

Sygn. akt I C 894/14

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 10 maja 2017r.

Sąd Okręgowy w Siedlcach Wydział I Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący SSO Agnieszka Troć

Protokolant st.sekr.sąd. Katarzyna Łęczycka

po rozpoznaniu w dniu 26 kwietnia 2017 r. w Siedlcach

na rozprawie

sprawy z powództwa J. S. (1)

przeciwko (...) Sp. z o.o. w S.

o zapłatę, rentę i ustalenie

I. powództwo oddała;

II. odstępuje od obciążania powoda J. S. (1) kosztami procesu.

Sygn. akt I C 894/14

UZASADNIENIE

J. S. (1) pozwem z dnia 28 lipca 2014 roku skierowanym przeciwko (...) Spółce z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w S. wniósł o zasądzenie od pozwanego kwoty 214 861,52 zł, w tym tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, ból i cierpienie oraz utratę zdrowia kwoty w wysokości 200 000 zł wraz z odsetkami ustawowymi od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty, tytułem odszkodowania kwoty w wysokości 14 861,52 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty. Ponadto powód wniósł o zasądzenie od pozwanego skapitalizowanej renty za okres od dnia 1 stycznia 2013 roku do dnia 30 czerwca 2014 roku w kwocie 18 000 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty oraz stałej renty z tytułu zwiększonych potrzeb i wydatków w wysokości 1000 zł miesięcznie począwszy od 1 lipca 2014 roku, płatnej z góry do dziesiątego dnia każdego miesiąca wraz z ustawowymi odsetkami w przypadku uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat. Powód wniósł również o zobowiązanie pozwanego na podstawie art. 444 § 1 k.c. do wyłożenia z góry kwoty w wysokości 60 000 zł jako niezbędnej na koszty leczenia powoda a także o ustalenie odpowiedzialności pozwanego na przyszłość za mogące nastąpić skutki błędu leczenia, a mające istotny wpływ na stan zdrowia i leczenia powoda. W uzasadnieniu powód wskazał, że w dniu 4 października 2011 roku wykonano u niego badanie USG naczyń domózgowych, w wyniku którego stwierdzono 80 % zwężenie tętnicy szyjnej wewnętrznej lewej, skutkujące ograniczeniem jej drożności. W dniu 18 października 2011 roku w związku z powyższym powód został przyjęty do pozwanego szpitala na oddział chirurgii ogólnej i naczyniowej, gdzie po wykonaniu szeregu badań i zakwalifikowaniu do operacji udrożnienia zwężonej tętnicy szyjnej, operacja ta została przeprowadzona przez specjalistę chirurga S. M. w asyście lek. S. J., zatrudnionych przez pozwanego szpital. Po przeprowadzonej u pozwanego operacji kilkakrotne badania USG tętnic szyjnych potwierdziły 100 % niedrożność wyżej wymienionych tętnic. Powód zasięgnął konsultacji profesora doktora habilitowanego medycyny W. S., który wyjaśnił mu, że zastosowana metoda leczenia operacyjnego była nieprawidłowa, gdyż dodatkowo należało przeprowadzić zewnętrzne obejście chorego miejsca tętnicy. Obecnie nie ma możliwości reoperacji tętnicy szyjnej

celem jej udrożnienia a pozostaje jedynie leczenie farmakologiczne. Powód wskazał, że z każdym dniem od operacji jego stan zdrowia pogarsza się, co dotyczy również pogorszenia stanu psychicznego powoda. Wszystkie występujące u powoda objawy mają związek z niedokrwieniem mózgu, które wobec błędu leczenia powoda u pozwanego jest większe niż było przed zastosowanym zabiegiem operacyjnym. Zdaniem powoda załączone do pozwu dowody wskazują, że mamy do czynienia ze zdarzeniem medycznym w postaci uszkodzenia ciała będącego następstwem niezgodnego z aktualną wiedzą leczenia operacyjnego powoda. Stan taki skutkuje uprawnieniem do wysuwania przez niego roszczeń odszkodowawczych. Lekarz zatrudniony u pozwanego swoim działaniem naruszył art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty. W dalszej części uzasadnienia powód przedstawił sposób w jaki określił w pozwie wysokości dochodzonych kwot. Przed wniesieniem powództwa powód wezwał pozwanego jak i ubezpieczyciela pozwanego od odpowiedzialności cywilnej – (...) S.A. do wypłaty świadczenia, jednakże (...) S.A. odmówiła przyjęcia odpowiedzialności za zdarzenia medyczne (karta 2 – 10).

