

UZASADNIENIE

Małoletnia powódka N. P. reprezentowana przez przedstawicielkę ustawową E. P. w pozwie wniesionym w dniu 23 grudnia 2011 r. przeciwko Szpitalowi (...) w P. zażądała zasądzenia od pozwanego kwoty 750 000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę w związku z nieprawidłową opieką okołoporodową, co w konsekwencji doprowadziło do powstania u niej niedotlenienia mózgu powodując jej niepełnosprawność wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty, ustalenia odpowiedzialności pozwanego za skutki zdarzenia z dnia 31.03.2008 r. na przyszłość oraz zasądzenia od strony pozwanej kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego w kwocie 14 400 zł oraz opłaty skarbowej od pełnomocnictwa w kwocie 17 zł.

Na uzasadnienie żądania pozwu podano, iż matka powódki E. P. została w dniu 28.03.2008 r. przyjęta do pozwanej placówki z zamiarem odbycia porodu. W dniu 31.03.2008 r. o godzinie 3.05 urodziła siłami natury noworodka płci żeńskiej, w stanie ogólnym bardzo ciężkim, wg skali A. 1 punkt. U dziecka występuje mózgowo-porażenie dziecięce, objawiające się porażeniem wszystkich kończyn i tułowia. Dziecko nie ma umiejętności mowy czynnej i biernej. Nie jest zdolne do wykonywania żadnych samodzielnych ruchów. Rokowania co do poprawy funkcji psychofizycznych są złe. Dziecko doznało ciężkiej okołoporodowej encefalopatii niedotlenienia – niedokrwiennej. Powołując się na opinię prof. dr hab. P. O. sporządzoną w postępowaniu przed Okręgową Izbą Lekarską w Ł. w pozwie wskazano, iż najprawdopodobniej przyczyną niedotlenienia był przedłużający się poród przy niewydolności łożyska. Analiza dokumentacji lekarskiej nie pozwala jednoznacznie stwierdzić, kiedy należało interweniować podczas opieki nad ciężarną, aby zapobiec niedotlenieniu. Poszczególne badania kardiologiczne analizowane oddzielnie nie wskazują na konieczność natychmiastowego, wcześniejszego zakończenia ciąży przed 30.03.2008 r. Również wyniki badań klinicznych nie były niepokojące. Nie wykazano się jednak sumiennością w analizie całości przypadku. Źle ustalono początek porodu, bowiem regularna czynność skurczowa trwała co najmniej od 30.03.2008 r. od godzin porannych. Zbyt krótkie zapisy kardiologiczne i brak do nich komentarza lekarza prowadzącego praktycznie uniemożliwiają ustalenie kiedy dokładnie rozpoczął się poród. Dodatkowym niekorzystnym czynnikiem była zmniejszona ilość wód płodowych, stwierdzona w badaniu ultrasonograficznym w dniu 26.03.2008 r., które mogły być sygnałem zmniejszonej wydolności łożyska. Skurcze macicy przy niewydolnym łożysku mogą być czynnikiem ryzyka niedotlenienia płodu. Mała ilość wód przy obecności w nich smółki (zielone wody płodowe) stanowi bardzo duże niebezpieczeństwo powstania zespołu aspiracji smółki, do którego w tym przypadku najprawdopodobniej nie doszło, ale takie niebezpieczeństwo istniało i nie zwracano na to uwagi. Wyniki badania równowagi kwasowo – zasadowej z krwi pępowinowej świadczą, że nie był to stan ostrego niedotlenienia trwający kilka czy kilkanaście minut, ale stan przewlekłego niedotlenienia, którego jedynymi objawami były nieprawidłowe zapisy kardiologiczne oraz obecność zielonych wód płodowych. 30.08.2008 r. gdy doszło do nasilenia się czynności skurczowej macicy, a następnie porodu, zapisy kardiologiczne cały dzień były nieprawidłowe. Po stwierdzeniu obecności zielonych wód płodowych przy nieprawidłowych zapisach kardiologicznych od poprzedniego dnia nie należało nasilać czynności skurczowej, lecz rozwiązać rodzącą cięciem cesarskim. Ostatnie dwie godziny nie były monitorowane kardiologicznie, co przy nieprawidłowych wcześniejszych zapisach, obecności zielonych wód płodowych oraz stymulacji czynności oksytocyną, należy uznać za postępowanie nieprawidłowe.

Pozwany (...) Zespół (...) w P. w odpowiedzi na pozew nie uznał powództwa i wniósł o jego oddalenie. Podał, iż poszczególne badania kardiologiczne oraz wyniki badań klinicznych nie wskazywały na konieczność natychmiastowego wcześniejszego zakończenia ciąży. Również badanie USG nie było jednoznaczne, albowiem trzeci stopień dojrzałości łożyska w ciąży praktycznie donoszonej zdarza się dość często i nie musi świadczyć o patologii. W zakresie daty porodu wskazano, iż nie ma pewności czy inne postępowanie przyniosłoby inne efekty, a precyzyjne określenie jego początku było trudne. W przedmiotowej sprawie wystąpił skomplikowany diagnostycznie stan położniczy. Trudno jednoznacznie stwierdzić kiedy należało interweniować, aby zapobiec niedotlenieniu. Osłabienie czynności skurczowej mięśnia macicy w końcowej fazie porodu jest zjawiskiem częstym i zazwyczaj jest wskazaniem do zastosowania wlewu oksytocyny. Odpłynięcie zielonych wód płodowych przy prawie pełnym rozwarciu

i wysłuchiwanym tętnie płodu, które nieznacznie przekraczało dolną granicę normy, a następnie wyrównało się jest zjawiskiem równie częstym i nie zawsze jest wskazaniem do zakończenia porodu w trybie nagłym. Wykonanie w tym okresie cięcia cesarskiego najprawdopodobniej nie przyspieszyłoby zakończenia porodu, ponieważ zorganizowanie zabiegu wymaga czasu, a poród miał się ku końcowi. W przebiegu długiego okresu porodu nie stwierdzono objawów ostrego niedotlenienia płodu pod postacią pojedynczych uderzeń lub trwałego zwolnienia tętna płodu do wartości patologicznych. Zdaniem strony pozwanej przyczyną przewlekłego niedotlenienia płodu była niewydolność łożyska, która musiała trwać od dłuższego czasu. Objawy kliniczne były jednak do ostatniej chwili niejednoznaczne.

