2018 roku nagranie od 00:21 do 01:20 minuty oraz ustna opinia biegłego z 15 listopada 2018 roku nagranie od 00:10 do 00:24).

Omówione w opinii możliwe przyczyny powstania przetoki prowadzą do wniosku, że najbardziej prawdopodobne jest wystąpienie jej, jako późnego powikłania zabiegu ablacji endokawitarnej z komponentem zapalnym. W piśmiennictwie podaje się, że taka późna przetoka może wystąpić nawet w okresie do 40 dni po zabiegu i jest bardzo trudna diagnostycznie z uwagi na nieswoiste objawy. Wynika nie tylko z opinii biegłego, ale również z przedłożonego przez powodów opracowania medycznego (k- 454-462).

Wbrew twierdzeniom apelacji biegły szczegółowo odniósł się również do kwestii przeprowadzenia badania (...), będącego wykładnikiem istnienia stanu zapalnego. Z opinii wynika, że w Klinikach (...) nie wykonano badania (...), ale badano leukocytozę i w obu klinikach była w normie. Nie występowały zmiany gorączkowe. W okresie pooperacyjnym temperatura wahała się od 36,1 do 37,1 st. C, a w Klinice (...) od 35,8 do 36,8 st. C. Nie było żadnych objawów stanu zapalnego, a prowadzenie antybiotykoterapii stanowiło stosowane standardowo leczenie pooperacyjne.

Zdaniem biegłego badanie (...) kontrolnie powinno być wykonane, przy czym w razie podwyższonego wyniku należałoby je powtórzone. Podkreślenia jednak wymaga, że u P. R. (1) podwyższenie (...) mogło wynikać z wielu różnych przyczyn i wcale nie dowodziłoby istnienia przetoki. Natomiast, gdyby takie badanie przeprowadzono i w dniu

22 marca 2012 roku występowałyby tendencja rosnąca, to byłoby to wskazanie do wydłużenia hospitalizacji (ustna opinia biegłego z 15 listopada 2018 roku nagranie od 00:10 do 00:24).

Mając na uwadze przytoczone powyżej wypowiedzi biegłego co do możliwych przyczyn powstania przetoki i wykonywania badania (...) nie można się zgodzić z twierdzeniem uzasadnienia apelacji co do niespójności opinii w tym względzie, czy jej chaotycznego lub niewyczerpującego charakteru. Zdaniem Sądu Apelacyjnego sytuacja jest wręcz przeciwna, bo obie powołane przez skarżących kwestie zostały szczegółowo omówione przez biegłego i to zarówno teoretycznie jak i w odniesieniu do stanu zdrowotnego P. R..

W ocenie Sądu II instancji nie może też umykać uwadze ocena biegłego dotycząca badania echokardiologicznego przeprowadzanego 23 marca 2012 roku w Szpitalu im. (...), czyli już po utracie przytomności przez P. R. (k- 82). Powyższe badanie nie wykazało żadnych zmian mogących choćby sugerować możliwość występowania przetoki. Stwierdzono jedynie istnienie świeżej skrzepliny w jamie lewego przedsionka z dużym ryzykiem zatorowania systemowego.

Zważywszy na dwukrotne uzupełnianie opinii, przyznana przez powodów okoliczność udzielenia przez biegłego odpowiedzi na wszystkie pytania oraz przedstawioną kompletność i szczegółowość opinii, a także wielokierunkowość przeprowadzonej przez biegłego oceny, Sąd odwoławczy podzielił stanowisko Sądu Okręgowego co do braku potrzeby dopuszczenia dowodu z opinii biegłego kardiochirurga. Biegły kardiolog w pełni odniósł się do problematyki związanej z przeprowadzaną operacją wadliwych zastawek, która jest zabiegiem przeprowadzanym rutynowo. Prof. A. G. wyjaśniał szczegółowo w jakim mechanizmie i kiedy może dojść do powstania przetoki przełykowo – przedsionkowej, jakie są możliwości diagnostyczne, metody leczenia i przeszkody w jego skutecznym wdrożeniu (k-444 – 447 i 485-486).