W odpowiedzi na pozew (...) sp. z o.o. siedzibą w S. wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego wg norm przepisanych. Pozwany wniósł również o zawiadomienie (...) S.A. w W. o toczącym się sporze pomiędzy powodem a pozwanym i wyzwanie go do wzięcia udziału w sprawie. W uzasadnieniu wskazano, że niedrożność tętnicy we wczesnym okresie pooperacyjnym mogła wynikać z trudności śródoperacyjnych oraz sposobu wykonania zabiegu operacyjnego i wystąpienia powikłania leczenia operacyjnego zwężenia tętnic szyjnych. Natomiast restenoza stwierdzona w późniejszym okresie (powyżej dwunastu miesięcy od daty wykonania zabiegu) traktowana jest jako możliwa progresja zmian miażdżycowych. Zdaniem pozwanego aktualny stan zdrowia powoda nie został wywołany błędem w sztuce (k.170-172).

Na rozprawie strony podtrzymały swoje stanowiska, zaś powód dodatkowo wniósł o nieobciążanie go kosztami procesu.

Sąd Okręgowy ustalił co następuje:

J. S. (1) urodził się w (...) roku. Jest emerytowanym żołnierzem zawodowym i zamieszkuje sam w S., we własnym mieszkaniu. Od roku 2000 powód leczył się w poradni kardiologicznej z powodu nadciśnienia. Chorował również na cukrzycę a także cierpiał na bóle kręgosłupa, w związku z czym był rehabilitowany. Korzystał też z opieki okulistycznej w związku z wadą wzroku i laryngologicznej z uwagi na wadę słuchu (historia choroby k.55-66, zeznania powoda k.501v). W dniu 28 maja 2008 r. i 22 czerwca 2011 r. zostały wydane przez (...) ds. Orzekania o Niepełnosprawności w S. postanowienia o zaliczeniu powoda do stopnia niepełnosprawności umiarkowanego, w którym wskazano, że powinien on korzystać z poradni audiologicznej, kardiologicznej, rehabilitacyjnej i (...) (orzeczenia k.147-148). W roku 2011 powód zaczął odczuwać dolegliwości w postaci zawrotów głowy. W dniu 4 października 2011 roku powód miał wykonane badanie USG D. tętnic domózgowych przez lek. M. C. (1) specjalistę radiologa, w którym stwierdzono zwężenie tętnicy szyjnej wewnętrznej lewej 80 %. Badanie zostało powtórzone w dniu 5 października 2011 r. z podobnym wynikiem (badania k.13-15). Na podstawie tego badania oraz zgłaszanych dolegliwości – okresowych zawrotów głowy z towarzyszącymi omdleniami powód został zakwalifikowany przez dr S. M. – specjalistę chirurga do leczenia operacyjnego i w dniu 18 października 2015 roku przyjęty na oddział chirurgii ogólnej i naczyniowej (...) Szpitala Wojewódzkiego i przygotowany do leczenia operacyjnego. Powodowi wykonano badania laboratoryjne, w których nie stwierdzono istotnych odchyłeń od normy. Powód podpisał świadomą zgodę na leczenie operacyjne oraz na proponowane znieczulenie. Zabieg operacyjny udrożnienia tętnicy szyjnej wewnętrznej lewej został wykonany w dniu 20 października 2011 roku. Operacja rozpoczęła się o godzinie 9.40. Operował dr S. M. specjalistach chirurg w asyście doktora S. J. specjalisty chirurgii naczyniowej. Śródoperacyjnie oceniono zmianę w tętnicy szyjnej jako powodującą zwężenie powyżej 70 %. Zabieg odbył się w sposób typowy. Operację zakończono o godzinie 11.00. Następnie powód został przyjęty na salę pooperacyjną, był przytomny, z prawidłowym kontaktem, wymagał stosowania leków obniżających ciśnienie krwi. Stosowano w leczeniu Acard, Clexan. Powód został wpisany ze szpitala w dniu 22 października 2011 roku z zaleceniem stosowania leku Polocard w dawce 1 x 150 mg oraz kontroli w poradni chirurgicznej (dokumentacja lekarska k.16-38, zeznania świadka S. M. k.215v-216, zeznania świadka S. J. k.216v-217). W dniu 6 grudnia 2011 roku lek. M. C. (1) wykonała powodowi badanie kontrolne USG D. tętnic mózgowych, w którym stwierdziła brak kodowania kolorem operowanego naczynia i obrzęk tkanek miękkich, który utrudnia interpretację.

Tętnice po stronie prawej były drożne (badanie k.39). Kolejne badania wykonano w dniach 16 stycznia, 8 lutego, 24 lutego 2012 roku i wykazały one niedrożność tętnicy szyjnej wspólnej, wewnętrznej i zewnętrznej po stronie lewej (badania k.41-44). Kolejne badanie z dnia 15 maja 2012 roku dało podobny wynik do poprzednich, przy czym powoda skonsultował prof. W. S. w Klinice (...) w W.. Odnotowano wówczas u powoda niedrożność zakrzep tętnicy szyjnej wspólnej wewnętrznej i zewnętrznej lewej bez możliwości reoperacji, zwężenie około 65 % tętnicy szyjnej wewnętrznej prawej do obserwacji i leczenia farmakologicznego (konsultacja i badanie k.46-47). Kolejne badania USG powód wykonał w grudniu 2012 roku, lipcu 2013 roku i kwietniu 2014 roku, w których uzyskano wynik podobny do wykonanych poprzednio badań (badania k.49-54).