W dniu 21 lutego 2013 r. przedstawicielka ustawowa złożyła opinię prof. nadzw. dr hab. n. med. E. K. regionalnego województwa (...) w zakresie neonatologii, sporządzoną w postępowaniu przed Okręgową Izbą Lekarską w Ł.. Zgodnie z opinią u N. P. w wyniku niedotlenienia okołoporodowego doszło do rozwoju encefalopatii niedotlenieniowo – niedokrwiennej. W kolejnym roku życia progresja objawów neurologicznych pozwoliła na postawienie rozpoznania mózgowego porażenia dziecięcego, małopłowia, padaczki i zespołu (...). Przyczyną był uraz okołoporodowy niedotlenieniowo –niedokrwienny. Miał on miejsce niewątpliwie w ostatniej fazie porodu, co najmniej 10 -15 minut przed urodzeniem dzieckiem, nie można jednak wykluczyć nakładania się ostrego niedotlenienia na incydenty niedotlenienia występujące w czasie ostatnich godzin poprzedzających poród. Taki scenariusz jest bardzo prawdopodobny biorąc pod uwagę zaawansowanie zmian neurologicznych. Wcześniejsze zakończenie ciąży, skutkujące porodem dziecka w dobrym stanie ogólnym, dobrą punktacją A., bez konieczności resuscytacji po urodzeniu dawało szansę na uniknięcie konsekwencji neurologicznych. Sekwencja zmian obserwowanych w stanie neurologicznym dziecka oraz w badaniach obrazowych (USG, tomografia) wskazuje na ewolucję charakterystyczną dla okołoporodowej encefalopatii niedotlenieniowo –niedokrwiennej. Uraz okołoporodowy niedotlenieniowo – niedokrwienny skutkujący złym stanem dziecka po urodzeniu i koniecznością resuscytacji (I faza urazu), kolejne godziny życia to faza utajenia z okresową poprawą stanu ogólnego dziecka, która umożliwiła ekstubację dziecka i ostateczna wtórna faza urazu z bezdechami i objawami neurologicznymi, charakterystycznymi dla encefalopatii. Początkowe badanie ultrasonograficzne prawidłowe, następnie w kolejnym badaniu progresja zmian i w końcu w badaniu CT wykonanym po ukończeniu 3 tygodni życia dalsza progresja zmian dotyczących istoty białej obu półkul („hypodensyjna z cechami leukomalacji”) do jam pencefalicznych. Jest to naturalny przebieg zmian po niedotlenieniu. Następstwa neurologiczne opisywane u dziecka wynikają z okołoporodowego urazu niedotlenieniowo –niedokrwiennego. Niedotlenienie okołoporodowe potwierdza także badanie (...) wykonane z krwi pępowinowej (k. 204 -207).

Sąd ustalił, co następuje:

25 marca 2008 r. E. P. została przyjęta do pozwanego Szpitala (...) w P. w 40 tygodniu ciąży z powodu pobołowań w dole brzucha. Dotychczasowy przebieg ciąży był niepowikłany. Była to druga ciąża pacjentki po przebytym uprzednio fizjologicznym porodzie. W badaniu przy przyjęciu stwierdzono: długość szyjki 2,5 cm, kanał drożny dla 1 palca, pęcherz płodowy zachowany, (...) 140/min. W badaniu USG stwierdzono m. in. wyraźnie zmniejszoną ilość wód płodowych, żywy płód w położeniu podłużnym główkowym, łożysko na przedniej ścianie macicy, III st. dojrzałości. W czasie pobytu pacjentki wykonywano dwa razy dziennie badanie kardiograficzne, trwające około 10 minut oraz badania osłuchowe. Pacjentka przez cały okres pobytu zgłaszała pobołowania w dole brzucha. 27 marca 2008 r. w badaniach kardiograficznych o godzinie 8.25 stwierdzono słabą, nieregularną czynność skurczową, a o godzinie 17.45 skurcze macicy co 8 minut o niskiej amplitudzie. 28 marca 2008 r. w zapisie kardiograficznym o godzinie 7.30 stwierdzono pojedynczy skurcz macicy, a w badaniu o godzinie 17.00 sporadyczne skurcze macicy. 29 marca 2008 r. o godzinie 17.30 w zapisie kardiograficznym stwierdzono słabe, nieregularne skurcze macicy. 30 marca 2008 r. w badaniu o godzinie 8.00 stwierdzono słabą regularną czynność skurczową, a w badaniu o godzinie 17.00 występowały regularne skurcze macicy co 4 -5 minut. 30 marca 2008 r. o godz. 22.00 rozpoznano I okres porodu na podstawie zgłazdenia części pochwowej, rozwarcia 4 cm i nasilenia się czynności skurczowej. Pacjentkę przekazano na blok porodowy. O godzinie 24.00 skurcze macicy występowały co 4 -5 minut, rozwarcie wynosiło 5 cm, główka była przyparta, pęcherz płodowy był zachowany, tętno wynosiło 140/min. 31 marca 2008 r. o godzinie 1.40 odpłynęły zielone wody płodowe, tętno wynosiło 140/min, badanie wew. –mała dłoń, główka przyparta, czynność skurczowa

