Sygn. akt I ACa 618/17

WYROK
W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 12 stycznia 2018 r.

Sąd Apelacyjny w Łodzi I Wydział Cywilny w składzie:

Przewodnicząca: SSA Wiesława Kuberska

Sędziowie: SA Anna Cesarz (spr.)

SO (del.) Rafał Maciejewski

Protokolant: sekr. sąd. Paulina Działońska

po rozpoznaniu w dniu 12 stycznia 2018 r. w Łodzi na rozprawie

sprawy z powództwa M. O.

przeciwko Wojewódzkiemu Szpitalowi (...) w P. Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej z siedzibą w P.

o odszkodowanie, zadośćuczynienie, rentę i ustalenie

na skutek apelacji powódki

od wyroku Sądu Okręgowego w Płocku

z dnia 26 października 2016 r. sygn. akt I C 1812/12

1. ***oddala apelację;***

2. ***nie obciąża powódki kosztami zastępstwa procesowego strony pozwanej w postępowaniu apelacyjnym.***

Sygn. akt I ACa 618/17

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z 26 października 2016 roku Sąd Okręgowy w Płocku w sprawie z powództwa M. O. przeciwko Wojewódzkiemu Szpitalowi (...) w P. Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej z siedzibą w P. o odszkodowanie, zadośćuczynienie, rentę i ustalenie, oddalił powództwo oraz odstąpił od obciążania powódki obowiązkiem zwrotu kosztów procesu pozwanemu oraz obciążania powódki obowiązkiem zwrotu kosztów poniesionych tymczasowo z sum budżetowych Skarbu Państwa.

Wydając powyższe rozstrzygnięcie Sąd Okręgowy ustalił stan faktyczny sprawy, który Sąd Apelacyjny podziela i przyjmuje za własny, a z którego wynika, że do Świąt Bożego Narodzenia w 2010 roku M. O. była osobą zdrową, nie leczyła się na nic przewlekle, pracowała, była pełna życia. Zajmowała się ogrodem, czytała książki, uczęszczała do szkoły dla dorosłych w weekendy. Rozpoczęła kurs na prawo jazdy. Była po rozwodzie, spotykała się z nowym mężczyzną.

W okresie Świąt Bożego Narodzenia w 2010 roku zaczęła się źle czuć. Miała problemy z ręką i nogą, które ją bolały i jej drętwiały, utrudniały jej poruszanie się. Przetrwała okres świąteczny i w pierwszy dzień po świętach 27 grudnia

2010 roku w godzinach przedpołudniowych udała się wraz z córką K. do Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Sp. z o.o. w S., gdzie przyjął ją neurolog - dr E. B.. Podczas tej wizyty skarżyła się na bóle głowy, bóle barku, silne bóle okolicy lędźwiowo - krzyżowej kręgosłupa z promieniowaniem do prawej kończyny dolnej, bólowe ograniczenie ruchomości barków i karku. Lekarz stwierdził objaw L. obustronnie dodatni, objaw szczytowy dodatni, odruchy żywe symetryczne, czucie prawidłowe, źrenice równe o prawidłowej reakcji na światło, ciśnienie 130/70, akcja serca 72 na min. Nie miała zespołów oponowych, brzuch miała miękki. Nie było żadnych objawów stałych. Objawy korzeniowe od kręgosłupa były objawami przemijającymi. Nie było niedowładów, porażeń. Nie było żadnych objawów, które mogłyby wskazywać na udar mózgu, nie ma zaś żadnych objawów przed udarowych. Lekarz zlecił niesteroidowe leki przeciwzapalne i pacjentka samodzielnie udała się do domu. Otrzymała zwolnienie lekarskie na okres do 31 grudnia 2010 roku.

Powódka wróciła do domu i przebywała tam sama. W tym czasie jej stan zdrowia się pogarszał. Wcześniejsze objawy nadal się utrzymywały. Poczuła się słabo i położyła się spać. Chciała zadzwonić do córki, wzięła telefon i nie umiała wybrać numeru. W związku z powyższym poczekała, aż córka wróci do domu. Trwało to ok. 4 godzin.

Po powrocie córki udała się wraz z nią ponownie do przychodni Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Sp. z o.o. w S., gdzie przyjął ją tym razem specjalista (...). W tym okresie doszły objawy zaburzeń równowagi, dwojenie w oku lewym, osłabienie siły kończyn prawych, zbaczanie języka, dyskretny zez. Wystawił on skierowanie do szpitala na oddział neurologiczny z rozpoznaniem niedowład połowiczny prawostronny, zaburzenia orientacji i zaburzenia równowagi, podwójne widzenie okiem lewym. Z jego perspektywy objawy, które miała powódka świadczyły o tym, iż coś się dzieje w centralnym układzie nerwowym. Nie był on jednak w stanie stwierdzić co. Wpływ na to mógł mieć chociażby przebyty wcześniej przez powódkę wypadek komunikacyjny, mógł to być również udar. Objawy powódki świadczyły, iż coś się już wydarzyło, a one są tego skutkiem.