Stanowisko powodów prezentowane przez Sądem I instancji, jak i w apelacji nie wskazuje na jakiegokolwiek nowe, czy pominięte przez biegłego kwestie, ani też nie podważa żadnych tez stawianych przez biegłego prof. A. G..

W konsekwencji nie można też zgodzić się z twierdzeniem skarżących, że niewykonywanie przez biegłego kardiologa operacji kardiochirurgicznych dowodzi braku jego kompetencji do oceny stanu P. R. (1), w tym przyczyn powstania przetoki, zwłaszcza że nie nastąpiło to podczas zabiegu, bo to wykluczyły przeprowadzone badania, lecz znacznie później - prawdopodobnie po ponad trzech tygodniach od jego wykonania.

Jak wynika z art. 286 k.p.c. sąd może zażądać dodatkowej opinii od tych samych lub innych biegłych, przy czym w konkretnych okolicznościach sprawy to sąd decyduje, czy istnieje potrzeba dopuszczenia dowodu z opinii innych biegłych i nie jest związany wnioskami stron w tym zakresie. Nie można w szczególności przyjmować, że sąd obowiązany jest dopuścić dowód z kolejnych biegłych w każdym wypadku, gdy złożona opinia jest dla strony niekorzystna. Potrzeba powołania innego biegłego powinna bowiem wynikać z okoliczności sprawy, a nie z samego niezadowolenia strony z dotychczas złożonej opinii (zob. m.in. wyrok SA w Katowicach z dnia 21.02.2013r. I ACa 943/12, LEX nr 1289421, wyrok SN z dnia 24.06.2008r. I UK 373/07, (...) wyrok SN z dnia 15.02.1974r. II CR 817/73).

W przedmiotowej sprawie wnioski profesora A. G. były jasne i przekonujące, a skoro znaczące dla istoty sprawy okoliczności zostały wyjaśnione to trafna była ocena Sądu okręgowego, że nie zachodziła potrzeba dopuszczenia dowodu z opinii biegłego kardiochirurga.

Przeprowadzona wyżej analiza opinii dowodzi bezzasadności stawianego w apelacji zarzutu dokonania jej dowolnej oceny przez Sąd I instancji. Prowadząc w tym przedmiocie konieczną analizę przede wszystkim należy podnieść, że jak wynika z ugruntowanego orzecznictwa zarzut naruszenia art. 233 k.p.c. może odnieść zamierzony skutek tylko wówczas, gdy apelujący wskazuje przyczyny dyskwalifikujące postępowanie Sądu. Skarżący powinien zatem wskazać jakie kryteria oceny naruszył Sąd przy ocenie konkretnych dowodów, uznając brak ich wiarygodności i mocy dowodowej lub niesłusznie im je przyznając.

Dowód z opinii biegłego podlega ocenie według innych kryteriów niż np. dowód z zeznań świadków. Jak wskazywał Sąd Najwyższy - Izba Cywilna „Opinia biegłego podlega, jak inne dowody ocenie według art. 233 S 1 kpc, ale odróżniają ją szczególne kryteria oceny. Stanowią je zgodność z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziom wiedzy biegłego, podstawy teoretyczne opinii, sposób motywowania oraz stopień stanowczości wyrażonych w niej wniosków. Przedmiotem opinii biegłego nie jest przedstawienie faktów, lecz ich ocena na podstawie wiedzy fachowej (wiadomości specjalnych)” (I CKN 1170/98 OSNC 2001/4 po z. 64.) Nie wystarcza przedstawienie konkluzji opinii, bo muszą być znane przesłanki, które doprowadziły do jej wydania. Uzasadnienie opinii winno być sformułowane w sposób przystępny i zrozumiały także dla osób nie posiadających wiadomości specjalnych.