osłabła. Zalecono kroplówkę naskurczową. O godzinie 2.45 rozpoczął się II okres porodu, tętno wynosiło 140/min, skurcze co 2 -3 minuty. O godzinie 3.05 wśród kilku skurczów partych urodził się płód donoszony płci żeńskiej, przekazany pediatrze. Powódka urodziła się z masą ciała 3700 g w stanie klinicznym ciężkim – w 1 minucie życia oceniona na 1 pkt, w 10 minucie życia – na 7 pkt w skali A. (ocena dotyczyła dziecka zaintubowanego). Noworodek był wiotki, z sinicą uogólnioną, bez własnego napędu oddechowego, pod kontrolą laryngoskopu odessano niewielką ilość seledynowej wydzieliny z dróg oddechowych. Powódka została zaintubowana, a po kilku godzinach wentylacji sztucznej ekstubowana w związku z poprawą stanu, zaróżowieniem powłok skórnych i powrotem własnego napędu oddechowego. Badanie równowagi kwasowo –zasadowej i gazometrii wykonane w krwi pępowinowej w dniu 31 marca 2008 r. o godz. 3.22 wykazało: ph -6,87, BE – 18,1 mmol/l. W kolejnym badaniu (...) o godzinie 04.07 nadal stwierdzono niedobór zasad – 15 mmol/l. W badaniu RTG wdechowego ustawienia klatki piersiowej stwierdzono obwodowe rozdęcie pól płucnych, zwłaszcza płuca lewego. Około godziny 5.00 u dziecka wystąpiło zszarzenie powłok skórnych i spadek saturacji do 73 %. Dziecko wymagało stymulacji dotykowej. Okresowo było bardzo niespokojne i krzyczące. U dziecka obserwowano wzmożone napięcie mięśniowe. W kolejnych godzinach życia stan dziecka był dość stabilny. Około godziny 18.00 wystąpił bezdech, a 20.00 kolejne bezdechy i spadki saturacji do 70 % w związku z czym powódka została ponownie zaintubowana i rozpoczęto wentylację kontrolowaną. Powódka została przekazana do Oddziału Intensywnej Terapii i Anestezjologii Szpitala (...) w Ł., gdzie stosowano wentylację kontrolowaną przez dwie kolejne doby. W badaniu neurologicznym występował oczopląs pionowy, następnie, poziomy, odgięciowe ułożenie ciała, wybitnie wzmożone napięcie mięśniowe, brak odruchów noworodkowych. W pierwszym badaniu USG w dniu 1 kwietnia 2008 r. stwierdzono mózgowie o prawidłowej strukturze, bez zmian ogniskowych. Układ komorowy symetrycznie wąski, nieprzemieszczony. Rezerwa płynowa przymózgowa zachowana. W kolejnym badaniu USG w dniu 14 kwietnia 2008 r. stwierdzono mózgowie o prawidłowej strukturze, bez zmian ogniskowych. W rogach czołowych obu komór bocznych w okolicy otworów M. torbielki po około 6 x 8 mm, rogi czołowe zaokrąglone , szer. około 5 mm. Poza tym układ komorowy symetryczny, nieposzerzony, nieprzemieszczony. Rezerwa płynowa przymózgowa zachowana. W badaniu EEG stwierdzono zmiany napadowe w odprowadzeniach czołowo –skroniowo –centralnych. Od 15 kwietnia 2008 r. do 25 kwietnia 2008 r. powódka przebywała w Klinice (...) w Ł. Szpitala (...) z powodu zaburzeń neurologicznych. Tomografia dwufazowa bez kontrastu i z kontrastem w dniu 22 kwietnia 2008 r. wykazała, że cała istota biała obu półkul hypodensyjna z cechami leukomalacji, poza tym struktury mózgowia bez zmian ogniskowych. Wariant anatomiczny torbiel przegrody przezroczystej komory V.. Układ komorowy symetryczny, bez przemieszczeń, nieposzerzony. Kości podstawy i sklepienia czaszki bez zmian patologicznych. Powódka została wypisana w stanie dobrym z rozpoznaniem: „Encefalopatia niedokrwiennie – niedotlenieniowa. Rozmiękanie podpajęczynówkowe po zamartwicy. Zapalenie płuc. Kontakt z ospą wietrzną w dniu 25.04.2008 r.”. Zalecono opiekę w (...) w celu usprawniania oraz w Poradni Neurologicznej. Powódka jest obecnie leczona w Poradni Neurologicznej Dziecięcej w P. oraz w (...) Centrum (...) w P. z rozpoznaniem: niedowładu spastycznego czterokończynowego, małogłowia oraz padaczki. Powódka korzysta również z neurologicznej rehabilitacji funkcjonalnej w Gabinetie (...) w P. z powodu licznych zaburzeń zarówno na poziomie strukturalnym, jak i funkcjonalnym w przebiegu mózgowego porażenia dziecięcego o charakterze tetraparezy spastycznej. Dziecko nie wykonuje samodzielnie żadnych czynności ruchowych, nie mówi, nie sygnalizuje potrzeb fizjologicznych. U dziecka występuje wzmożone napięcie mięśniowe ze spastyką oraz przykurcze mięśni kulszowo –goleniowych w kończynach dolnych, duże zaburzenia schematu ciała w każdej pozycji, duża asymetria tułowia. Celem rehabilitacji neurologicznej jest tonizacja napięciowa oraz zwiększenie i utrzymanie zakresu ruchów, jako etapu służącego do osiągnięcia nowych możliwości funkcjonalnych, takich jak kontrola głowy, zdolność samodzielnego obracania się czy utrzymywania pozycji siedzącej. Powódka została zaliczona do osób niepełnosprawnych.

/dowód: karta ciąży k. 9 -39, wyniki badań KTG k. 40 -54, karta informacyjna leczenia szpitalnego k. 55 -57, karta informacyjna leczenia szpitalnego k. 58 -60, historia choroby Poradni Neurologicznej Dziecięcej k. 61 -64, historia choroby – (...) Centrum (...) k. 65 -66, k. 69 -73, orzeczenie o stopniu niepełnosprawności k. 76, karta położnicza k. 284 -290 odwrot, karta informacyjna leczenia szpitalnego k. 291, karta indywidualnej pielęgnacji k. 292 – 303, wypisowe badanie noworodka k. 304, obserwacje w oddziale noworodkowym k. 304 odwrot, stan noworodka po urodzeniu k. 305, karta informacyjna leczenia szpitalnego k. 306 -307, karta informacyjna leczenia szpitalnego k. 308 -309, USG położnicze k. 310, karta przebiegu porodu k. 311 -311 odwrot, k. 313 odwrot, karta przebiegu ciąży k. 323 -323

odwrot, k. 312 -312 odwrot, historia rozwoju noworodka k. 314 -320 odwrot, karta nadzoru srodporodowego k. 322, za swiadczenie Gabinetu (...) Funkcjonalnej k. 352, zeznania przedstawicielki ustawowej powodki E. P.: protokol k. 358, adnotacje: 00:08:15 – 00:34:15, opinia (...) Szpitala (...) w B. Kliniki (...) ze Szkolą (...) k. 219 -231/