O godzinie 17.25 powódka zgłosiła się na Szpitalny Oddział Ratunkowy Wojewódzkiego Szpitala (...) w P. wraz z córką K. O.. Lekarz przyjmujący ją zlecił wykonanie badania EKG, pomiar temperatury, założenie wenflonu, podstawowe badania krwi, (...), CT, RTG oraz konsultację neurologiczną. Badania krwi przeprowadzone o godz. 17.54 były prawidłowe. W badaniu tomografii komputerowej głowy stwierdzono: tkanka nerwowa mózgu i móżdżku o prawidłowej strukturze, bez zmian ogniskowych w badaniu CT. Układ komorowy prawidłowej szerokości, symetryczny, nieprzemieszczony. Rezerwa płynowa podpajęczynówkowa prawidłowa. W wywiadzie wskazała, iż od 3 dni boli ją głowa, ma zaburzenia widzenia, dwojenia obrazu, od dnia wcześniejszego ruchy mimowolne kończyn prawych, bez zaburzeń świadomości. Lekarz neurolog stwierdził kontakt słowny logiczny, spowolnienie psychoruchowe, okresowe ruchy mimowolne o charakterze skręcająco - wyrzucającym kończyn prawych z osłabieniem siły mięśniowej, bez zaburzeń czucia. O godz. 19.20 powódka przyjęta została na oddział neurologii ze wstępnym rozpoznaniem pląsawicy prawostronnej. Lekarzem przyjmującym ją była dr K. K..

W wywiadzie zebranym przy przyjęciu na Oddział Neurologiczny pacjentka wskazała: bóle głowy i zaburzenia widzenia pod postacią dwojenia obrazu, od kilku dni. Od dnia poprzedzającego przyjęcie zaburzenia koncentracji, ruchy mimowolne kończyn prawych, bez urazu, bez zaburzeń świadomości, nie leczona przewlekle z żadnego powodu, nikt w rodzinie nie leczony neurologicznie. Lekarz spośród odchyleń neurologicznych stwierdził niewielkie spowolnienie, ruchy mimowolne kończyn prawych o skręcającym, wyrzucającym charakterze, okresowe, zmniejszające się przy ruchach dowolnych, tendencję do zbaczania języka na stronę prawą, bez zaburzeń świadomości, bez objawów oponowych, korzeniowych, bez objawów piramidowych, bez niedowładów, z symetrycznymi odruchami fizjologicznymi.

W kolejnych dniach pobytu powódki na oddziale jej stan neurologiczny ulegał poprawie. Jedyne objawy jakie pozostały to bóle głowy, ręki i nogi. Powódka nie miała problemów z mówieniem i poruszaniem się.

Obserwowano zmniejszenie się ruchów mimowolnych kończyn prawych. Wykonano m.in. badanie D. (...) przepływów przez tętnice domózgowe, które nie wykazało istotnych zmian hemodynamicznych.

W dniu 31 grudnia 2010 roku powódka od godzin rannych narzekała na nasilony ból głowy. Obserwowano również pogorszenie się kontaktu logicznego. Wydawała się mieć wzmożone ocieplenie, stąd też podczas obchodu dokonano pomiaru temperatury ciała. Wynik to 38,2°C. Wynik ten został odnotowany jedynie w dokumentacji lekarskiej. W karcie gorączkowej pacjentki nie został odnotowany, albowiem odnotowano tylko pomiar poranny i wieczorny. Badanie to odnotowała dr K. K.. W tej sytuacji zaczęła ona zastanawiać się nad neuroinfekcją i pierwsze działanie, które postanowiła zrealizować to wykluczyć tę chorobę. W związku z powyższym zleciła przeprowadzenie nakłucia lędźwiowego pacjentki.

Przed wykonaniem nakłucia lędźwiowego K. K. zleciła ocenę dna oka u chorej w stanie pogorszenia neurologicznego przed planowanym nakłuciem. Badanie to przeprowadziła B. B., która stwierdziła, iż naczynia są o kalibrze i przebiegu prawidłowym. Bez cech wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego. Analogiczne badanie było wykonane w dniu 29 grudnia 2010 roku i wówczas również stwierdzono dno oka w normie.