Skarżący zarzucili niedostrzeżenie przez Sąd nielogiczności opinii, która ich zadaniem polegała na tym, iż biegły z jednej strony wskazywał, iż pacjent został zbyt wcześnie wypisany ze Szpitala (...) i nie wykonano u niego badania (...), które powinno być przeprowadzane po zabiegu operacyjnym i mogło pomóc we wcześniejszym wykryciu przetoki. Podnoszono również, że choć biegły przyznał okoliczność, że obciążony pacjent powinien być hospitalizowany 2-3 dni dłużej, a powikłanie w postaci przetoki, daje znacznie większe szanse przeżycia, gdy pacjent znajduje się w wysokospecjalistycznym szpitalu, to jednocześnie stwierdził, iż nie doszło do błędu medycznego.

W ocenie Sądu Apelacyjnego zarzut nielogiczności opinii jest z gruntu błędny. Przeprowadzenie badania (...) pozwalałoby na wykrycie istnienia stanu zapalnego w organizmie, a nie przetoki przełykowo sercowej. Białko C-reaktywne jest jednym z białek tzw. ostrej fazy, które pojawiają we krwi, jako konsekwencja stanu zapalnego. Takie badanie powinno być wykonane na kardiologii, a wysoki, czy podwyższony wynik wskazuje na pojawienie się stanu zapalnego. U P. R. (1) nie przeprowadzono tego badania. Chory nie gorączkował, a leukocytoza była w normie. W tym miejscu podkreślenia wymaga, że jak podawał biegły, że wystąpienie czynnika zapalnego może być związane z bardzo różnymi stanami i infekcjami, a wyższy wynik ponowionego badania świadczy o dynamice stanu zapalnego i potrzebie dalszej diagnostyki. Z zasady skutkuje to potrzebą przedłużenia hospitalizacji pozabiegowej.

Jeśli chodzi o hospitalizację chorego przyjętego z powodu migotania przedsionków, to badanie (...) nie jest badaniem wykonywanym w standardzie. Jeżeli chory nie gorączkował na oddziale elektrokardiografii, to nie było wskazań do wykonania badań (...). W standardzie takiego leczenia jest morfologia, wskaźniki wydolności nerek, badanie ogólne moczu, elektrolity.

W tym miejscu szczególnie zaakcentowania wymaga, że gdyby nawet przyjąć wykazanie badaniem (...) istnienia stanu zapalnego, to skojarzenie go z powstaniem przetoki przełykowo- sercowej po ponad 20 dniach od zabiegu jest bardzo mało prawdopodobne, skoro nawet echokardiografia przeprowadzana po utracie przytomności przez P. R. nie zawierała żadnych wskazań w tym kierunku.

Kolejną niezwykle istotną kwestią jest to, że ryzyko zgonu pacjenta z przetoką przełykowo sercową wynosi 90 %, a leczenie może być wyłącznie operacyjne.

W przypadku P. R. (1) natychmiastowe podjęcie jakiegokolwiek zabiegu operacyjnego, stanowiłoby ewidentny błąd w sztuce z racji bardzo dużego farmakologicznego obniżenia krzepliwości krwi. Konieczne było wcześniejsze lekowe zniwelowanie rozrzedzenia krwi, a to wymagało odpowiedniego czasu, którego nie było. W tym miejscu podkreślenia wymaga, że tak znaczne rozrzedzenie krwi w sytuacji zdrowotnej P. R. (1) było absolutną koniecznością, a brak wprowadzenia zmierzającego do tego leczenia np. przy zastosowaniu acenokumarolu stanowiłoby zasadniczy błąd w sztuce.

Przechodząc do akcentowanej wielokrotnie przez skarżących kwestii przedwczesnego wypisania Kliniki (...) podnieść należy, że gdyby nawet podzielać ten zarzut, to w opisanej wyżej sytuacji klinicznej P. R. (1) nawet utrzymywanie hospitalizacji po dniu 22 marca 2012 roku w wysokospecjalistycznej klinice, mającej pełne rozeznanie, co do stanu pacjenta i przeprowadzonego leczenia nie dawało realnej możliwości uratowania mu życia, zwłaszcza, że przeprowadzane badania nie wykazywały istnienia przetoki, a jej występowanie stwierdzono dopiero w badaniu sekcyjnym.