Obecnie powód leczy się i kontroluje w Klinice (...) w W. oraz w poradni psychiatrycznej, otolaryngologicznej, neurologicznej i POZ. Uskarża się na pogorszenie wzroku, słuchu, trudności ze snem, brak chęci do życia, obniżony nastrój, zaburzenia pamięci i koncentracji uwagi, zawroty i bóle głowy. Przy cięższych pracach domowych korzysta z pomocy innych osób. Zaprzestał jazdy samochodem jako kierujący ze względu na zachwiania równowagi. Znajomi zaobserwowali u powoda pogorszenie stanu zdrowia i funkcjonowania w życiu codziennym – zachwiania równowagi, niedosłuch, brak energii życiowej (dokumentacja lekarska k.78-92, zeznania powoda k.501v, zeznania A. W. k.199-199v, zeznania D. D. k.199v-200, zeznania E. R. k.200-200v, dokumentacja lekarska k.331-342).

Powód wystąpił do (...) sp. z o.o. oraz (...) S.A., z którym pozwany zawarł umowę w zakresie obowiązkowego ubezpieczenia OC świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki medycznej z roszczeniami odszkodowawczymi. Pismem z dnia 30 stycznia 2013 r. (...) S.A. stwierdziło, że brak jest podstaw do przyjęcia odpowiedzialności i wypłaty świadczenia (korespondencja k.73-75, 94-99, 104-108).

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Powództwo podlegało oddaleniu w całości.

Powód występując z roszczeniem przeciwko pozwanej placówce medycznej swoje roszczenie opierał na przekonaniu, iż jego aktualny zły stan zdrowia jest skutkiem niewłaściwie przeprowadzonego przez personel pozwanego zabiegu udrożnienia tętnicy szyjnej. Podstawy prawnej odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego poszukiwać należy więc w treści art. 415 k.c. w zw. z art. 430 k.c. Art. 415 k.c. przewiduje, że ten kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia. Natomiast art. 430 k.c. stanowi, że kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazań, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności.

W związku z powyższym należało ustalić, czy wystąpiło zdarzenie, z którym system prawny wiąże obowiązek naprawienia szkody, czy zachodzi związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy zachowaniem się personelu pozwanego Szpitala wobec powoda a szkodą, a także czy zaistniała szkoda po stronie powoda. Poczynienie ustaleń na okoliczność, czy zachowanie personelu medycznego pozwanego Szpitala było zawinione i czy wykraczało poza zasady wiedzy i etyki lekarskiej wymagało wiadomości specjalnych. Z uwagi na specyfikę procesów tego typu dokonując ustaleń faktycznych Sąd musi się posilkować opinią biegłych, gdyż umożliwia ona analizę i ocenę ustalonych okoliczności sprawy przez pryzmat niezbędnej wiedzy. Opinia ma na celu ułatwienie sądowi należytej oceny zebranego w sprawie materiału wtedy, gdy potrzebne są do tego wiadomości specjalne (wyrok SN z dnia 11 lipca 1969 r., sygn. akt I CR 140/69, OSNCP rok 1970, nr 5, poz. 85). W ograniczonym zakresie opinia biegłego może być źródłem materiału faktycznego sprawy, na jej podstawie możliwe jest dokonanie ustalenia okoliczności będących przedmiotem wiedzy biegłego (wyroki SN: z dnia 6 maja 1957 r., sygn. akt III CR 38/57, OSN rok 1958, nr 2, poz. 47 i z dnia 17 listopada 1967 r., sygn. akt I PR 355/67, OSNCP rok 1968, nr 6, poz. 109; wyrok SN z dnia 20 czerwca 1984 r., sygn. akt II CR 197/84, OSNCP rok 1985, nr 2-3, poz. 37).

Powszechnie przyjmuje się, że błędem lekarskim jest zaniechanie lekarza w zakresie diagnozy i terapii, niezgodne z nauką medyczną w zakresie lekarzowi dostępnym. Błąd lekarski czy to pod postacią błędu diagnostycznego, terapeutycznego, wykonawczego sam nie pociąga za sobą odpowiedzialności cywilnej. Dla przyjęcia istnienia

