

UZASADNIENIE

W pozwie z dnia 11 czerwca 2015 roku skierowanym przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej (...) Szpitalowi (...) Medycznej (...) w Ł. – (...) Szpitalowi (...) w Ł. oraz Wojewódzkiemu Szpitalowi (...) w Ł., który aktualnie nosi nazwę Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. K. w Ł.:

1. powódka E. B. wniosła o zasądzenie solidarnie od pozwanych na swoją rzecz kwoty 152.840 złotych z odsetkami ustawowymi od dnia 1 grudnia 2012 roku do dnia zapłaty, w tym:

- kwoty 80.000 złotych tytułem zadośćuczynienia za krzywdę wywołaną śmiercią P. R. (1);
- kwoty 50.000 złotych tytułem odszkodowania w związku z pogorszeniem się jej sytuacji życiowej;
- kwoty 22.840 złotych tytułem zwrotu kosztów pogrzebu;

2. powód T. B. wniósł o zasądzenie od pozwanych solidarnie na swoją rzecz kwoty 130.000 złotych z odsetkami ustawowymi od dnia 1 grudnia 2012 roku do dnia zapłaty, w tym:

- kwoty 80.000 złotych tytułem zadośćuczynienia za krzywdę wywołaną śmiercią P. R. (1);
- kwoty 50.000 złotych tytułem odszkodowania w związku z pogorszeniem się jego sytuacji życiowej.

W uzasadnieniu pozwu wskazano, że P. R. (1) wieloletni partner życiowy E. B. i ojczym T. B. w ciągu ostatnich kilku lat przed śmiercią był wielokrotnie pacjentem Kliniki (...) w Ł.. W okresie ostatniego pobytu, który miał miejsce w dniach 16 – 22 marca 2012 roku w Klinice (...) pozwanego Szpitala w rozpoznaniu wpisano: skuteczna kardiowersja elektryczna trzepotania przedsionków, napadowy PAT/migotanie/trzepotanie przedsionków z pauzami (do 5 sek. w trakcie powrotu do rytmu zatokowego) w przebiegu pooperacyjnym, stan po plastyce pierścienia zastawki mitralnej i plastyce zastawki trójdzielnej metodą R. oraz ablacji endokawitarnej RF w krążeniu pozaustrojowym (28.02.2012 r.). Mimo tego, iż P. R. (1) zgłaszał bardzo złe samopoczucie i dolegliwości ze strony układu krążenia, został w dniu 22 marca 2012 roku wypisany do domu z zaleceniem kontroli w Poradni Kardiologicznej za 30 dni, wykonania badania H. E. 3-4 tygodnie i przyjmowania leku przeciwkrzepliwego (A.).

W ocenie powodów, P. R. (1) został wypisany do domu pomimo bezwzględnych wskazań do przeniesienia i pobytu na oddziale kardiologicznym w celu ustabilizowania krążenia. Wypis nastąpił, choć w dniu 21 marca 2012 roku wykonano zabieg kardiowersji elektrycznej, zmierzającej do ustabilizowania rytmu serca, a jeszcze w nocy przed wypisem chory zgłaszał objawy takiej niestabilności. Od wypisu z pozwanego Szpitala stan zdrowia P. R. (1) ostro pogarszał się. W dniu 23 marca 2012 roku został on w trybie nagłym przewieziony do Szpitala im. (...) w Ł. z powodu niewydolności oddechowej i wstrząsu w przebiegu udaru krwotocznego mózgu spowodowanego polekowymi zaburzeniami krzepnięcia. Lekarze określili stan chorego jako bardzo ciężki. W dniu 24 marca 2012 roku o godzinie 9.50 stwierdzono zgon P. R. (1).

Powodowie podali, że P. R. (1) i E. B. byli wieloletnimi partnerami. Mieszkali razem, prowadzili wspólne gospodarstwo domowe, wspólnie wychowywali syna E. T. - byli od wielu lat de facto małżeństwem bez sformalizowania tegoż związku. Dla T. B. śmierć ojczyrna, którego nazywa tatą jest dla niego traumatycznym przeżyciem. W związku z tym, iż powód nie utrzymuje kontaktu z biologicznym ojcem od zawsze traktował P. R. (1) jako tatę. Biorąc pod uwagę plany życiowe zmarłego P. R. (1) oraz jego dotychczasową troskę o rodzinę powodowie mogliby liczyć na duże wsparcie z jego strony w przyszłości.

(pozew k. 2-7)

W odpowiedzi na pozew pozwany Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...) Szpital (...) Medycznej (...) w Ł. – (...) Szpital (...) w Ł. wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powodów na rzecz pozwanego kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Pozwany wniósł również o zawiadomienie o toczącym się procesie i wezwanie do udziału w sprawie w charakterze interwenienta ubocznego jego ubezpieczyciela, tj. (...) Spółki Akcyjnej w W. w związku z faktem, iż pozwany jest ubezpieczony w wymienionym Zakładzie w zakresie odpowiedzialności cywilnej podmiotu leczniczego.