Nie można tracić z pola widzenia i tego, że oględziny i sekcja zwłok ww. wykazały m.in. ognisko krwotoczne mózgu ze zniszczeniem tkanki mózgowej, z towarzyszącym krwawieniem podpajęczynówkowym w okolicy płata czołowego mózgu po stronie lewej, krwawienie podpajęczynówkowe w okolicy płata czołowego mózgu po stronie prawej, przekrwienie i obrzęk mózgu, przetokę przelykowo – sercową spowodowaną perforacją przedniej ściany przelyku i perforacją lewego przedsionka serca w dwóch miejscach, przekrwienie i obrzęk płuc, przekrwienie śledziony, nerek i wątroby. Ostatecznie ustalono, iż P. R. (1) zmarł z powodu ostrej niewydolności krążeniowo – oddechowej w przebiegu ogniska krwotocznego mózgu i perforacji lewego przedsionka serca. Oznacza to, że powstała przetoka nie była bezpośrednią przyczyną zgonu. Nałożyły się na nią inne ciężkie schorzenia prowadzące do zgonu.

Przebyty przez P. R. udar był wpisany w ryzyko wynikające ze stosowania leków przeciwkrzepliwych. Skutkują one zawsze większą predyspozycją do krwawień i znacznie gorszymi rokowniczo predyspozycjami do następstw przerwania ciągłości tkanek i narządów, w tym mięśnia sercowego. Przy uszkodzeniu w obrębie mięśnia sercowego zwiększa się prawdopodobieństwo krwawienia w danym miejscu. Z kolei niestosowanie tych leków u P. R. groziło zmianami zakrzepowo-zatorowymi i byłoby błędem w sztuce.

Reasumując powyższe należało uznać, że analizowane zarzuty powodów kierowane do opinii biegłego są bezzasadne. Stwierdzić też należy, że omówiony stan zdrowotny P. R. (1), nie dawał żadnych podstaw podejrzewania możliwości powstania u niego przetoki przelykowo sercowej, co w połączeniu z absolutną wyjątkowością występowania tego powikłania zwłaszcza w późnym okresie pooperacyjnym (w piśmiennictwie opisano tylko jeden taki przypadek) wykluczyły możliwość przypisania pozwanym jakiegokolwiek niestaranności, czy błędu diagnostycznego pozostających w adekwatnym związku przyczynowym ze śmiercią P. R..

W konsekwencji za całkowicie chybione należało uznać twierdzenia apelacji o nielogiczności opinii wydanej przez prof. dr hab. A. G..

Nie może też być mowy o naruszeniu prawa materialnego w postaci art. 415 k.c. w zw. z art. 361k.c.

Odnosząc się do tego zarzutu stwierdzić należy, że w przypadku odpowiedzialności szpitali, które zostały pozwane w niniejszej sprawie zastosowanie znajduje prawidłowo powołany przez Sąd przepis art. 430 k.c. przesłanki stosowania tego przepisu zostały szczegółowo omówione przez Sąd I instancji, a powyższe wywoły Sąd Apelacyjny w pełni podziela i uznaje za własne. To samo dotyczy bardzo szczegółowo omówionego przepisu art. 361 § 1 k.c. W pełni trafna była ocena, że w żadnym z pozwanych szpitali nie dopuszczono się tak zwanego błędu w sztuce lekarskiej. W obu jednostkach zastosowano właściwe metody leczenia P. R. (1), a prawidłowość ich przeprowadzenia nie budzi wątpliwości.