Nakłucie lędźwiowe zostało wykonane o godz. 14:50. Jego wynik okazał się prawidłowy.

Tego samego dnia, w godzinach przedpołudniowych, o 11:42 jeszcze przed dokonaniem nakłucia, wykonano badanie tomografii komputerowej głowy. Skierowanie na to badanie wystawiła lek. med. K. K.. W opicie choroby na tym skierowaniu wskazała ona: od godzin rannych dnia dzisiejszego ból głowy i zaburzenia mowy, gorączka. W rozpoznaniu klinicznym wskazała: ruchy pląsawiczne połowiczne P, zaburzenia mowy, bóle głowy. Wskazała, iż badanie ma wykluczyć krwawienie do (...) i obrzęk mózgu. W opisie wykonanego badania wskazano w lewej okolicy czołowo - ciemieniowej hypodensyjny obszar, ok 8 mm - naczyniopochodny? P., do przodu od komory III drobny, hyperdensyjny cień ok 2 mm - prawd. pozorny (z sumacji ?). Wskazana weryfikacja w badaniu MR. Poza tym tkanka nerwowa mózgu i móżdżku o prawidłowej strukturze, bez zmian ogniskowych w badaniu TK 1 - fazowym. Układ komorowy prawidłowej szerokości, symetryczny, nieprzemieszczony. Rezerwa płynowa podpajęczynówkowa prawidłowa. Kości czaszki o zachowanej ciągłości. W części objętej badaniem: polipowate zgrubienie bł. śluzowej prawek zatoki szczękowej oraz przyścienne zatoki szczękowej lewej, częściowe zacienienie pojedynczych komórek prawego i lewego wyrostka sutkowatego, częściowe zacienienie komórek sitowia tylnego po stronie prawej.

W miarę upływu czasu stan zdrowia pacjentki pogarszał się. Po godzinie 15.00 na oddziale pozostał jeden lekarz - był to lek. med. J. T.. Znał on przypadek pacjentki. Stan zdrowia pacjentki dalej się pogarszał. Od około godz. 21.30 u chorej pojawił się niedowład prawostronny. W tej sytuacji wyniki badań wskazywały na możliwość wystąpienia udaru niedokrwiennego. Stąd też w godzinach wieczorno - nocnych zlecił on ponownie wykonanie badania tomografii komputerowej głowy. Badanie to zostało wykonane w trybie pilnym o godz. 22:45, a o jego opis zwrócono się drogą elektroniczną do lekarza dyżurującego w G. S. R.. O godz. 23:57 uzyskano opis tego badania, o następującej treści: cech świeżego krwawienia śródczaszkowego nie stwierdza się. Płynowe przestrzenie przymózgowe nieposzerzone. Bardzo słabo uchwytne zmniejszenie gęstości jąder podkorowych po stronie lewej. W zakresie jądra soczewkowatego i głowy jądra ognistego z zatarciem zróżnicowania pomiędzy istotą szarą i białą w tej okolicy - mogą odpowiadać prodromalnym zmianom w przebiegu świeżego niekdokrwienia. We wnioskach wskazano obraz TK może odpowiadać wczesnym zmianom w przebiegu niedokrwienia lewej półkuli mózgu z objęciem głównie okolicy jąder podkorowych

J. T. rozważał wdrożenie leczenia trmbolitycznego, konsultował to z ordynatorem oddziału lub z lekarzem prowadzącym, z którymi ustalał dalszy sposób prowadzenia pacjentki. Wspólnie doszli do wniosku, że w tym przypadku z uwagi na dokonane nakłucie lędźwiowe nie jest możliwe wdrożenie tego leczenia.

W dniu 3 stycznia 2011 roku wykonano kolejne badanie tomografii komputerowej głowy, które to potwierdziło przebyty u pacjentki udar niedokrwienny mózgu.

W późniejszym okresie powódka była leczona na oddziale farmakologicznie i rechabilitowana. W dniu 25 stycznia 2011 roku została wypisana z pozwanego szpitala z rozpoznaniem udaru niedokrwiennego mózgu pod postacią niedowładu połowicznego prawostronnego i afazji oraz podejrzenia zapalenia ośrodkowego układu nerwowego.

Następnie w okresie od dnia 25 stycznia 2011 roku do dnia 21 czerwca 2011 roku powódka przebywała w Instytucie (...), gdzie była dalej leczona i rehabilitowana.