Pozwany Szpital podniósł zarzut przedawnienia roszczeń powodów na podstawie art. 442¹ zd. 1 k.c., wobec śmierci P. R. (1) w dniu 24 marca 2012 roku i wystąpienia z pozwem dopiero w dniu 15 czerwca 2015 roku.

Pozwany nie uznał powództwa co do zasady, jak i co do wysokości.

W ocenie pozwanego Szpitala, powództwo oparte jest wyłącznie na dowolnej interpretacji dokumentacji medycznej oraz błędnych i subiektywnych ocenach/przypuszczeniach nie mających merytorycznego uzasadnienia. W trakcie udzielania P. R. (1) świadczeń medycznych przez personel pozwanego Szpitala nie doszło do popełnienia błędu medycznego, bądź niedołożenia należytej staranności. Personel medyczny w trakcie udzielania wszystkich świadczeń zdrowotnych działał z zachowaniem należytej staranności, zgodnie z zasadami aktualnej wiedzy i nauki medycznej. Zarówno dokumentacja medyczna, jak i wyjaśnienia lekarzy potwierdzają, że P. R. (1) opuścił Klinikę (...) w stanie pełnej wydolności układu krążenia (bez klinicznych i echokardiograficznych danych na nasilenie niewydolności serca). W dniu 22 marca 2012 roku w stanie ogólnie dobrym został on wypisany do domu. Pobyt w Klinice (...) przebiegał asymptotycznie, wobec czego brak było podstaw do wykonania badania diagnostycznego w kierunku toczącego się procesu chorobowego prowadzącego do uszkodzenia przełyku. Standardowe badanie echokardiograficzne wykonane w Klinice przed zabiegiem kardiowersji nie wykazało zmian mogących nasuwać podejrzenie przetoki. Całość postępowania personelu medycznego była właściwa i merytorycznie zasadna.

(odpowiedź na pozew k. 121-129)

W odpowiedzi na pozew pozwany Wojewódzki Szpital (...) w Ł. wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powodów na rzecz pozwanego kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Pozwany wniósł również o zawiadomienie o toczącym się procesie i wezwanie do udziału w sprawie w charakterze interwenienta ubocznego jego ubezpieczyciela, tj. (...) Spółki Akcyjnej w W. w związku z faktem, iż pozwany jest ubezpieczony w wymienionym Zakładzie w zakresie odpowiedzialności cywilnej podmiotu leczniczego.

Pozwany nie uznał powództwa co do zasady i co do wysokości, zgłaszając zarzut przedawnienia roszczenia dochodzonego przez powodów oraz braku legitymacji procesowej czynnej powodów. Pozwany podał, że osobami legitymowanymi do wystąpienia z roszczeniem odszkodowawczym są wyłącznie najbliżsi członkowie rodziny. E. B. była konkubina P. R. (1), natomiast T. B. nie łączyła ze zmarłym ani więź pokrewieństwa, ani więź prawna – bowiem nieletni powód nie został przysposobiony.

Pozwany wskazał nadto, że lekarze pozwanego Szpitala pod opieką których pozostawał po przywiezieniu w dniu 23 marca 2012 roku nie popełnili jakichkolwiek nieprawidłowości, czy błędów.

Pozwany zgłosił również zarzut przyczynienia się zmarłego P. R. (1) do powstałej po stronie powodowej szkody, wskazując, że z Karty Medycznej z dnia 23 marca 2012 roku wystawionej przez Lotnicze Pogotowie (...) wynika, że w tym dniu wzywana była już wcześniej karetka pogotowia z uwagi na stan jego zdrowia. P. R. (1) nie wyraził jednak zgody na hospitalizację. Powtórne wezwano pomoc medyczną dopiero wówczas, gdy stracił on przytomność. W ocenie strony pozwanej wyżej wskazanym postępowaniem P. R. (1) wpłynął bezpośrednio na powstanie szkody, co w konsekwencji skutkowało jego śmiercią.

(odpowiedź na pozew k. 228-236)

Zawiadomiony o toczącym się procesie na wniosek pozwanych (...) Spółka Akcyjna w W. nie przystąpił do sprawy w charakterze interwenienta ubocznego.

(dowód doręczenia k. 331)

Na mocy uchwały nr 1714/16 z dnia 21 grudnia 2016 roku Zarządu Województwa (...) w sprawie nadania Statutu Wielospecjalistycznemu Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. K. w Ł., uległa zmianie nazwa pozwanego Wojewódzkiego Szpitala (...) w Ł. na Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. K. w Ł..