Zupełnie odrębną kwestią jest ryzyko powikłań wiążące się zawsze z prowadzeniem leczenia zwłaszcza operacyjnego. Powikłania w postaci migotania /trzępotania przedsionków są wpisane w ryzyko operacji przeprowadzanej u P. R.. Rzadkim powikłaniem, ale prowadzącym w 90 % przypadków do zgonu jest przetoka przelykowo – przedsionkowa. Może ona wystąpić zaraz po zabiegu, ale także po dłuższym czasie od jego wykonania. Upływ czasu (nawet do 40 dni) nie wyklucza to jednak uznania jej za powikłanie pooperacyjne także w sytuacji stwierdzenia występowania czynnika zapalnego. Wykrycie powstania późnej przetoki jest bardzo trudne, bo w żaden sposób się nie uzewnętrznienia, a jej nieswoiste objawy występują przy wielu innych schorzeniach.

Aby mówić o błędzie lekarskim, czy choćby niedochowaniu należytej staranności, albo niezapewnieniu właściwej opieki, muszą wystąpić takie zachowania lub zaniechania personelu medycznego, które pozostają w adekwatnym związku przyczynowym ze stanem pacjenta, a w tym przypadku również z jego zgonem.

W niniejszej sprawie mimo bardzo obszernego materiału dowodowego, taki związek nie został wykazany. Wszystkie zastosowane procedury lecznicze były prawidłowe i podjęte we właściwym czasie, a splot powikłania operacji z powikłaniem stosowania leków przeciwzakrzepowych i wynikającej z nich niemożności pilnego podjęcia leczenia operacyjnego skutkowało śmiercią P. R. (1).

Przyczyną śmierci P. R. (1) była ostra niewydolność krążeniowo – oddechowa w przebiegu ogniska krwotocznego mózgu i perforacji lewego przedsionka serca. Rozległe uszkodzenie centralnego układu nerwowego w wyniku udaru było następstwem zażywania leków przeciwkrzepliwych, których przyjmowanie było niezbędne dla zabezpieczenia przed wystąpieniem zatoru.

Mając powyższe na uwadze, za w pełni prawidłową należy uznać ocenę Sądu Okręgowego, że w sprawie nie wykazano zaistnienia jakiegokolwiek błędu medycznego, czy braku zachowania należytej staranności przez personel medyczny, zwłaszcza pozostających w adekwatnym związku przyczynowym ze śmiercią P. R. (1). W tym stanie rzeczy złożona apelacja podlegała oddaleniu jako bezzasadna na podstawie art. 385 k.p.c.

Zważywszy na charakter sprawy, możliwość istnienia u powodów przekonania o zasadności dochodzonego roszczenia, a także ich sytuację życiową oraz majątkową, która skutkowałą całkowitym zwolnieniem ich od kosztów sądowych, Sąd Apelacyjny uznał, że zachodzą przesłanki art. 102 k.p.c. do odstąpienia od obciążenia powodów kosztami postępowania apelacyjnego.

Jeśli chodzi o zażalenie Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum (...)w Ł. na postanowienie zawarte w punkcie 2. wyroku, to podlegało ono odrzuceniu. Skarżący nie opłacił zażalenia i wniósł o zwolnienie od tej opłaty. Postanowieniem z 2 stycznia 2019 r. Sąd Okręgowy w Łodzi oddalił wniosek, a postanowieniem Sądu Apelacyjnego w Łodzi z 15 marca 2019 r. zostało doddane zażalenie Postanowienie to doręczono skarżącemu 5 kwietnia 2019 roku. Od tego momentu rozpoczął bieg tygodniowy termin do uiszczenia opłaty od zażalenia – zgodnie z art. 112 ust. 3 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (por. uchwała składu 7 sędziów Sądu Najwyższego – zasad prawna z dnia 16 marca 2017 r., sygn. akt III CZP 82/16). Termin ten upłynął bezskutecznie 12 kwietnia 2019 r. Skarżący wprawdzie uiścił opłatę od zażalenia, ale nastąpiło to po upływie terminu na dokonanie tej czynności (15 kwietnia 2019 r.)

W świetle powyższych okoliczności i na podstawie art. 370 k.p.c. w zw. z art. 397 § 2 k.p.c. w brzmieniu obowiązującym w chwili wniesienia zażalenia Sąd Apelacyjny odrzucił zażalenie jako nieopłacone w terminie.

(...)