Badanie tomografii komputerowej z dnia 27 grudnia 2010 roku wykazało obraz prawidłowy. Badanie z dnia 31 grudnia 2010 roku godz. 11:42 wykazało obecność małego ogniska hipodensyjnego w płacie ciemieniowym lewym w części przedniej oraz bardzo dyskretnych małych ognisk nieco hipendensyjnych w tym płacie. K. mózgowe i zbiorniki podstawy symetryczne i prawidłowej szerokości. Obraz ten mógł odpowiadać ogniskom niedokrwiennym (zawałowym) w płacie ciemieniowym lewym. Obraz zmian badania TK z dnia 31 grudnia 2010 roku godz. 22:45 również mógł odpowiadać ogniskom niedokrwiennym mózgu. Obraz zmian z badania MR z dnia 3 stycznia 2011 roku odpowiada już obecności rozsianych ognisk niedokrwiennych w półkuli mózgowej lewej w wyniku zaburzeń drożności tętnicy mózgowej środkowej lewej.

Aktualnie u powódki z punktu widzenia neurologicznego rozpoznanie to: przebyty udar niedokrwienny lewej półkuli mózgu z następowym utrwalonym niedowładem połowicznym prawostronnym (u osoby praworęcznej), nieznaczonymi elementami afazji ruchowej oraz z łagodnymi zaburzeniami o charakterze zespołu psychoorganicznego poudarowego.

W trakcie leczenia u pozwanego powódka była prawidłowo diagnozowana. W okresie od 27 do 30 grudnia 2010 roku zastosowano u powódki prawidłowe leczenie farmakologiczne, prawidłową diagnostykę oraz kontrolę nad przebiegiem leczenia. W dniu 31 grudnia 2010 roku po wystąpieniu u powódki nasilonych objawów w postaci zaburzeń mowy, bólu głowy, wzrostu temperatury ciała wykonano prawidłową diagnostykę (powtórzono badanie KT głowy oraz wykonano badanie płynu mózgowo - rdzeniowego) i zastosowano prawidłowe leczenie farmakologiczne. Udar niedokrwienny mózgu miał u powódki szczególnie nietypowy przebieg, gdyż rozpoczął się ruchami mimowolnymi kończyn prawych, wyprzedzającymi o kilka dni typowe dla udaru niedokrwiennego półkulowego objawy: niedowład połowiczny, zaburzenia afatyczne mowy, skokowe pogorszenie się stanu ogólnego. Najprawdopodobniej ruchy mimowolne kończyn prawych stanowiły pierwszy objaw niedokrwienia lewej półkuli mózgu, który nie został zaobserwowany w pierwszym badaniu KT głowy, gdyż albo obejmował zbyt mały obszar mózgowia, albo był udarem niedokrwiennym „w toku", który zazwyczaj nie znajduje potwierdzenia w badaniu KT głowy. Zazwyczaj obrazy typowe dla udarów niedokrwiennych mózgu w obrazie KT uwidaczniają się dopiero po 24 - 48 godzinach od ich zaistnienia, gdy mamy już do czynienia z wyraźnie zdefiniowanym udarem niedokrwiennym mózgu „przebytym".

W 2010 roku dla leczenia udarów niedokrwiennych mózgu stosowano już metodę leczenia trombolitycznego. W tamtym okresie metodę tę stosowano w ciągu pierwszych 3 godzin od zaistnienia udaru mózgowego. Zastosowanie tego leczenia w okresach późniejszych mogło nie tylko nie przynieść spodziewanego efektu, ale spowodować szereg groźnych powikłań, a przede wszystkim wtórne ukrwotocznienie się ogniska udarowego niedokrwiennego. Jednym z przeciwwskazań do zastosowania leczenia trombolitycznego jest wcześniejsze wykonanie nakłucia lędźwiowego.

Biorąc pod uwagę objawy występujące u powódki przed wykonaniem nakłucia lędźwiowego (silne bóle głowy, stany gorączkowe, zmiany zapalne w zatokach obocznych nosa oraz w wyrostkach sutkowatych obustronnie), nietypowe objawy neurologiczne, jednym, ze schorzeń, które należało wykluczyć było zapalenie mózgu. Schorzenie to wykluczyć bądź potwierdzić można jedynie za pomocą badania płynu mózgowego drogą nakłucia lędźwiowego. Stąd też prawidłowo zlecone zostało to badanie.

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił w oparciu o zgromadzoną w aktach sprawy dokumentację medyczną, zeznania przesłuchanych w sprawie świadków, aczkolwiek w jego ocenie przeważająca ich część (np. świadkowie przesłuchani na rozprawie w dniu 23 marca 2016 roku - k. 1454 - 1461, świadek S. O., K. S.) nic nie wniosła do sprawy. Co do zasady Sąd dał wiarę zeznaniom świadków i przesłuchaniu powódki, argumentując, że brak jest w nich jakichś znaczących sprzeczności, czy wątpliwości, a pewne rozbieżności mogą być wynikiem upływu czasu, czy też bardzo subiektywnego podejścia do zaobserwowanych zdarzeń, szczególnie w przypadku powódki i jej najbliższych.