(uchwała k. 404-406)

Sąd Okręgowy dokonał następujących ustaleń faktycznych:

P. R. (1) od 2009 roku pozostawał pod opieką Poradni Kardiologicznej (...) Szpitala nr (...) im. dr S. S. w Ł. z rozpoznaniem: niedomykalność zastawki mitralnej IV stopnia (Zespół (...)) w stadium niewydolności krążenia I/II wg (...), nikotynizm.

P. R. (1) był hospitalizowany w (...) Szpitalu (...) im. WAM (...) Szpitalu (...) w Ł. w dniach od 12 września 2010 roku do 15 września 2010 roku. Po przeprowadzonych badaniach i konsultacji kardiologicznej 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.

(historia choroby k. 34- 41, k. 61-62, koperta k. 355, dokumentacja leczenia k. 63-79)

Następnie P. R. (1) był hospitalizowany w Klinice (...) I Katedry Kardiologii i Kardiologii 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. Został przyjęty do Kliniki (...) celem wykonania koronarografii przed leczeniem operacyjnym wady serca. W wykonanej koronarografii nie uwidoczniło zmian miażdżycowych w naczyniach wieńcowych.

(karta informacyjna k. 164-167, karta wypisowa k. 43, objaśnienia dla chorego k. 52, wskazówki dla pacjenta k. 53- historia choroby k. 42-54-60)

W dniu 8 lutego 2012 roku po konsultacji kardiologicznej zakwalifikowano P. R. (1) do leczenia operacyjnego wady serca. (konsultacja k. 166)

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.

(zgoda na zabieg operacyjny k. 177, koperta k. 355)

W dniu 27 lutego 2012 roku wykonano u P. R. (1) badanie echokardiograficzne.

W trakcie pobytu P. R. (1) w Klinice (...) pozwanego Szpitala w okresie od dnia 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 wykonany został u P. R. (2) w dniu 28 lutego 2012 roku 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. Wykonane śródoperacyjnie przezprzelykowe badanie echokardiograficzne wykazało skuteczną korektę wad zastawkowych, a podczas badania nie było żadnych zastrzeżeń do ciągłości ściany przelyku i ściany lewego przedsionka.

W. podczas operacji u chorego badania echokardiografii przez przelykowej ma na celu ocenę szczelności zastawki. U P. R. (1) również było wykonane takie badanie.

W przebiegu pooperacyjnym występowały zaburzenia rytmu i przewodnictwa, z powodu których po konsultacjach elektrokardiologicznych P. R. (1) został przeniesiony do Klinik (...) 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) na inny Oddział wykonano badanie echokardiograficzne.

(dokumentacja leczenia k. 171, koperta k. 355, karta informacyjna k. 188-227, zgodna na operację k. 177, wynik badania ECHO k. 190, zeznania świadka R. J. protokół rozprawy z dnia 15 marca 2016 roku czas nagrania 00.50.53-01.33.24 k. 341-343)

W dniu 16 marca 2012 roku P. R. (1) został przyjęty do Kliniki (...) w Ł.. W dniu 19 marca 2012 roku wykonano P. R. (1) badanie echokardiografii, które wykazało dobry efekt plastyki zastawki mitralnej i trójdzielnej, osierdzie bez cech płynu, prawidłową kurczliwość LK, powiększony wymiar LP. Podawane leki mające na celu przywrócenie rytmu zatokowego serca nie były skuteczne.

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) kardiwersję 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^o. C, poza 02.03.; 04.03.; 06.03., gdy temperatura ciała sięgała 37,6^o C, w dniach 16. – 22.03.2012 temperatura ciała wynosiła 35,8-36,8^o C.

W dniu 22 marca 2012 roku P. R. (1) był w stanie ogólnym dobrym, bez dusznicy. 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”.

P. R. (1) został wypisany do domu w dniu 22 marca 2012 roku. 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 kardiochirurgicznej 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.

(karta wypisowa k. 32, zapis dokumentacji medycznej k. 31- 31 odwrót, dokumentacja leczenia – obserwacje pielęgniarstwa k. 355, zgodna za wykonanie kardiowersji k. 180, zeznania świadka J. K. (1) protokół rozprawy z dnia 19 lipca 2016 roku czas nagrania 00.14.26-01.07.25 k. 374-375, zeznania świadka J. G. protokół rozprawy z dnia 29 listopada 2016 roku czas nagrania 00.40.26- 01.14.30 k. 395odwrót- 396)

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 blady i rozpalony.