takiej odpowiedzialności konieczne jest stwierdzenie zawinienia przez lekarza, czyli braku należytej staranności w wykonywaniu swoich obowiązków. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 10 lutego 2010 r. (sygn. akt V CSK 287/09) wskazał, że „jeżeli zachowanie lekarza przy dokonywaniu zabiegu medycznego odbiega na niekorzyść od przyjętego, abstrakcyjnego wzorca postępowania lekarza, przemawia to za jego winą w razie wyrządzenia szkody. Wzorzec jest budowany według obiektywnych kryteriów takiego poziomu fachowości, poniżej którego postępowanie danego lekarza należy ocenić negatywnie. Właściwy poziom fachowości wyznaczają kwalifikacje (specjalizacja, stopień naukowy), posiadane doświadczenie ogólne i przy wykonywaniu określonych zabiegów medycznych, charakter i zakres dokształcania się w pogłębianiu wiedzy medycznej i poznawaniu nowych metod leczenia. O zawinieniu lekarza może zdecydować nie tylko zarzucenie mu braku wystarczającej wiedzy i umiejętności praktycznych, odpowiadających aprobowanemu wzorcowi należytej staranności, ale także niezręczność i nieuwaga przeprowadzanego zabiegu, jeżeli oceniając obiektywnie nie powinny one wystąpić w konkretnych okolicznościach. Nie chodzi zatem o staranność wyższą od przeciętnej wymaganej wobec lekarza, lecz o wysoki poziom przeciętnej staranności każdego lekarza, jako staranności zawodowej (art. 355 § 2 KC) i według tej przeciętnej ocenianie konkretnego zachowania.” Art. 355 k.c. stanowi, że nie ma jednego, powszechnie obowiązującego wzorca, lecz trzeba go określić z uwzględnieniem ”staranności ogólnie wymaganej w stosunkach danego rodzaju”. Ma to być wzorzec formułowany według kryteriów obiektywnych. Nie są więc uwzględniane indywidualne cechy podmiotu, jego właściwości osobiste. Powszechnie akceptowane jest konstruowanie mierników staranności dla typowych sytuacji, uwzględniając stronę podmiotową stosunku oraz treść i przedmiot zobowiązania. Oznacza to, że pewne przymioty, uzdolnienia i kwalifikacje będą uwzględniane w takim zakresie, w jakim objęte są powszechnie żywionymi oczekiwaniami dla stosunków danego rodzaju. W konsekwencji, ich brak u dłużnika oznaczać będzie jego winę, nawet, jeżeli nie zdawał sobie sprawy ze swoich ograniczeń (A. Olejniczak - Kodeks cywilny. Komentarz Tom III pod redakcją A. Kidyby).

Dla przyjęcia ewentualnej winy lekarza (za błąd lekarski), która ma najczęściej postać niedbalstwa koniecznym jest ustalenie, że zachowanie sprawcy świadczy o nieprzestrzeganiu zasad, które są oczywiste w aktualnym stanie wiedzy i zasad staranności dla prezentującego określoną specjalizację lekarza. Dotyczy to takich działań, które mógł i powinien podjąć w normalnym przebiegu leczenia, nie można natomiast wymagać przewidywania powikłań, które występują z minimalnym prawdopodobieństwem. Wskazać też należy, iż w zakresie odpowiedzialności za szkody na zdrowiu wyrządzone przez lekarzy przyjmuje się, że istnienie związku przyczynowego z reguły nie może być absolutnie pewne, wystarczy więc jego ustalenie z dostateczną dozą prawdopodobieństwa (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 30 października 2012 r., sygn. akt I ACA 650/12). W orzecznictwie utrwalony jest bowiem pogląd, zgodnie z którym w procesach lekarskich niemożliwe jest poczynienie takiego ustalenia, ponieważ w większości wypadków można mówić tylko o prawdopodobieństwie wysokiego stopnia, rzadko natomiast o pewności, czy wyłączności przyczyny. Jeżeli zachodzi prawdopodobieństwo wysokiego stopnia, że działanie lub zaniechanie ze strony personelu szpitala było przyczyną szkody, można uznać związek przyczynowy za ustalony (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 maja 2014 r., sygn. akt V CSK 353/13).

Przed dopuszczeniem dowodu z opinii biegłych zgromadzona została w sprawie dokumentacja medyczna obrazująca przebieg leczenia w pozwanej placówce oraz leczenia przed zabiegiem z dnia 20 października 2011 r. i po jego wykonaniu. Przesłuchani zostali również świadkowie – znajomi powoda, którzy zrelacjonowali zaobserwowane przez siebie złe funkcjonowanie powoda wynikające z pogorszenia się jego stanu zdrowia. Zeznania w charakterze świadków złożyli również pracownicy pozwanego szpitala – lekarze biorący udział w wykonywaniu zabiegu, którzy przedstawili jego przebieg a także zastosowane wobec powoda przedoperacyjne procedury i postępowanie po operacji. Powyższe dowody Sąd uznał za wiarygodne. Brak było podstaw do ich kwestionowania. Żadna ze stron nie zgłosiła też w tym zakresie zastrzeżeń czy wniosków.

W przedmiotowej sprawie wzorzec starannego działania lekarza obejmował przeprowadzenie, zgodnego z aktualną wiedzą medyczną i umiejętnościami praktycznymi zabiegu operacyjnego udrożnienia zwężonej tętnicy szyjnej.