W ocenie Sądu kluczowym dowodem w sprawie niniejszej była opinia biegłego neurologa A. G., którą w pełni podzielił uznając, ją za jasną, precyzyjną i rzetelną, wskazując że biegły w sposób przekonujący odniósł się do wszystkich zarzutów zgłoszonych wobec jego opinii przez powódkę.

Z tego też względu Sąd pominął wniosek powódki o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego neurologa.

Sąd pominął również wnioski powódki dotyczące rozmiaru szkód poniesionych przez nią, skoro co do zasady powództwo podlegało oddaleniu. Sąd również nie analizował i oceniał przebiegu dalszego leczenia i rehabilitacji powódki po dniu 5 stycznia 2011 roku, skoro ustalono, iż pozwany nie ponosi odpowiedzialności, co do zasady za stan zdrowia powódki. W tej sytuacji było to zbędne dla rozstrzygnięcia sprawy.

W tak ustalonym stanie faktyczny sprawy Sąd Okręgowy uznał powództwo oparte o przepisy art 415 k.c. w zw. z art 430 k.c. lub art 120 § 1 k.p. za nieuzasadnione.

W ocenie Sądu na wstępnym etapie procesu powódka nie wskazała na czym miał polegać błąd lekarzy pracujących u pozwanego, na skutek jakiego dokładnie zawinionego zachowania doznała ona szkody. Sąd zaznaczył, że w dalszym toku procesu powódka powoływała coraz to nowe twierdzenia, w miarę gromadzenia materiału dowodowego w sprawie. Początkowo kwestionowała samą organizację procesu leczenia, doświadczenie i przygotowanie lekarzy, nie prowadzenie procedury leczenia trombolitycznego, błędy w tym zakresie, wreszcie na koniec źródło szkody powódka dostrzegała w tym, iż jej zdaniem bezzasadnie nie zastosowano w jej leczeniu tzw. leczenia trombolitycznego, a w szczególności poprzez bezzasadne zastosowanie nakłucia lędźwiowego pozbawiono się tej możliwości. Zdaniem Sądu pierwszej instancji żadne z twierdzeń powódki dotyczących przyczyn przedmiotowego zdarzenia nie znalazło potwierdzenia.

Odnosząc się do przesłanek przypisania odpowiedzialności pozwanemu za powstałą szkodę, Sąd Okręgowy uznał, że w sprawie niniejszej brak jest podstaw do tego, aby przypisać w ogóle lekarzom pracującym u pozwanego zawinionego działania. Sąd wyjaśnił, że z dużą dozą prawdopodobieństwa można stwierdzić, iż powódka doznała przedmiotowego udaru w dniu 27 grudnia 2010 roku, kiedy to pojawiły się ruchy mimowolne kończyn. Jednakże w momencie badania powódki w szpitalu w tym dniu nie było możliwe postawienie takiej diagnozy z uwagi na brak charakterystycznych dla udaru objawów neurologicznych. Dziś wiadomo, iż ewentualne leczenie trombolityczne winno być włączone właśnie 27 grudnia, ale wówczas nie było podstaw do postawienia pewnego rozpoznania udaru i włączenia tego leczenia. Objawy udaru pojawiły się dopiero w dniu 31 grudnia 2010 roku i to w godzinach popołudniowo - wieczornych. Postawione wstępnie w dniu 27 grudnia 2010 roku rozpoznanie pląsawicy prawostronnej było zgodne z wiedzą medyczną. W kolejnych dniach następowała poprawa stanu zdrowia powódki, co potwierdzało pierwotne rozpoznanie. Sytuacja uległa zmianie dopiero w dniu 31 grudnia 2010 roku. Lecz w tym momencie po pierwsze pojawiło się podejrzenie zapalenia mózgu, które należało wykluczyć, a potem brak możliwości zastosowania trombolizy z uwagi na to nakłucie, ale także z uwagi na zbyt długi upływ czasu od momentu nastąpienia udaru. To właśnie zastosowanie trombolizy w tym momencie mogło doprowadzić do skutków dalej idących, bowiem nawet do śmierci powódki. W związku z tym Sąd uznał, że przy tak nietypowym przebiegu choroby powódki, nie można mówić o zawinionym działaniu lekarzy powodującym dalszy skutek w postaci aktualnego stanu zdrowia powódki.