(zeznania świadka D. B. protokół rozprawy z dnia 19 lipca 2016 roku czas nagrania 01.07.25-01.22.08 k. 375-376, zeznania świadka J. M. protokół rozprawy z dnia 19 lipca 2016 roku czas nagrania 01.23.31 – 01.34.25 k. 376-377)

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

Następnego dnia stan P. R. (1) się pogorszył. Powódka postanowiła wezwać pogotowie. Lekarz pogotowia zaproponował hospitalizację P. R. (2). Powódka zatelefonowała do dr Z. z pozwanego Szpitala im. WAM, 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 P. R. (1) stwierdził, że jest senny i później pojada. 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. (3) do Szpitala im. (...) w Ł..

(okoliczności niesporne)

W dniu 23 marca 2012 roku o godzinie 12.44 lekarz pogotowia J. K. (2) 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.

(karta medyczna pogotowia k. 259, 367-368 zeznania świadka J. K. (2) protokół rozprawy z dnia 29 listopada 2016 roku czas nagrania 00.10.35- 00.39.45 k. 395- 394 odwrót- 395 odwrót)

W dniu 23 marca 2012 roku 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 P. R. (1) otrzymał 6 punktów - był nieprzytomny, nie reagował na polecenia lekarzy. P. R. (1) był konsultowany anestezjologicznie, neurochirurgicznie i kardiologicznie. Przetoczono mu 2 jednostki (...). Podczas pobytu na (...) wstępnie rozpoznano u P. R. (1) 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 uwidoczniono nieregularny korowo – podkorowy obszar świeżego krwawienia w lewym płacie czołowym wielkości około 24-17 mm- ukrwotoczony udar? Poza tym mózgowie bez uchwytnych zmian patologicznych.

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

(karta informacyjna k. 245, 247, dokumentacja leczenia k. 248-258, zeznania świadka R. F. protokół rozprawy z dnia 15 marca 2016 roku czas nagrania 00.30.11- 00.48.55 k. 340- 341)

Po przyjęciu do (...) stan ogólny P. R. (1) był bardzo ciężki. P. R. (1) 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.. Brak 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 u P. R. (1) polekowe zaburzenia krzepnięcia. 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), zostałyby 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.

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

(historia choroby k. 80, 81-86, k. 245, dokumentacja leczenia k. 82 oraz k. 246-316, koperta k. 355, karta informacyjna k. 260, 262-263, konsultacja kardiologiczna k. 91, 264, 308, zeznania świadka E. S. protokół rozprawy z dnia 15 marca 2016 roku czas nagrania 00.12.34- 00.30.11 k. 339- 340)

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.

(protokół autopsji k. 32-44 załączonych akt postępowania karnego Prokuratury Rejonowej Ł. w Ł. sygn. akt 2 Ds. 68/15)

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 kk i art. 160 § 2 kk w zw. z art. 160 § 1 kk w zw. z art. 11 § 2 kk.

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. w Ł. i w miejscowości C. 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 w Ł., 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 ten nie zawiera znamion czynu zabronionego (art. 17 § 1 pkt 2 k.p.k.).

Zgodnie z decyzją prokuratora Zakład Medycyny Sądowej (...) Uniwersytetu 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 (...) Medycznej – (...) 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 (...) Medycznej – (...) 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 niedokrwiennego 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 (...) Medycznej – (...) 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: $\frac{3}{4}$ tabl., 1 tabl., $\frac{3}{4}$ 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 niedokrwiennego 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, musiałyby skutkować obfitym krwawieniem, które musiałyby zostać rozpoznane. Nie można wykluczyć, że powstanie przetoki przedsionkowo-przełykowej mogło być powikłaniem przebytego 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 (...) Szpitalu (...) w Ł. przy ul. (...), w Wojewódzkim Szpitalu (...) w Ł. oraz podjętych przez zespół ratowników medycznych (...) w Ł., jak i Lotniczego Pogotowia (...).

(postanowienie z uzasadnieniem k. 204-209, opinia Zakładu Medycyny Sądowej k. 159-180 załączonych akt Prokuratury Rejonowej Ł. w Ł. sygn. akt 2 Ds. 524/12)

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. (2) 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 zabiegom 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.

(kserokopia wezwania do zapłaty k. 26- 29 kserokopia pisma k. 23- 24)

Personel medyczny w pozwanych Szpitalach nie dopuścił się błędu w zakresie leczenia P. R. (3).

Podczas wykonywania zabiegów medycznych w Klinice (...) Medycznej u P. R. (1) mogły wystąpić powikłania. Późnym powikłaniem 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 zabiegom 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 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, gdy pacjent znajdował się już poza Kliniką i poza Szpitalem.

(pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu kardiologii prof. A. G. k. 411-412)

P. R. (1) w dniach 16-22 marca 2012 roku był poddany czynnościom leczniczym, które były wykonane według wytycznych z tego okresu czasu. Nie dokonano podczas tego leczenia 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 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 im. WAM (gdzie był hospitalizowany P. R. (1) w dniach 16-22 marca 2012 roku) u P. R. (1) rozpoznano napadowy PAD skuteczną kardiowersją elektryczną, 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. (2) była wada mitralna zastawki trójdzielnej. Przebieg naturalny takiej wady zawsze prowadzi do niewydolności serca. Ta wada była zaopatrzona, natomiast niewydolność serca jeszcze pozostała. Według karty wypisowej Kliniki (...), gdzie P. R. (1) przebywał od 27 lutego 2012 roku do 16 marca 2012 roku i gdzie rozpoznano niedomykalność mitralną i trójdzielną i w zastosowanym leczeniu operacyjnym wykonano ablację endokawitalną. Następnie został przeniesiony

do K. Elektroterapii, gdzie wykonano skuteczną kardiowersję elektryczną trzepotania przedsionków, a więc w okresie pobytu na Oddziale Kardiochirurgii u P. R. (1) nie utrzymano rytmu zatokowego. Stąd w Klinice (...) już nie migotanie, a trzepotanie przedsionków wymagało bezwzględnego działania pod postacią kardiowersji elektrycznej. Jest to postępowanie z wyboru zasad postępowania. Z medycznego punktu widzenia zawsze należy dążyć do utrzymania rytmu zatokowego.

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 powikłania. Jest to jednak marginalne. Sprzyjać takiemu powikłaniu może infekcyjne zapalenie wsierdzia, 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. (1) nie przyjmowanie 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, dlatego najprawdopodobniej było to mechaniczne wytworzenie przetoki. Do wytworzenia przetoki u P. R. (1) z dużym prawdopodobieństwem doszło po wykonaniu ablacji, czyli 28 lutego 2012 roku albo została naderwana struktura tkankowa i ten ciąg zdarzeń, który jest opisywany w badaniu sekcyjnym jest od dnia 28 lutego 2012 roku.

W dniu 28 lutego 2012 roku wykonano zabieg operacyjny, śródoperacyjnie wykonano echokardiografię przez przełykową. Była ona wykonana po zabiegu operacyjnym. Opisano, iż zabieg w obrębie zastawek powiódł się. Stwierdzono w tym badaniu uwypuklenie środkowego segmentu przegrody między przedsionkowej. Nie uwidoczniło w badaniu przez przełykowym ewidentnych cech patologicznego przepływu. A więc według tego badania, które jest najistotniejsze w ocenie powikłań, nie uwidoczniło powikłań zabiegu. Przy tego typu zmianach możliwość uwidocznienia byłaby możliwa. Jest to jedyne badanie, które jest w stanie stwierdzić występowanie jakichkolwiek połączeń i przepływów między ścianami serca, osierdziem, przedsionkami a innymi strukturami.

Kolejne badania to są 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 ogniska mikroropni z koloniami bakterii i ogniskami martwicy w obrębie włókien najczęściej są przyczyną powstawania przetok. W tej sytuacji u P. R. (1) przetoka mogła być mechaniczna, ale mogła być jednak przyczyna zapalna. Te dwie przyczyny powstania przetok mogły współistnieć. 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. W okresie 23 dni przy infekcji zapalnej jesteśmy w stanie określić laboratoryjnie wykładniki zapalenia. W wypadku zapaleń są to białko retroaktywne (...), fibrynogen, leukocytoza i rzadszych oznaczeń cytokin zapalnej. Te badania wykonuje się standardowo po zabiegach operacyjnych. Należy stwierdzić, iż czynnik zapalny może być związany też z innymi stanami i infekcjami. W przypadku infekcji w obrębie serca, tak jak występowanie zakażenia w obrębie zastawek w okresie 21 dni, zarówno białko (...), jak i inne wykładniki byłyby podwyższone. W zakresie wyników laboratoryjnych ze szpitala im. WAM z dnia 22 marca 2012 roku: w morfologii nie wykazano leukocytozy, według dostępnej dokumentacji nie wykonano badania (...), ani fibrynogenu. W klinice kardiochirurgii było 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. Mógłby 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 zarówno przy przetoce, jak i też sugerować inne 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.