W sprawie został dopuszczony w pierwszej kolejności dowód z pisemnej opinii biegłego z zakresu chirurgii naczyniowej M. C. (2). Biegły zapoznał się z materiałem dowodnym i przeprowadził badanie powoda. Biegły opisał schemat postępowania medycznego w przypadku zwężenia tętnicy szyjnej wewnętrznej. Zaznaczył, że zabiegi na

tętnicach szyjnych są to jedne z najtrudniejszych zabiegów chirurgii naczyniowej. Zabiegi te są obciążone dość dużym ryzykiem powikłań. Niepodjęcie leczenia obciążone jest natomiast wysokim ryzykiem wystąpienia udaru mózgu. Operacje tego typu powinny być wykonywane w ośrodkach mających doświadczenie w wykonywaniu tego typu zabiegów oraz przez doświadczony, odpowiednio wyszkolony personel medyczny. Biegły po analizie materiału dowodowego stwierdził, że powód został prawidłowo zakwalifikowany do leczenia operacyjnego, gdyż stwierdzono u niego w badaniu USG 80 % zwężenie tętnicy szyjnej wewnętrznej lewej, zaś wykonujący badanie specjalista radiolog nie opisywał trudności diagnostycznych ani nie sugerował wykonywania innych badań obrazowych. Zwężenie tętnicy było objawowe, a więc wiązało się z ryzykiem wystąpienia udaru. Brak było przeciwwskazań do przeprowadzenia tego typu zabiegu. Powód podpisał świadomą zgodę na leczenie operacyjne oraz znieczulenie. Przed zabiegiem wykonane zostały konieczne badania laboratoryjne. Ponadto biegły stwierdził, że przeprowadzony 20 października 2011 roku zabieg udroźnienia tętnicy szyjnej wewnętrznej został przeprowadzony prawidłowo, zgodnie z obowiązującymi standardami, wiedzą medyczną oraz przyjętą praktyką lekarską. W trakcie zabiegu oraz w okresie pooperacyjnym nie stwierdzono u powoda niepożądanych objawów neurologicznych, w tym wystąpienia udaru. Niedrożność tętnic stwierdzono u powoda dopiero 6 grudnia 2011 roku a więc brak jest dowodów, że doszło do niej w okresie okołoperacyjnym i że przyczyną tej niedrożności są nieprawidłowości związane z przeprowadzeniem zabiegu. Zdaniem biegłego do niedrożności mogły doprowadzić m.in. zmiany miażdżycowe i zwężenia wewnątrzczaszkowych odcinkach tętnic szyjnych, zatory czy zaburzenia krzepnięcia krwi. W chwili obecnej nie ma możliwości zbadania, co było tego bezpośrednią przyczyną (opinia karta 231 – 235). W opinii uzupełniającej biegły dodatkowo wskazał, że u powoda nie było konieczności wykonania badań USG po operacji, gdyż nie występowały u niego objawy neurologiczne niedokrwienia mózgu. Biegły dodał, że niemożliwe jest narastanie zmian miażdżycowych w udroźnionej tętnicy w ciągu sześciu tygodni. Stwierdzenie niedrożności pooperacyjnej w tętnicy szyjnej wewnętrznej wiąże się zazwyczaj z jej wykrzepieniem na całej długości, a więc odcinka zewnątrzczaszkowego i wewnątrzczaszkowego. Jeżeli po zabiegu nie dojdzie do całkowitego wykrzepienia, a jedynie odcinkowe zwężenie lub rozwarstwienie ściany tętnicy, może to być spowodowane nieprawidłowym przeprowadzeniem zabiegu i w konsekwencji doprowadzić do wykrzepienia i niedrożności całej tętnicy. W takim przypadku dochodzi do powstania objawów neurologicznych zaraz po zabiegu, do czego nie doszło (karta 252 – 254).