W momencie przyjecia E. P. do pozwanego Zespołu (...) podjeto prawidlowe czynnosci diagnostyczne, polegajace na zebraniu wywiadu, ocenie stanu ogolnego, badaniu polozniczym zewnetrznym i wewnetrznym oraz badaniu kardiokograficznym. Umozliwily one wlasciwa ocene sytuacji polozniczej, ustalenie prawidlowego rozpoznania skurczow przepowiadajacych w ciazy donoszonej, co przy stwierdzeniu prawidlowego stanu plodu pozwalalo na przyjecie odpowiedniej koncepcji dalszego postepowania zachowawczego. W okresie przedporodowym trwajacym do 30.03.2008 r. ocena stanu plodu byla dokonywana na podstawie: codziennego badania kardiokograficznego, okresowego, dwukrotnie w ciagu doby, osluchiwania czynnosci serca plodu, badania ultrasonograficznego oraz zabarwienia plynu owodniowego w amnioskopii. Czesc zapisow KTG nie nadaje sie do interpretacji z powodu zbyt krótkiego okresu monitorowania. Pozostale wyniki badan KTG przeprowadzonych w okresie 25 -29.03.2008 r. byly jednak prawidlowe, wskazywaly na odpowiedni stan utlenowania plodu, nie wymagalay podejmowania dodatkowych czynnosci diagnostycznych i umozliwily realizacje przyjetego sposobu postepowania. Stwierdzenie sporadycznych deceleracji zmiennych w zapisach z 26.03.2008 r. i 30.03.2008 r. o godz. 17.00 wobec prawidlowych wynikow badan po 26.03.2008 r. oraz w dniu 30.03.2008 r. o godz. 21.30, przy obecnosci prawidlowej amplitudy zmiennosci (oscylacji) czynnosci serca plodu w zasadzie wykluczalo w tym okresie proces przewleklego lub ciezkiego niedotlenienia i kwasicy plodu, ktorym zawsze towarzyszy zanik zmiennosci czynnosci serca plodu. Zmniejszona objemosc plynu owodniowego uwidocznioma w trakcie badania USG byla czynnikiem ryzyka niepomyslnego zakonczenia ciazy, ale nie swiadczyła o nieprawidlowym stanie plodu i nie stanowila bezwzględnego wskazania do niezwloznej koniecznosci interwencji polozniczej czy poszerzenia procesu diagnostycznego w ocenie stanu plodu. Natomiast w momencie zainicjowania stymulacji farmakologicznej porodu oksytocyna i stwierdzeniu odplynienia zielonego plynu owodniowego doszlo do uchybień diagnostycznych, ktore polegaly na nieadekwatnym do sytuacji polozniczej monitorowaniu stanu plodu. Ze wzgledu na zastosowanie farmakologicznej stymulacji aktywnosci skurczowej zaleconą metoda nadzoru stanu plodu jest ciagle monitorowanie kardiokograficzne polaczone z rejestracja zapisu KTG, a przynajmniej z rejestracja okresowa. Dodatkowym wskazaniem do stosowania monitorowania kardiokograficznego byla obecność smolki w plynie owodniowym, ktora zawsze wymaga wykluczenia niedotlenienia plodu i weryfikacji za pomoca oceny kardiokograficznej. W tym przypadku zapis kardiokograficzny zostal zakonczony okolo godz. 1:25, na 15 minut przed stwierdzeniem zielonych wod plodowych i rozpoczeciem farmakologicznej stymulacji porodu. Wynik ostatniego zapisu kardiokograficznego wykonanego pomiedzy 0:59, a 1: 25 byl podejrzan, ze wzgledu na powtarzajace sie deceleracje zmienne, co takze stanowilo wskazanie do kontynuacji ciaglego monitorowania kardiokograficznego. W dalszym przebiegu porodu stan plodu nadzorowano jedynie osluchujac okresowo czynnosć serca plodu, przeprowadzajac to badanie w prawidlowych interwalach, tzn. co 15 minut. Wprawdzie w trakcie tej czynnosci nie stwierdzono zadnych nieprawidlowosci, co mogloby wskazywac na prawidlowy stan plodu, to jednak brak ciaglego monitorowania kardiokograficznego byl istotnym uchybieniem diagnostycznym, ktore ograniczalo mozliwosci rozpoznania niedotlenienia plodu i ewentualne podjecie interwencji polozniczej, zwiększajac tym samym stopien polozniczego ryzyka okołoporodowego.

Precyzyjne okreslenie poczatku porodu w wielu przypadkach jest trudne, bowiem powszechnie stosowane kryteria rozpoczecia porodu (obecność skurczow macicy co najmniej co 10 minut, ktore prowadza do skracania i rozwierania szyjki macicy) nie zawsze pozwalaja zdefiniowac poczatek porodu, a jedynie stwierdzic czy sytuacja poloznicza moze byc uznana za porod. Zdarza sie bowiem, iz skurcze macicy sa jedynie skurczami przedporodowymi lub przepowiadajacymi. W przypadku E. P. czynnosć skurczowa macicy o typie porodowym rozpoczela sie w dniu 30 marca 2008 r., a na pewno okolo godziny 22 -ej istnialy podstawy do rozpoznania aktywnej fazy porodu. Tym bardziej, ze w tym samym dniu o godzinie 11:00 w badaniu polozniczym stwierdzono skróconą szyjke macicy i drozny na szerokosc palca kanal szyjki macicy, przy nieregularnych skurczach macicy, manifestujacych sie jedynie pobolewaniem w podbrzuszu, co nie wskazywalo jeszcze na rozpoczety porod. Do inicjacji porodu doszlo w kolejnych godzinach. W konsekwencji postepowanie personelu pozwanego zespołu opieki zdrowotnej w okresleniu daty rozpoczecia porodu bylo prawidlowe. Czas trwania porodu miešcil sie w granicach okreslonych dla fizjologicznego

porodu u wieloródki, a rozpoznanie przedłużającego się porodu, jako wskazania do zakończenia ciąży cięciem cesarskim nie miało uzasadnienia.