Mając na uwadze ciężką sytuację zdrowotną, finansową i rodzinną powódki Sąd jednocześnie zastosował regułę art 102 k.p.c. w zakresie kosztów procesu i odstąpił od obciążania powódki obowiązkiem zwrotu kosztów procesu pozwanemu i Skarbowi Państwa.

Powyższe orzeczenie zaskarżyła apelacją powódka zarzucając:

1/ obrazę art. 233 k.p.c. poprzez wydanie wyroku bez wszechstronnego rozważania zebranego materiału dowodowego i nie wyjaśnienia sprzeczności zawartych w opinii biegłego,

2/ obrazę art. 278 § 1 k.p.c. i 285 § 1 k.p.c. poprzez wydanie wyroku na podstawie ustaleń faktycznych opartych o ustalenia opinii biegłego dr habil. med. A. G. mimo, iż biegły ten nie posiadał wiedzy specjalnej dotyczącej leczenia

trombolitycznego, wydał opinię stronniczą, pominął część faktów, uwypuklił w opinii fakty, które nie miały znaczenia dla oceny prawidłowości procesu leczenia powódki i nadał tym faktom odmienne znaczenie niż to wynika z wiedzy medycznej oraz nie uzasadnił swojej opinii,

3/ obrazę art. 286 k.p.c. poprzez wydanie wyroku w sytuacji odmówienia stronie powodowej uzupełnienia postępowania dowodowego o kolejną opinię biegłych, mimo, iż strona powodowa stawiała zasadne zastrzeżenia do dotychczasowej opinii, opinia ta zawiera istotne braki oraz pomija wymagane wiadomości specjalne,

4/ błąd w ustaleniach faktycznych przyjętych za podstawę orzeczenia, polegający na ustaleniu, iż proces diagnostyki i leczenia powódki był prawidłowy i pozwany nie ponosi - na podstawie art. 415 k.c. - odpowiedzialności za stan zdrowia powódki, mimo, iż z całokształtu sprawy wynikają całkowicie odmienne wnioski,

5/ obrazę art. art. 415, 416, 430, 444 i 445 k.c. polegającą na niezastosowaniu wymienionych przepisów mimo, iż w przypadku prawidłowego ustalenia stanu faktycznego na podstawie wszechstronnie rozważonego materiału dowodowego wszystkie roszczenie powódki są zasadne.

W oparciu o powyższe zarzuty skarżąca wniosła o zmianę wyroku i orzeczenie zgodnie z pozwem lub uchylenie wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania oraz zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów postępowania apelacyjnego, a w szczególności kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Sąd Apelacyjny zważył co następuje:

Apelacja nie jest zasadna.

Przede wszystkim nie doszło do naruszenia art.286 k.p.c.

W toku procesu Sąd Okręgowy dopuścił dowód z opinii z opinii biegłego lekarza neurologa zlecając mu sporządzenie opinii na okoliczność prawidłowego leczenia powódki w pozwanym szpitalu w związku z doznanym przez nią udarem niedokrwiennym mózgu, zadając biegłemu szereg szczegółowych pytań związanych z procesem leczenia, między innymi niezastosowaniem leczenia trombolitycznego. Biegły dr habit. med. A. G. sporządził opinię pisemną, następnie opinię pisemną uzupełniającą, a także składał ustne wyjaśnienia, ustosunkowując się do zarzutów i wątpliwości powódki. Pełnomocnik powódki wniósł mimo to o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego bądź zespołu biegłych celem wydania opinii o prawidłowości leczenia powódki w pozwanym szpitalu. Postanowieniem wydanym na rozprawie w dniu 22 kwietnia 2016r. Sąd Okręgowy w Płocku oddalił wniosek dowodowy powódki, zaś pełnomocnik powódki zgłosił zastrzeżenie w trybie art.162 k.p.c., podnosząc, iż opinia biegłego A. G. jest niezgodna ze stanem faktycznym, oraz aktualną obecnie i na czas leczenia powódki – wiedzą medyczną. Należy wskazać, że niezgłoszenie zastrzeżenia wyklucza możliwość późniejszego powoływania się strony na uchybienie procesowe Sądu zarówno w toku postępowania w danej instancji, jak i w środkach odwoławczych, nawet jeżeli uchybienia te mogły mieć istotny wpływ na wynik sprawy. Nawet jednak zgłoszenie takiego zastrzeżenia dotyczącego oddalenia wniosków dowodowych, nie jest wystarczające dla możliwości rozpoznania takiego postanowienia w postępowaniu odwoławczym.