Po uzyskaniu danych dotyczących ilości zabiegów endarterektomii przeprowadzonych w pozwanym szpitalu oraz przez lekarzy S. M. i S. J. (k.281) kolejną opinię w sprawie wydał biegły z zakresu angiologii A. P.. Biegły udzielając odpowiedzi na pytania postawione w tezie dowodowej zawartej w postanowieniu Sądu wyjaśnił jaki jest schemat postępowania w przypadku zwężenia tętnicy szyjnej oraz że zależy on od kilku czynników: od stopnia zwężenia tętnicy, od stwierdzonej lokalizacji zwężenia i jego charakteru, od objawowości neurologicznej, od stanu ogólnego pacjenta, współistnienia innych chorób, zgody pacjenta na proponowane leczenie oraz możliwości terapeutycznych ośrodka leczniczego. Biegły wskazał, że kwalifikacja i propozycja leczenia operacyjnego, jako prewencji przed udarem, w przypadku powoda była prawidłowa. Zdaniem biegłego wynik badania USG winien być zweryfikowany drugim badaniem wykonanym przez innego wykonującego w innym ośrodku lub weryfikacją metodą angio-TK. W wypadku powoda nie dokonano przedoperacyjnej kontroli neurologicznej i kardiologicznej wymaganej w innych ośrodkach. Po analizie opisu przeprowadzonej operacji oraz zeznań lekarzy operujących biegły potwierdził, że operacja przebiegła prawidłowo, zgodnie z przyjętymi standardami, wiedzą medyczną i praktyką i wskazał, że nie było potrzeby stosowania shunt-u jako drogi przepływu krwi do mózgu w okresie zakleszczenia tętnic szyjnych lewych. Obecnie z powodu powstania niedrożności operowanego naczynia nie ma możliwości jego udroźnienia ponownym działaniem zabiegowym, zaś u powoda obserwować można proces miażdżycowy, którego konsekwencje mogą być różne. Przedstawiony schemat badań kontrolnych po operacji jest schematem powszechnie stosowanym. Biegły postawił tezę, że przyczyną powstania niedrożności operacyjnej lewej tętnicy szyjnej było wykrzepienie płynącej krwi w miejscu usunięcia blaszki miażdżycowej i fragmentu błony wewnętrznej. Było to skutkiem niestosowania przez powoda leku zaordynowanego przy wypisie ze szpitala to jest Polocard w dawce 150 mg raz dziennie. Zdaniem biegłego za taką tezę przemawia to, że na podstawie danych z akt sprawy nie można stwierdzić, iż zabieg operacyjny był źle wykonany, że popełniono błąd medyczny, pacjent opuścił szpital w dobrym stanie ogólnym, bez zaburzenia ukrwienia mózgu, nawet w okresie stwierdzenia niedrożności lewej tętnicy szyjnej nie stwierdzono neurologicznych objawów wynikających z niedostatku ukrwienia mózgu, co może świadczyć o powolnym narastaniu skrzeplin w świetle naczynia

oraz o dobrej kompensacji krążenia mózgowego. W przypadku błędu technicznego podczas zabiegu najczęściej dochodzi do miejscowego wykrzepienia w ciągu kilku godzin lub najbliższych dni po operacji, mimo stosowania odpowiedniego leczenia farmakologicznego zapobiegającego wykrzepianiu i taki stan wywołuje objawy neurologiczne – do utrwalonego udaru włącznie. Powód dwukrotnie zapytany przez biegłego o postępowanie pooperacyjne po zakończeniu hospitalizacji uzyskał odpowiedź, że powód nie stosował zaleconego leczenia farmakologicznego (opinia k.303-305). W opinii ustnej biegły dodał, że u powoda nie wystąpiły powikłanie neurologiczne i kardiologiczne i dlatego ta diagnostyka, również USG, nie miały wpływu na tok postępowania i ocenę stanu klinicznego po operacji. Biegły zwrócił uwagę, że powód miał wykonany zabieg zwężenia tętnicy wewnętrznej tylnej lewej a z badań wynika, że niedrożna jest tętnica wewnętrzna i zewnętrzna, co oznacza, że procesem tym jest objęta tętnica wspólna oraz rozgałęzienia na wewnętrzną i zewnętrzną, że skrzeplina rozszerza się (opinia k.355). Biegły wskazał w opinii uzupełniającej pisemnej, że przy założeniu, iż powód stosował się do zaleceń poszpitalnych, przyczyną powstania niedrożności tętnicy mógł być potencjalnie: błąd techniczny, lecz w tym przypadku szybko narastałyby objawy kliniczne neurologiczne, zaś brak jest danych na zaistnienie takiej sytuacji, spadek ciśnienia na tyle znaczący, iż odbił się to na hemodynamice krążenia – brak danych na zaistnienie takiej sytuacji, brak prawidłowej reakcji chorego na leki, choroba typu trombofilii (opinia k.371-372).