Postępowanie lekarzy strony pozwanej w określeniu drogi porodu nie zawiera uchybień, biorąc pod uwagę, że ciąża E. P. była ciążą donoszoną, przebiegała bez istotnych powikłań oraz istniały odpowiednie warunki do porodu drogami natury –położenie płodu podłużne główkowe, brak dysproporcji miednicowo –płodowej, prawidłowy stan płodu oraz ciężarnej. Jedynym powikłaniem ciąży była zmniejszona objętość płynu owodniowego, która jednak przy wynikach badań diagnostycznych wskazujących na prawidłowy stan płodu, nie uzasadniała konieczności podjęcia działań w trybie natychmiastowym. Optymalnym sposobem postępowania wobec ciężarnej, u której stwierdzono zmniejszoną objętość płynu owodniowego, jest zastosowanie monitorowania stanu płodu na podstawie codziennego badania kardiokograficznego oraz podjęcie indukcji porodu, pod warunkiem dojrzałości szyjki macicy. Alternatywą, chociaż jak się wydaje bardziej ryzykowną opcją postępowania jest wyczekiwanie na samoistną inicjację porodu, połączone z intensywnym nadzorem stanu płodu. W przypadku E. P. przyjęto drugi wariant postępowania, co było wyborem dopuszczalnym.

Sam fakt stwierdzenia obecności smółki w płynie owodniowym nie był wystarczającym uzasadnieniem do zakończenia ciąży cięciem cesarskim, nawet w obliczu podejrzanych wyników badań kardiokograficznych w dniu poprzednim, natomiast był wskazaniem do ciągłego monitorowania kardiokograficznego i rozważenia ewentualności operacyjnego rozwiązania porodu.

U małoletniej powódki po porodzie doszło do rozwoju ciężkiej postaci mózgowego porażenia dziecięcego z niedowładem czterokończynowym. Porażenie mózgowie spastyczne czterokończynowe podobnie jak dyskinetyczna postać porażenia mózgowego są jedynymi rodzajami choroby związanymi z epizodem ostrego niedotlenienia śródporodowego. Natomiast porażenie mózgowie czterokończynowe nie jest swoiste dla niedotlenienia okołoporodowego. Aby stwierdzić związek między wystąpieniem porażenia mózgowego, a niedotlenieniem okołoporodowym, muszą wystąpić następujące przesłanki: potwierdzenie kwasicy metabolicznej w próbce krwi pobranej z tętnicy pępowinowej po urodzeniu dziecka ($\text{pH} < 7,0$ i niedobór zasad $> 12 \text{ mmol/l}$), wczesny początek ciężkiej lub umiarkowanej encefalopatii noworodkowej u płodów urodzonych co najmniej w 34 tygodniu ciąży, porażenie mózgowie w postaci spastycznego czterokończynowego lub typu dyskinetycznego, wykluczenie innych przyczyn takich jak uraz, zaburzenia krzepnięcia krwi, zakażenia lub wady genetyczne. W przypadku porażenia mózgowego, które rozwinęło się u powódki jest wysoce prawdopodobne, że przyczyną choroby było niedotlenienie okołoporodowe, albowiem zostały spełnione trzy pierwsze kryteria, a nie ma dowodów na istnienie innych przyczyn tego stanu rzeczy, takich jak uraz, zaburzenia krzepnięcia, zakażenia, wady genetyczne. Wyniki analizy równowagi kwasowo –zasadowej i gazometrii z krwi pępowinowej, uzyskanej około 15 minut po porodzie, świadczą o głębokim stopniu niedotlenienia i ciężkiej kwasicy, natomiast nie dają podstaw do określenia czasu trwania procesu niedotlenienia. O ile w postępowaniu diagnostycznym zmierzającym do ustalenia przyczyn porażenia mózgowego u powódki były brane pod uwagę inne, poza niedotlenieniem okołoporodowym, czynniki etiologiczne tego schorzenia, to wyniki takich badań powinny znaleźć się w dokumentacji medycznej powódki. Biorąc natomiast pod uwagę ujawnienie się porażenia mózgowego w późniejszym okresie rozwoju dziecka, jest mało prawdopodobne, aby w okresie ciąży, porodu czy też bezpośrednio po porodzie taki proces diagnostyczny był podejmowany. Tym niemniej gdyby istniały jakiegokolwiek dane przemawiające czy wskazujące na możliwość urazu, zaburzeń krzepnięcia, wady genetycznej noworodka, czy przebytej infekcji, zapisy na ten temat powinny znajdować się w dokumentacji.

Zaniechanie odpowiedniego sposobu monitorowania stanu płodu w końcowej fazie porodu zmniejszyło szanse na wykrycie stanu zagrożenia i podjęcie interwencji we właściwym momencie. Przy założeniu, że podczas porodu zostałyby zastosowane w pełni prawidłowe monitorowanie stanu płodu, istnieje dość duże prawdopodobieństwo, że umożliwiłoby ono rozpoznanie stanu zagrożenia płodu. Na ile takie rozpoznanie zdeterminowałoby podjęcie czynności terapeutycznych, trudno jest rozstrzygnąć, bowiem zależałoby to od charakteru nieprawidłowości, stopnia zaawansowania porodu, sposobu interpretacji wyniku badania kardiokograficznego, możliwości interwencji, doświadczenia i umiejętności personelu medycznego. Jednakże przy założeniu, że w trakcie zaleconego sposobu monitorowania ujawniłyby się objawy wskazujące na możliwość procesu niedotlenienia wewnątrzmacicznego, co

biorąc pod uwagę stan noworodka po porodzie jest niemal pewne, taka sytuacja stwarzałaby prawdopodobieństwo podjęcia przez lekarzy adekwatnych do sytuacji działań medycznych, które zwiększyłyby szanse powódki na uniknięcie encefalopatii niedokrwiennie –niedotlenieniowej noworodka, a prawdopodobnie również porażenia mózgowego. W konsekwencji nie można wykluczyć istnienia prawdopodobnego związku przyczynowo –skutkowego pomiędzy zaniechaniem właściwego monitorowania stanu płodu, a powstaniem u powódki okołoporodowej encefalopatii niedokrwiennej. Jednocześnie nie można stwierdzić, że podjęcie przez personel strony pozwanej właściwego działania z całkowitą pewnością pozwoliłoby uniknąć powstania u powódki okołoporodowej encefalopatii, ale niewątpliwie zmniejszyło ryzyko wystąpienia tego rodzaju powikłania porodu.