Po zabiegu operacyjnym powinno wykonać się badanie (...). Pacjent przyjmował antybiotyk po zabiegu operacyjnym. Jeśli chory nie gorączkował na oddziale elektrokardiografii, to nie było wskazań do wykonania 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 antybiotyk, leki nasercowe, uspakajające, przeciwzakrzepowe. Musiał być pacjentem pobudzonym skoro zastosowano lek 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 mogło doprowadzić do powstania przetoki. 95% zakażeń daje objawy. Od 8 doby po operacji nastąpiła stabilizacja temperatury ciała P. R. (2). Wahala się w granicach od 36,1 do 37,1. To świadczy, że nie następowała eskalacja zapalenia. Według badania pośmiertnego i stwierdzonych mikro ropni, tego typu mikro ropnie mogą początkowo nie dawać wykładników stanu zapalnego, natomiast mogą powodować uszkodzenia. M. ropnie 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. Stwierdzono, że 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. antybiotyk. 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 przetoka przy tego typu zabiegach jest rzadkim powikłaniem, 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 zakresie jednej, bądź innej jednostki, ponieważ ten przypadek jak i inne w diagnostyce i leczeniu są stosowane wytyczne. Czas zawsze gra rolę. W tym wypadku grała ogromną rolę. Szybka interwencja chirurgiczna może uchronić pacjenta przed zgonem. Jeśli byłaby rozpoznana przyczyna krwawienia, byłoby wdrożone leczenie operacyjne. Skala śmiertelności ok. 90% mimo przeprowadzonego zabiegu, biorąc pod uwagę stan pacjenta. Przy podawaniu leków przeciwzakrzepowych typu A. zabieg mógłby być tylko i wyłącznie wykonany przy podaniu odpowiednich leków i zabezpieczeniu krwią. Uwzględniając przyjęcie do szpitala i badanie wykonane jest to minimum kwestia 5-6 godzin z tym, że przy tym wskaźniku (...) 3,56 bezwzględny zabieg operacyjny tego typu jest przeciwwskazaniem. W badaniu echo kardiologicznym przez klatkowy zdiagnozowano ewentualne "dziury" ubytków w sercu, jak opisane w sekcji byłoby możliwe, jednakże 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 uwidoczniło zaburzeń kurczliwości ścian lewej komory, takie zaburzenia są po zawale albo niedokrwieniu mięśnia sercowego bądź zapalenia, bądź toksycznych uszkodzeniach. Jeśli kurczliwość jest prawidłowa, nie wskazuje na uszkodzenie żadnych wymienionych zmian. 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. W jamie lewego przedsionka obecne dodatkowe kuliste echo przy przegrodzie między przedsionkowej na wysokości żyły płucnej lewej górnej. Może to świadczyć, że jest to albo skrzeplina w obrębie lewego przedsionka, bądź do rozstrzygnięcia inne stany. Z dużym prawdopodobieństwem jest to skrzeplina. W badaniu stwierdzono "z dużym ryzykiem zatorowości systemowej". Na podstawie tego badania nie można zdiagnozować przetoki. Jeśli byłaby taka przetoka, to możliwość zdiagnozowania przetoki wynosi 50-60%.

Nie doszło do jakichkolwiek uchybień w postępowaniu podmiotów medycznych. Powinno być wykonane (...) na etapie leczenia chirurgicznego. Nie jest jednak błędem w sztuce medycznej niewykonanie takiego badania, natomiast na oddziałach inwazyjnych i chirurgicznych jest to pakiet podstawowy badań. W dniu 23 marca 2012r. w badaniu (...) w K. 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 tego pacjenta wynik był prawidłowy. Było wykonane badanie leukocytozy i było ono 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 zgłaszał złe samopoczucie i zostało to udokumentowane poprzez obserwację pacjenta i codzienne badanie, sugeruje to lekarzowi prowadzącemu 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 jeśli jest migotanie przedsionków i chory jest odpowiednio na to przygotowany. Na pewno ma znaczenie kardiowersja elektryczna 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 i chirurga klatki piersiowej i kardiochirurga.

W badaniach wykonanych w latach 1995-2002 i 2003-2006 wykazano, iż wśród 32.560 chorych, których zostało poddanych (...) sesji ablacyjnych z powodu migotania przedsionków, średnio na ośrodek było 275 zabiegów ablacyjnych, występowanie zgonów związanych z zabiegiem ablacji zgłosiło 31 ośrodków. Łącznie doszło do 32 zgonów, w tym 25 wczesnych oraz 7 późnych. Z pośród 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. Opisany stan chorego był w końcowym etapie bardzo ciężki. Szansa była nikła.

Jeżeli mamy chorego z rozpoznaniem świeżym udarem i stan jego jest średni, bądź średnio ciężki, to taki chory do ustabilizowania stanu ogólnego nie byłby operowany. Dodatkowo chorzy z migotaniem przedsionków, gdzie jako powikłanie jest udar, zażywają leki przeciwzakrzepowe. Pierwszym zadaniem 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 by były 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 przelyku, 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 przelyku. 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 przelyku 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 takie powikłanie, jakie u niego wystąpiło. Jest to jedyny pacjent, u którego doszło do takiego powikłania po wykonaniu zabiegu ablacji w pozwanym Szpitalu.