Wobec dalszych zastrzeżeń do sporządzonych opinii został dopuszczony dowód z opinii Centrum (...) s.c. w W.. Opinię wydał specjalista chirurgii ogólnej i specjalista angiologii A. B.. W biegły odpowiedział na pytania zadane również poprzednio opiniującym biegłym, a więc jaki jest schemat postępowania medycznego przypadku zwężenia tętnicy szyjnej wewnętrznej. Biegły wskazał, że podstawowym kryterium kwalifikacji do leczenia jest stopień zwężenia tętnicy szyjnej - wg aktualnie obowiązujących wytycznych zwężenie tętnicy poniżej 50 % kwalifikuje chorego do leczenia zachowawczego w każdym przypadku. W przypadku zwężenia poniżej 70 % decyduje stan neurologiczny chorego, zaś przy zwężeniu powyżej 70 % chory kwalifikuje się do leczenia zabiegowego. W ocenie stopnia zwężenia w większości wypadków wystarczające jest badanie USG z D., zaś przypadku zmian trudnych diagnostycznie można posłkować się badaniem angio - TK, ostatecznie arteriografią. Możliwe są 2 sposoby leczenia – otwarta klasyczna enarterektomia oraz wewnątrznacyniowa. Kwalifikując chorego ocenia się jego stan ogólny, przewidywane trudności techniczne, rodzaj i charakter blaszki miażdżycowej. W przypadkach tego wymagających można uzyskać konsultacje specjalistyczne. Konieczna jest ocena anestezjologiczna przed zabiegiem. Wymagane jest wykonanie badań laboratoryjnych i uzyskanie zgody chorego. Zabieg przeprowadza się w znieczuleniu miejscowym lub ogólnym i konieczne jest stosowanie profilaktyki przeciwzakrzepowej śródoperacyjnej i pooperacyjnej. Stosowana jest w leczeniu ambulatoryjnym kontrola USG zazwyczaj w pierwszym, trzecim i szóstym miesiącu po zabiegu lub wg potrzeb. Wskazana jest też systematyczna kontrola neurologiczna. Biegły po analizie akt sprawy ustalił, że czynności diagnostyczne podejmowane wobec powoda były prawidłowe i zgodne z aktualną wiedzą i sztuką lekarską. Brak jest podstawy by stwierdzić, że zaistniały jakiegokolwiek uchybienia w zakresie kwalifikacji powoda do zabiegu operacyjnego. Wymagane procedury przed zabiegiem zostały zastosowane. W dalszej części opinii biegły stwierdził, że analiza dokumentacji medycznej przekonuje, że zabieg operacyjny przeprowadzony w dniu 20 października 2011 roku został przeprowadzony prawidłowo, zgodnie z obowiązującymi wówczas standardami, wiedzą medyczną oraz przyjętą praktyką lekarską. W uzasadnieniu biegły wskazał, że opis operacji jest szczegółowy, dostęp do operowanego naczynia typowy. W trakcie zabiegu stosowano profilaktykę przeciwzakrzepową. Zaciśnięcie operowanego naczynia nie spowodowało pojawienia się objawów niedokrwienia, zaś czas zaciśnięcia operowanego naczynia - 15 minut i całej operacji - 1 godzina 20 minut świadczą o braku problemów śródoperacyjnych i sprawności operatorów. W związku z tym, że okres pooperacyjny przebiegał też bez jakichkolwiek neurologicznych odchyłeń od normy, zaś chory w stanie dobrym został wypisany ze szpitala, brak było wskazań by w trakcie hospitalizacji wykonywać jakiegokolwiek badania obrazowe po operacji. Badanie takie wykonywane bezpośrednio po zabiegu jest badaniem trudnym, nierzadko jego wynik jest wątpliwy, o ile w ogóle możliwy do interpretacji. Manewrowanie głowicą USG w okolicach świeżej rany pooperacyjnej, nawet przy zachowaniu zasad aseptyki zwiększa możliwości infekcje rany. Dlatego rutynowo takiego badania bezpośrednio po operacji nie wykonuje się, o ile nie ma ewidentnych ku temu wskazań. Stan neurologiczny chorego nie budził wątpliwości, zatem wskazań nie było. Badanie angio TK jest badaniem inwazyjnym, nie obojętnym dla zdrowia pacjenta, dlatego też i w jego wypadku muszą być wskazania do jego wykonania. Biegły jednocześnie wskazał, że szczegółowa analiza dokumentacji medycznej nie pozwala na

ustalenie w sposób nie budzący wątpliwości przyczyny powstałej niedrożności. Możliwość wystąpienia powikłań jest nieodłączną częścią leczenia zabiegowego. Całkowita likwidacja tego ryzyka nie jest możliwa. Powikłania zdarzają się w każdym ośrodku. W aktualnych zaleceniach Towarzystwa (...) stwierdzono, że zabieg endarterektomii powinien być wykonywany w ośrodkach, gdzie ryzyko wystąpienia udarów mózgu/zgonów w okresie pooperacyjnym jest mniejsze niż 6 %. Jak wynika z pracy opublikowanej w (...) Polskiej 2013 w oddziale chirurgii naczyniowej Szpitala w S. odsetek udarów i zgonów wyniósł 1,3 %. Odpowiadając na pytanie powoda biegły stwierdził, że operacja była operacją profilaktyczną, której celem jest usunięcie blaszek miażdżycowych mogących skutkować udarem. Osiągnięcie 100 % drożności w miejscu operowanym jest pożądane, lecz nie zawsze możliwe. Zakwalifikowanie powoda do zabiegu należy ocenić jako prawidłowe, gdyż jego stan ogólny, stwierdzona po badaniu morfologia zmian miażdżycowych i jej lokalizacja zezwalały na bezpieczne przeprowadzenie zabiegu. Śródoperacyjnie potwierdzone zostały te założenia i nie stwierdzono istotnych przeszkód w wykonaniu zabiegu. Operacja przebiegła sprawnie i szybko. Diagnostyka przedoperacyjna była prawidłowa i wystarczająca, gdyż wykonano 2 badania USG a ich wynik został potwierdzony śródoperacyjnie. Brak konsultacji kardiologicznej i neurologicznej nie miał żadnego wpływu na przebieg leczenia. Dodatkowo co do diagnostyki pooperacyjnej biegły wskazał, że spekulując można stwierdzić, że nawet gdyby badanie po operacji zostało podjęte, nie wniosłoby niczego do leczenia chorego. Stan neurologiczny pacjenta był prawidłowy a zatem można wnosić, że we wczesnym okresie pooperacyjnym nie stwierdzono by żadnych zmian w ocenianych tętnicach. Prawdopodobnie proces powstawania skrzepliny był powolny i dlatego pozwolił na przejście funkcji zakrzepniętej tętnicy przez inne naczynia. Odwarstwienie i usunięcie blaszek miażdżycowych wraz z błoną wewnętrzną tętnicy jest zjawiskiem sprzyjającym zakrzepom. Powstanie przyściennego zakrzepu w tej okolicy jest zjawiskiem normalnym i aby w sposób kontrolowany te reakcje ograniczyć, stosuje się leki przeciwkrzepliwie i takie leki zostały choremu zaordynowane. Biegły stwierdził, że analiza wykonanych po zabiegu badań wyklucza błąd operatora – nie stwierdzono zwężenia w operowanym miejscu. Możliwe przyczyny zakrzepicy tętnicy omówił w swojej opinii dr M. C. (2). Wykrzepienie krwi mogło nastąpić również przy stosowaniu preparatu P.. Nieprzyjmowanie tego leku mogło się przyczynić do powstania zakrzepicy operowanej tętnicy. Kompetencje lekarzy zostały potwierdzone przez organ zatwierdzający wyniki państwowego egzaminu specjalistycznego, zaś kompetencje oddziału organ zatwierdzający istnienie wyżej wymienionego ośrodka (opinia karta 426 – 436).