/dowód: opinia (...) Szpitala (...) w B. Kliniki (...) ze Szkołą (...) k. 219 -231, uzupełniająca opinia (...) Szpitala (...) w B. Kliniki (...) ze Szkołą (...) k. 269 -279, uzupełniająca opinia (...) Szpitala (...) w B. Kliniki (...) ze Szkołą (...) k. 344/

Dystorsje występujące w zapisach kardiokokograficznych mogły świadczyć o dyskomforcie płodu w związku ze zmniejszoną ilością wód płodowych w macicy, natomiast nie wskazywały na konieczność bezwzględnej interwencji i zakończenia ciąży dla zapobieżenia stanowi niedotlenienia płodu. Znane konsekwencje porodu dla noworodka wskazują, iż efekt przeprowadzenia cesarskiego cięcia byłby korzystniejszy dla dziecka. Na celowość takiego działania położniczego wskazywały nieprawidłowe skurcze macicy oraz odpłynięcie zielonych wód płodowych u ciężarnej ze zmniejszoną ilością wód płodowych. Odpłynięcie zielonych wód płodowych jest zjawiskiem, które może wystąpić nawet przy krótkim okresie niedotlenieniu płodu i może być istotną wskazówką powyższego faktu. Ponieważ zielone wody płodowe zawierające smólkę mogą być aspirowane do dróg oddechowych należy przyjąć, że stanowią istotne zagrożenie dla rodzącego się noworodka. Odpływanie wód płodowych o zielonym zabarwieniu nie jest rzadkie jednak wymaga reakcji ze strony prowadzącego poród. Wskazuje na kłopoty płodu z oddychaniem. Nie wyklucza urodzenia się zdrowego dziecka. Ostatnia faza porodu powinna być monitorowana za pomocą badania kardiokokograficznego. Nie można określić kiedy rozpoczęło się niedotlenienie płodu i jak długo trwało.

/dowód: opinia biegłego z zakresu ginekologii i położnictwa prof. dr hab. n. med. T. P. k. 137 -138, uzupełniająca opinia biegłego z zakresu ginekologii i położnictwa prof. dr hab. n. med. T. P. k. 158 -159, uzupełniająca opinia biegłego z zakresu ginekologii i położnictwa prof. dr hab. n. med. T. P. protokół k. 183, adnotacje: 00:07:50 - 00:35:00, 00:37:25 -00:39:00/

Sąd zważył, co następuje:

Powództwo jest usprawiedliwione co do zasady. Roszczenie zgłoszone w pozwie ma charakter odszkodowawczy jest wywodzone z faktu popełnienia deliktu przez pracowników strony pozwanej przy wykonywaniu powierzonych im czynności polegających na świadczeniu opieki zdrowotnej w czasie poprzedzającym poród powódki oraz w chwili jej porodu.

Odpowiedzialność odszkodowawcza w ramach reżimu ex delicto opiera się na trzech przesłankach określonych w art. 415 k.c. to jest: bezprawności działania lub zaniechania, winie osoby, która dopuściła się bezprawnego działania lub zaniechania oraz szkodzie będącej normalnym następstwem bezprawnego i zawinionego działania bądź zaniechania. Zgodnie natomiast z art. 430 k.c. kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonych jej czynności.

W ustalonym stanie faktycznym nie ma podstaw do stwierdzenia, że osoby, którym pozwany zakład opieki zdrowotnej powierzył wykonywanie czynności związanych z opieką okołoporodową nad powódką i jej matką, błędnie określili czas i drogę porodu. Natomiast w czasie porodu, w momencie zainicjowania stymulacji farmakologicznej porodu oksytocyną i stwierdzeniu odpłynięcia zielonego płynu owodniowego, doszło do istotnego uchybienia diagnostycznego, polegającego nieadekwatnym do sytuacji położniczej monitorowaniu stanu płodu. Ze względu na zastosowanie farmakologicznej stymulacji aktywności skurczowej, obecność smółki w płynie owodniowym, podejrzany wynik ostatniego zapisu kardiokokograficznego wykonanego pomiędzy 0:59, a 1:25 w związku z powtarzającymi się deceleracjami zmiennymi, zaleconą metodą nadzoru stanu płodu było ciągłe

monitorowanie kardiotokograficzne połączone z rejestracją zapisu KTG, a przynajmniej z rejestracją okresową, czego w tym przypadku zaniechano, co mimo okresowego osłuchiwania czynności serca płodu, ograniczało możliwości rozpoznania niedotlenienia płodu i ewentualne podjęcie interwencji położniczej, zwiększając tym samym stopień położniczego ryzyka okołoporodowego.

Bezprawność w prawie cywilnym oznacza sprzeczność zachowania się sprawcy z przepisami prawa zawartymi w różnych jego gałęziach oraz z zasadami współżycia społecznego, czy też dobrymi obyczajami (por. np. W. Czachórski, w: System Prawa Cywilnego, t. III, cz. 1, Ossolineum 1981, s. 533-534, Z. Radwański, Zobowiązania – część ogólna, Warszawa 2001, s. 170 i nast.; G. Bieniek, w: Komentarz do Kodeksu cywilnego. Księga trzecia. Zobowiązania. Tom I, Warszawa 2009, s. 294; A. Olejniczak, w: Kidyba, Komentarz KC 2010, III, s. 357; wyrok SN z 10.2.2010 r., V CSK 287/09, OSP 2012, Nr 10, poz. 95; wyr. SN z 20.1.2009, II CSK 423/08, Legalis). Dominujące w polskiej nauce i praktyce szerokie ujęcie bezprawności związane jest z tradycyjnym zaliczaniem do kryteriów bezprawności nie tylko przepisów ustawy, ale i wyznaczających reguły ostrożności zasad współżycia społecznego, zasad wykonywania zawodu, czy też zdrowego rozsądku (por. R. Longchamps de Bérier, Zobowiązania, s. 231 i nast.; M. Sośniak, Bezprawność zachowania, s. 102 i nast.; W. Czachórski, w: System, t. III, cz. 1, s. 533 i nast.; W. Czachórski Zobowiązania. Zarys wykładu. Warszawa 2004, s. 202; G. Bieniek, w: Komentarz 2009, I, s. 296-297; A. Olejniczak, w: Kidyba, Komentarz KC 2010, III, s. 357). W innym ujęciu za bezprawne należy uznać każde zachowanie naruszające dobra podmiotu prawa cywilnego, z którego wynika szkoda, tak długo, jak długo nie zachodzi dodatkowa okoliczność, z którą przepis prawa lub powszechnie uznane zasady wiążą wyłączenie bezprawności (por. B. Lanckoroński, w: K. Osajda, Kodeks cywilny. Komentarz. Warszawa 2013, Legalis, komentarz do art. 415, Nb 43 i powołana tam literatura).