(ustna uzupełniająca opinia biegłego sądowego z zakresu kardiologii prof. A. G. protokół rozprawy z dnia 10 maja 2018 roku czas nagrania 00. 01.17- 02.44.00 k. 442-448, protokół rozprawy z dnia 16 listopada 2018 roku czas nagrania 00.02.29 – 01.18.34 k.484-488)

P. R. (1) przez kilka ostatnich lat swego życia pozostawał w związku z powódką E. B.. Wspólnie zamieszkiwali. Opiekował się także jej synem T. B., którego traktował jak własne dziecko.

(okoliczności niesporne)

Sąd dokonał ustaleń faktycznych 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 wyżej zakresie.

W ocenie Sądu, na wiarę zasługują dowody w postaci dokumentów, w tym w szczególności w postaci dokumentacji leczenia P. R. (1) w pozwanych placówkach leczniczych. Wskazać należy, iż strona powodowa nie podnosiła żadnych zarzutów dotyczących ich wiarygodności. Wymienione dokumenty nie noszą cech fałszu, są kompletne. Wskazać należy, iż dokumentacja leczenia P. R. (1) prowadzona była dokładnie. Zawiera opis stanu zdrowia pacjenta, zalecane czynności lecznicze, sposób ich wykonania. Wskazać należy, iż 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 im. WAM w Ł., tj. 22 marca 2012 roku.

W ocenie Sądu, na wiarę zasługują również 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. (2) oraz protokół autopsji, jak również w postaci podejmowanych decyzji procesowych i przeprowadzonych dowodów.

Sąd 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, 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, atrybut prawdziwości posiadają również zeznania świadka J. K. (1), 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.. Wymienione zeznania znajdują odzwierciedlenie w treści zeznań świadka J. G., których prawdziwość nie budzi żadnych wątpliwości.

W ocenie Sądu, na wiarę zasługują także zeznania świadka J. K. (2), który mimo upływu czasu opisał stan P. R. (1) w chwili udzielania mu pomocy medycznej w ramach Lotniczego Pogotowia (...), zastosowane procedury medyczne oraz parametry życiowe w momencie przekazywania pacjenta lekarzom pozwanego Szpitala im. (...) w Ł.

Sąd odmówił wiary zeznaniom świadka D. B. i J. M. w zakresie ich twierdzeń, że stan P. R. (2) przed podjęciem leczenia w pozwanym Szpitalu im. WAM 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 Kardiologicznej 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 – zeznania wymienionych świadków zasługują na wiarę, z tym jednak, że świadek D. B. widziała P. R. (1) już po powrocie do domu przez krótki okres czasu, 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 przeprowadzonego w dniu wypisu badania.

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

Pokreślić należy, iż Sąd dopuścił dowód z opinii biegłego z zakresu kariologii 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.

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. Podkreślić należy, iż 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 biegłego opinia w rozpoznawanej sprawie nie zawiera żadnych luk czy wątpliwości, które pozwalałyby podważyć prawidłowość przeprowadzonego przez biegłego rozumowania i ostatecznej oceny zaprezentowanej w przedstawionych wnioskach. Podkreślić należy, iż biegły prof. A. G. w swojej opinii 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.

Istotnym jest w tym miejscu 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. wyroku SN z 1.12.1998 r., III CKN 741/98, L.).

Biorąc pod uwagę powyższe rozważania Sąd na podstawie przepisu art. 217 § 3 k.p.c. 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. Wskazać nadto trzeba, 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.

Podnieść należy także w tym miejscu, 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. (3) 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.

Wskazać też trzeba, że nie jest zasadny 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 (nie publ.) 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 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 w sprawie (art. 217 § 3 k.p.c.). Nadto powodowie dochodzą zadośćuczynienia za doznaną krzywdę w związku ze śmiercią osoby bliskiej na podstawie art. 446 § 4 k.c., dlatego też dla oceny rozmiaru doznanej przez nich krzywdy nie jest niezbędne zasięgnięcie opinii specjalisty w tym zakresie, zwłaszcza, że powodowie nigdy nie korzystali z takiej pomocy.

Sąd pominął również dowód z zeznań stron, gdyż powodowie prawidłowo zawiadomieni o terminie rozprawy nie stawili się na niej bez podania usprawiedliwienia.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Roszczenia powodów E. B. i T. B. skierowane przeciwko pozwany: Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej (...) Szpitalowi (...) Medycznej (...) w Ł. - (...) Szpitalowi (...) w Ł. oraz Wojewódzkiemu Szpitalowi (...) w Ł., który aktualnie nosi nazwę Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. K. w Ł. oparte na treści przepisu art. 446 §1, 3 i 4 k.c. wobec śmierci P. R. (1) nie są zasadne i jako takie podlegają oddaleniu.