Zgodnie bowiem z treścią art.380 k.p.c. Sąd drugiej instancji rozpoznaje te postanowienia Sądu pierwszej instancji, które nie podlegały zaskarżeniu w drodze zażalenia, a miały wpływ na rozstrzygnięcie sprawy, ale tylko na wniosek strony.

Zatem Sąd drugiej instancji nie może rozstrzygnąć o prawidłowości oddalenia wniosków dowodowych w przypadku niezgłoszenia w apelacji wniosku w trybie art.380 k.p.c. (tak SA w Łodzi w wyroku z 12.12.2014r., I ACa 702/14, Orzecznictwo Sądu Apelacyjnego w Łodzi nr (...)). Takiego zaś wniosku apelująca w apelacji nie zgłosiła, jak również nie wniosła ponownie – po skutecznym oddaleniu jej wniosku – o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego lub zespołu biegłych.

Niezależnie od podniesionych kwestii formalnych, należy podkreślić, że nie istnieją podstawy do przyjęcia, że Sąd jest zobowiązany dopuścić dowód z kolejnych biegłych w każdym przypadku, gdy złożona opinia jest niekorzystna dla

strony, a samo niezadowolenie strony z opinii biegłego nie uzasadnia dopuszczenia dowodu z opinii innego biegłego. Powyższe należy odnieść do prezentowanego przeświadczenia strony, że dalsze opinie pozwolą na udowodnienie korzystnej dla niej tezy (tak SN w wyroku z 18.02. 1974r., II CR 5/74).

Ponadto jeżeli opinia biegłego powołanego w sprawie jest tak kategoryczna i przekonująca, że sąd określoną okoliczność uznaje za wyjaśnioną, to nie ma obowiązku dopuszczania dowodu z dalszych opinii biegłych (tak SN w wyroku z 21.11.1974r., II CR 639/74).

W tym przypadku Sąd Okręgowy oceniając materiał dowodowy zebrany w sprawie szczegółowo odniósł się do opinii biegłego, którą uznał za rzetelną, opartą na analizie akt sprawy i wyczerpująco odpowiadającą na postawione pytania. W szczególności Sąd podkreślił, że biegły ustosunkował się do wszelkich zarzutów powódki w sposób przekonywujący i przejrzysty. Sąd wskazał, że biegły A. G. jest doktorem habilitowanym nauk medycznych, posiada II stopień specjalizacji z zakresu neurologii, a zatem posiada właściwe przygotowanie teoretyczne do opiniowania.

Co prawda apelująca kwestionowała w apelacji kompetencje biegłego, podnosząc, że nie pracuje on w żadnym szpitalu i nie prowadził osobiście leczenia trombolitycznego stosowanego w przypadku udarów mózgu, ale biegły - jak podał – zarówno doktorat, jak i habilitację pisał z neurologii, prowadzi prywatną praktykę lekarską, w ramach której leczy pacjentów po udarach mózgowych niedokrwiennych leczonych trombolitycznie, jest też konsultantem neurologiem w jednym z (...) szpitali, jest stałym biegłym sądowym przy Sądzie Okręgowym w Poznaniu, współpracuje jako neurolog z zespołem biegłych Zakładu Medycyny Sądowej (...) w P., ma więc niewątpliwie niezbędną ogólną wiedzę neurologiczną, potwierdzoną tytułami naukowymi, w tym w zakresie zasad leczenia trobolitycznego.

Poza tym biegły w sposób szczegółowy oceniał całość procesu diagnostyki i leczenia powódki, a nie tylko zasadność i warunki leczenia trombolitycznego, którego w stosunku do powódki nie zastosowano. Należy zgodzić się ze stanowiskiem strony pozwanej wyrażonym w odpowiedzi na apelację, że osobiste leczenie daną metodą to kwestia oceny techniki i skuteczności, zaś zasadność zastosowania metody to kwestia teorii.

Jak wynika nawet z artykułów naukowych przedstawionych przez powódkę, w tym konsultowanych przez prof. dr habit. A. C., na autorytet której powoływała się powódka, leczenie trombolityczne udarów niedokrwiennych mózgu ma specyficzny charakter, wymaga wystąpienia szeregu ściśle określonych warunków medycznych, w tym zmieszczenia się w czasie do jego zastosowania nie dłuższym niż 4,5 godziny od wystąpienia objawów udaru mózgu (to tzw. okno terapeutyczne) i przewiduje szereg przeciwwskazań, które eliminują wiele osób z możliwości zastosowania tej metody leczenia. W istocie liczba leczonych trombolitycznie chorych nie przekraczała w 2012r. 5% (tak artykuł naukowy k.1416-1424). Terapia ta może być skuteczna, ale wiąże się ze zwiększeniem ryzyka wystąpienia krwotoku wewnątrzczaszkowego oraz ryzyka zgonu z tego powodu (artykuł naukowy k. 1416). Również profesor A. C., na stanowisko której powoływała się powódka, wskazywała w artykule zatytułowanym „Leczenie trombolityczne w udarze niedokrwiennym mózgu” (k.962 -973), że dużym ograniczeniem metody leczenia z zastosowaniem leków trombolitycznych jest występowanie powikłań krwotocznych, a wśród nich szczególnie ważne jest ryzyko wystąpienia objawowych krwawień wewnątrzczaszkowych, w tym wtórnego ukrwotocznienia ogniska zawałowego.