Skoro pracownicy strony pozwanej, mimo ciężącego na nich szczególnego, prawnego obowiązku podejmowania działań służących ochronie zdrowia płodu, zaniechali właściwej diagnostyki i nadzoru stanu płodu w ostatniej fazie porodu, co zwiększało stopień położniczego ryzyka okołoporodowego, w szczególności ryzyko urazu niedotlenieniowo – niedokrwiennego płodu, ich zaniechanie należy uznać za sprzeczne z nakazem działania, a w konsekwencji – za bezprawne (por. wyrok SN z 20.1.2009, II CSK 423/08, L.).

Przyjęcie winy jako przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej oznacza, że podstawą zasądzenia odszkodowania będzie każdy najmniejszy nawet stopień zawinienia, a więc do granic culpa levissima. Według dominującej obecnie w nauce prawa cywilnego teorii normatywnej wina sprowadza się najogólniej do możliwości postawienia sprawcy zarzutu niewłaściwego zachowania się. Przy takim założeniu niedbalstwo ocenia się według zobiektywizowanego kryterium staranności (stosowanie miernika in abstracto). Nie uwzględnia się zatem rzeczywistych cech osobowych sprawcy, a jedynie zachowanie się sprawcy w ściśle określonych warunkach zewnętrznych. Zobiektywizowanie kryteriów niedbalstwa wynika nie tylko z treści obowiązujących przepisów (art. 355 k.c.), ale także z potrzeb natury dowodowej, ułatwia bowiem przeprowadzenie dowodu winy. Nie oznacza to jednak, iż model starannego postępowania musi być w każdym przypadku jednakowy. Wynika to wprost z treści art. 355 § 1 odwołującego się do staranności ogólnie wymaganej w stosunkach danego rodzaju. Wyznaczenie modelu staranności właściwego dla stosunku danego rodzaju pozwala na dokonanie oceny uwzględniającej zachowanie się sprawcy w ściśle określonych warunkach zewnętrznych (por. Z. Banaszczyk (w:) Kodeks cywilny. Komentarz do art. 1 – 449¹⁰ pod red. Krzysztofa Pietrzykowskiego, Wydawnictwo C.H.Beck 2013, Legalis, komentarz art. 415, Nb 19 -20 i powołana tam literatura). W odniesieniu do szkody wyrządzonej przez lekarza Sąd Najwyższy wskazał, iż w takich przypadkach wzorzec staranności wyznaczany jest przez wiele indywidualnych czynników, takich jak: "(...) kwalifikacje (specjalizacja, stopień naukowy), posiadane doświadczenie ogólne i przy wykonywaniu określonych zabiegów medycznych, charakter i zakres kształcania się w pogłębianiu wiedzy medycznej i poznawaniu nowych metod leczenia (...)" (por. wyr. SN z 10.2.2010 r., V CSK 287/09, OSP 2012, Nr 10, poz. 95).

Odnosząc przytoczone wyżej stanowisko do realiów ustalonego stanu faktycznego sprawy, stwierdzić należy, iż zaniechanie właściwego nadzoru stanu płodu w ostatniej fazie porodu przez lekarzy zatrudnionych w pozwanej placówce medycznej, było sprzeczne z obiektywnym wzorcem należytej staranności lekarza działającego w takich warunkach. Strona pozwana nie podnosiła, iż podjęcie właściwej diagnostyki wykraczało poza kwalifikacje, wiedzę

i doświadczenie jej pracowników bądź wiązało się nowymi metodami leczenia, których jeszcze nie poznali. W konsekwencji zachodzą podstawy do postawienia pracownikom strony pozwanej zarzutu bezprawnego zaniechania, czyli sprzecznego z nakazem podjęciem działania.