Podstawa odpowiedzialności pozwanych Szpitali kształtuje się na zasadach ogólnych określonych w art. 430 k.c.

Zgodnie z treścią art. 430 k.c. 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 zakładu wyrządził szkodę w sposób zawiniony.

W pierwszej kolejności rozważenia wymaga podniesiony przez pozwanych zarzut przedawnienia roszczeń powodów.

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, w okolicznościach niniejszej 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 roku stwierdzić należy, że nie doszło do przedawnienia roszczenia.

Wskazać należy również, że w wyjątkowych okolicznościach sąd może posłużyć się przy ocenie podniesionego zarzutu przedawnienia 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 współzycia społecznego doznałaby naruszenia w konkretnej sytuacji (por. wyrok SN z 7.05.2003 r., IV CKN 120/01, LEX).

W przedmiotowej sprawie – w ocenie Sądu – 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 współzycia 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. stwierdzić należy, 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.).

Wskazać należy również, 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).

W kontekście powyższego należy uznać, że partnerka życiowa zmarłego P. E. (...) była dla niego najbliższym członkiem rodziny. Z materiału dowodowego zgromadzonego w niniejszej sprawie 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 należy, iż E. B. przysługuje roszczenie przewidziane w art. 446 § 3 i 4 k.c. w związku ze śmiercią P. R. (1). Syn E. B. - 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 należy uznać, że również T. B. jako osobie bliskiej zmarłego przysługuje roszczenie z art. 446 § 3 i 4 k.c.

Jak już powyższej wskazano, odpowiedzialność pozwanych Szpitali kształtuje się na zasadach określonych w art. 430 k.c.

W ocenie Sądu, 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 Onkologii i Traumatologii im. M. K. 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 powołanego przepisu art. 430 k.c. jest: wyrządzenie szkody osobie trzeciej przez podwładnego, wina podwładnego, wyrządzenie szkody przy wykonywaniu przez podwładnego powierzonych 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 ogólnoorganizacyjne.

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 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 wskazać należy na treść 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). Sąd Najwyższy natomiast w wyroku z dnia 20 października 2011 roku wydanym w sprawie o sygn. akt III CSK 351/10 (LEX) 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 niezwyklego, 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 (...) doszło do błędu medycznego. Na tak postawione pytanie należy udzielić odpowiedzi negatywnej.

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

P. R. (3) był osobą posiadającą wadę serca w postaci niedomykalności zastawki mitralnej III/IV^o z wypadaniem płatków tylnych i niedomykalność zastawki trójdzielnej II/III^o 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 przednim pobytem 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.

Jak wynika z dokonanych przez Sąd ustaleń faktycznych 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. Prawidłowo 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 im. WAM w okresie od dnia 16 do 22 marca 2012 roku. Wobec nieskuteczności leczenia farmakologicznego zasadnie wykonano zabieg kardiowersji eklektycznej, uzyskując powrót rytmu zatokowego serca oraz zastosowano prawidłowe leczenie lekiem A.. Postępowanie to było właściwe, a P. R. (1) wyraził świadomą zgodę na zaproponowany sposób leczenia, gdyż – jak wynika z dokumentacji leczenia – 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 przeprowadzonymi 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 im. WAM P. R. (1) nie miał zaburzeń ze strony układu krążenia, co zostało potwierdzone wykonanymi badaniami diagnostycznymi.

Przetoka przedsionkowo – przełykowa 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 im. WAM zarzut, iż nie mieli podejrzenia wystąpienia u P. R. (1) wystąpienia 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 przeciwwzpalnie (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. (3) w czasie pojawienia się objawów istnienia przetoki przedsionkowo – przełykowej 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 – przełykowej 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 Onkologii i Traumatologii im. M. K. w Ł.. Wystąpienie u P. R. (1) przetoki przedsionkowo – przełykowej stwierdzili dopiero lekarze patolodzy po przeprowadzeniu autopsji.

Nadto należy wskazać, iż 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 – przełykowa 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 doszedł do przekonania, iż nie istnieją podstawy odpowiedzialności pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) Medycznej (...) 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 Onkologii i Traumatologii im. M. K. w Ł. w stosunku do P. R. (1) stwierdzić należy, 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 – przelykowej 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 przelyku 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 pod uwagę powyższe rozważania, Sąd oddalił powództwo w całości, jako nieuzasadnione w stosunku do obu pozwanych Szpitali.

W niniejszej sprawie, Sąd – mając za podstawę art. 102 k.p.c. – nie obciążył 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 powodów nieuiszczonymi kosztami sądowymi, które to koszty przejął na rachunek Skarbu Państwa.

Zastosowanie przepisu art. 102 k.p.c. oraz art. 113 ust. 4 wyżej wskazanej ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych 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 współzycia społecznego.

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