Zdaniem Sądu przeprowadzone postępowanie dowodowe nie pozwoliło na poczynienie ustaleń, które pozwoliłyby na przyjęcie odpowiedzialności pozwanej szpitala za aktualny zły stan tętnic szyjnych powoda. Niezmierne istotne jest to, że wszyscy opiniujący w sprawie niezależnie od siebie biegli nie dostrzegli żadnych nieprawidłowości po stronie pozwanej placówki zarówno w procesie kwalifikacji do leczenia operacyjnego, podczas przeprowadzonego zabiegu, jak i w okresie pooperacyjnym. Biegli nie mieli żadnych zastrzeżeń co do wybranej metody leczenia oraz sposobu wykonania zabiegu. Wątpliwości dotyczące tego, czy należało wykonać dodatkowe badanie obrazowe przed operacją, konsultować powoda neurologicznie i kardiologicznie, czy też wykonać bezpośrednio po zabiegu badanie USG, zostały rozwiane, gdyż biegli A. P. i A. B. wyjaśnili, że skoro u powoda nie wystąpiły powikłania neurologiczne i kardiologiczne, badanie śródoperacyjne potwierdziło pierwotną ocenę zwężenia, brak w tym zakresie diagnostyki nie miał żadnego wpływu na przebieg leczenia. Dodatkowo biegły A. B. wyjaśnił, dlaczego nie było wskazań do badań bezpośrednio po operacji i że nawet przeprowadzenie tego badania prawdopodobnie nie przyniosłoby żadnego rezultatu. Biegli podkreślali, że w przypadku nieprawidłowości przy przeprowadzeniu zabiegu udrożnienia zwężonej tętnicy wystąpiłyby u powoda w ciągu kilku godzin lub dni po operacji objawy neurologiczne. Tymczasem objawów takich nie było do stycznia 2012 r.

Sąd uznał wydane opinie za miarodajny materiał dowodowy. Strona powodowa nie podważyła skutecznie wniosków z nich płynących. Nie wykazała, aby były one wewnętrznie sprzeczne, nielogiczne, czy zawierały inne mankamenty świadczące o ich nieprzydatności. Wszystkie opinie zostały wydane przez specjalistów odpowiedniej kwalifikacji i co ważne, są ze sobą spójne.

Reasumując powód nie wykazał, aby pracownicy pozwanej placówki dopuścili się zaniedbań, zaniechań, czy działań sprzecznych z obowiązującymi standardami medycznymi. Nie został też wykazany w najmniejszym stopniu związek

przyczynowy pomiędzy aktualnym stanem zdrowia powoda, związaną z tym ewentualną szkodą a działaniem pozwanej placówki.

Mając na względzie powyższe okoliczności Sąd powództwo oddalił.

Orzekając o kosztach Sąd zastosował art. 102 k.p.c. zarówno w zakresie kosztów poniesionych tymczasowo z sum Skarbu Państwa jak i kosztów pozwanego. Miał na uwadze Sąd sytuację materialną i osobistą powoda. J. S. (2) jest osobą w zaawansowanym wieku, schorowaną, samotną. Utrzymuje się z emerytury, którą w znacznym zakresie przeznaczyć musi na własne utrzymanie oraz leczenie. Pozwany Szpital jest spółką prawa handlowego, korzystającą ze stałej obsługi prawnej. Jego kondycja finansowa jest nieporównywalnie lepsza niż powoda.