Odnosząc się do kluczowego zagadnienia związku przyczynowego między zaniechaniem przez pracowników pozwanego zakładu opieki zdrowotnej właściwej diagnostyki stanu zdrowia powódki w okresie porodu, a skutkiem w postaci rozwoju u dziecka mózgowego porażenia dziecięcego z niedowładem czterokończynowym, na wstępie stwierdzić należy, że jak przyjęto w doktrynie i orzecznictwie, jeśli zdarzenie szkodzące ma postać zaniechania, ustalenie związku przyczynowego nie polega na badaniu czy szkoda wystąpiłaby, gdyby zaniechanie nie miało miejsca, ale czy gdyby zamiast zaniechanego działania podjęto właściwe (nakazane) działania to szansa wystąpienia szkody uległaby istotnemu zmniejszeniu (por. A. Koch, Związek przyczynowy jako podstawa odpowiedzialności odszkodowawczej w prawie cywilnym, Warszawa 1975, s. 74). Biorąc pod uwagę hipotetyczny charakter przebiegu zdarzeń nie jest wymagane jednoznaczne stwierdzenie, że gdyby podjęto nakazane działanie szkoda z całą pewnością nie wystąpiłaby, wystarczające jest dowiedzenie, że nakazane działanie znacznie zmniejszyłoby prawdopodobieństwo wystąpienia szkody (por. wyrok SN z 24.5.2005 r., V CK 654/04, Legalis, wyrok z 27.5.1958 r. II CR 469/57, OSP 1960, poz. 170, P. Sobolewski, w: K. Osajda, Kodeks cywilny. Komentarz. Warszawa 2013, Legalis, komentarz do art. 361, Nb 20 -21). Ponieważ ocena przyczynowości zaniechania ma charakter hipotetyczny, nie jest możliwe wykazanie, że nakazane działanie wykluczyłoby powstanie szkody, wystarczające jest udowodnienie, że legalne zachowanie zmniejszyłoby prawdopodobieństwo wystąpienia szkody (por. P. Sobolewski, w: K. Osajda, Kodeks cywilny. Komentarz. Warszawa 2013, Legalis, komentarz do art. 361, Nb 23). Zaznaczyć także należy, że w przypadku szkód związanych z leczeniem, poszkodowany z reguły nie jest w stanie w sposób ścisły udowodnić oddziaływania czynnika szkodzącego. W celu ułatwienia poszkodowanym dochodzenia odszkodowania w orzecznictwie przyjmowana jest konstrukcja tzw. dowodu *prima facie*, który polega na wykazaniu prawdopodobieństwa istnienia związku przyczynowego. W wyroku z 17.6.1969 r. (II CR 165/69, L.) Sąd Najwyższy stwierdził, że "Istnienie takiego związku, gdy chodzi o zdrowie ludzkie z reguły nie może być absolutnie pewne, to też do przyjęcia go wystarcza, gdy jest on ustalony z dostateczną dozą prawdopodobieństwa". W wyroku z 4.10.1974 r. (II CR 415/74, L.) Sąd Najwyższy uznał, że dla ustalenia odpowiedzialności za zakażenie w trakcie pobytu w szpitalu wystarczające jest udowodnienie złego stanu sanitarnego placówki, który stwarzał prawdopodobieństwo takiego zakażenia, nierealne jest stawianie przed poszkodowanym wymogu ścisłego udowodnienia, jakimi drogami infekcja przedostała się do organizmu. Podobnie w wyroku z 4.11.2005 r. (V CK 182/05, L.) Sąd Najwyższy przyjął, że dla przyjęcia istnienia związku przyczynowego między pobytym pacjenta w szpitalu a doznany zakażeniem wystarczające jest ustalenie istnienia "prawdopodobieństwa wysokiego stopnia".

Rozważając zagadnienie związku przyczynowego na gruncie ustalonego stanu faktycznego na wstępie podnieść należy, iż jest wysoce prawdopodobne, że porażenie mózgowe, które rozwinęło się u powódki zostało wywołane ostrym niedotlenieniem śródporodowym. Wskazuje na to nie tylko dowód z opinii instytutu naukowo – badawczego. Należy bowiem zwrócić uwagę na argumentację strony powodowej opartą na opinii prof. nadzw. dr hab. n. med. E. G., specjalisty z zakresu neonatologii sporządzonej w postępowaniu przed Okręgową Izbą Lekarską w Ł.. Argumentacja ta odwołując się do zasad wiedzy medycznej również wskazuje na uraz okołoporodowy niedotlenieniowo – niedokrwienny jako przyczynę rozwoju u powódki encefalopatii niedotlenieniowo – niedokrwiennej, która w kolejnym roku życia, ze względu na progresję objawów neurologicznych, pozwoliła na postawienie rozpoznania mózgowego porażenia dziecięcego, małopłócia, padaczki i zespołu (...), a sekwencja zmian obserwowanych w stanie neurologicznym dziecka oraz w badaniach obrazowych (USG, tomografia), jak również następstwa neurologiczne wskazują na ewolucję charakterystyczną dla okołoporodowej encefalopatii niedotlenieniowo – niedokrwiennej.

Wskazać także należy na zbieżne wnioski wynikające z opinii instytutu naukowego – badawczego oraz argumentacji powódki opartej na treści opinii prof. E. G. co do wystąpienia ciężkiego niedotlenienia w fazie porodu, która nie była monitorowana kardiokograficznie. W opinii instytutu naukowo – badawczego podniesiono, iż prawidłowe wyniki badań KTG w zakresie amplitudy zmienności (oscylacji) czynności serca płodu – ostatnio 30.03.2008 r. o godz. 21.30 w zasadzie wykluczały w tym okresie proces przewlekłego lub ciężkiego niedotlenienia i kwasicy płodu,

którym zawsze towarzyszy zanik zmienności częstości serca płodu. Z kolei z opinii prof. E. G. wynika, iż uraz okołoporodowy niedotlenieniowo –niedokrwienno miał miejsce niewątpliwie w ostatniej fazie porodu, najpóźniej 10 -15 minut urodzeniem się dziecka, z tym, że nie można wykluczyć nakładania się ostrego niedotlenienia na incydenty niedotlenienia występujące w czasie ostatnich godzin poprzedzających poród.

Z poczynionych ustaleń wynika, iż zaniechanie odpowiedniego sposobu monitorowania stanu płodu w końcowej fazie porodu zmniejszało szanse na wykrycie stanu zagrożenia i podjęcie interwencji we właściwym momencie. Jeżeli podczas porodu zostałyby zastosowane w pełni prawidłowe monitorowanie stanu płodu, istnieje dość duże prawdopodobieństwo, że umożliwiłoby ono rozpoznanie stanu zagrożenia płodu. Biorąc pod uwagę stan noworodka po porodzie jest niemal pewne, że prawidłowe monitorowanie stanu płodu ujawniłoby objawy wskazujące na możliwość procesu niedotlenienia wewnątrzmacicznego, a taka sytuacja stwarzałaby prawdopodobieństwo podjęcia przez lekarzy adekwatnych do sytuacji działań medycznych, które zwiększyłyby szanse powódki na uniknięcie encefalopatii niedokrwienno –niedotlenieniowej noworodka, a prawdopodobnie również porażenia mózgowego. W konsekwencji istnieje prawdopodobieństwo związku przyczynowo –skutkowego pomiędzy zaniechaniem właściwego monitorowania stanu płodu, a powstaniem u powódki okołoporodowej encefalopatii niedokrwiennej. Wprawdzie nie można stwierdzić, że podjęcie przez personel strony pozwanej właściwego działania z całkowitą pewnością pozwoliłoby uniknąć powstania u powódki okołoporodowej encefalopatii, ale niewątpliwie zmniejszyłoby ryzyko wystąpienia tego rodzaju powikłania porodu.

W tym stanie rzeczy wobec zaktualizowania się wszystkich przesłanek odpowiedzialności deliktowej określonych w przepisach art. 415 w zw. z art. 430 k.c. roszczenie okazało się usprawiedliwione co do zasady.