Wynika z tego po pierwsze, że stosunkowo niewielu lekarzy neurologów ma doświadczenia wynikające z zastosowania leczenia trombolitycznego, w związku z małą liczbą pacjentów kwalifikujących się do zastosowania tej metody, a po drugie, iż to szczególnie wiedza teoretyczna na temat warunków i zasad kwalifikowania chorych po udarze niedokrwiennym mózgu do leczenia trombolitycznego jest istotna z uwagi na ścisłe i liczne wymogi w tym zakresie, w szczególności w sytuacji gdy nie jest to metoda w pełni bezpieczna i niesie za sobą ryzyko powikłań.

Zarzut braku kompetencji biegłego dr A. G. nie znajduje zatem żadnego uzasadnienia.

Nie doszło do naruszenia art.278 §1 k.p.c. i 285 §1 k.p.c.

Sąd dopuścił dowód z opinii biegłego neurologa, który zapoznał się z materiałem dowodowym sprawy, w szczególności z dokumentacja lekarską powódki, przeprowadził z nią obszerny wywiad, przebadał ją neurologicznie, postawił

rozpoznanie, a następnie w ramach opinii odpowiedział na szereg szczegółowych pytań Sądu, a także wyjaśnił zgłaszane przez powódkę wątpliwości. Apelująca nie przedstawiła argumentacji, z której miałoby wynikać, że opinia biegłego była stronnicza, a biegły miałby pominąć część faktów, a innym faktom nadał odmienne znaczenie i nie uzasadnił swojego stanowiska. Biegły stwierdzając, że powódka była prawidłowo diagnozowana, podał, że objawy neurologiczne występujące u powódki do dnia 31 stycznia 2010r. nie należały do typowych, charakterystycznych dla udaru mózgowego, a wręcz sugerowały szereg innych schorzeń natury neurologicznej, wymagających przede wszystkim obserwacji i diagnostyki, stąd konieczność przeprowadzenia u niej szeregu badań, w tym badań obrazowych i wyeliminowanie części możliwych zaburzeń neurologicznych. Biegły podał, że połowicze prawostronne ruchy mimowolne występujące u powódki jeszcze przed przyjęciem do pozwanego szpitala nie wykluczały rozpoznania u niej udaru niedokrwiennego mózgu, ale takie objawy, jako objawy początkowe udaru mózgowego występują szczególnie rzadko i nie należą do klasycznych objawów udaru, a występują zdecydowanie częściej w innych schorzeniach natury neurologicznej, które trzeba było wykluczyć, między innymi przez obserwację szpitalną i wykonanie badań diagnostycznych, w tym również badania płynu mózgowo- rdzeniowego uzyskanego przez nakłucie lędźwiowe. Wykonanie nakłucia lędźwiowego celem badania płynu mózgowo- rdzeniowego było niezbędne celem wykluczenia zmian zapalnych w obrębie ośrodkowego układu nerwowego, jako jednej z możliwych przyczyn występujących u powódki objawów. Biegły stwierdził, że w początkowym okresie pobytu powódki w szpitalu nie było podstaw do jednoznacznego stwierdzenia udaru mózgu – nie wynikało to również z badania tomografii komputerowej mózgu powódki – a było podejrzenie innych schorzeń, stąd konieczność dalszej diagnozy i brak podstaw do podjęcia leczenia trombolitycznego po przyjęciu powódki do szpitala.

Przy takich wyjaśnieniach biegłego zawartych zarówno w pisemnej opinii podstawowej, jak i uzupełniającej, a także ustnej opinii uzupełniającej, nie było podstaw do twierdzenia, że biegły nie uzasadnił swojego stanowiska co do tego, iż powódka była prawidłowo diagnozowana.

Jeśli podzielić twierdzenia apelującej, iż biegły sądowy sprzecznie z ustaleniami z ośrodka o najwyższym stopniu referencyjności, tj. Instytutu (...) w W., stwierdził, że ex post można postawić diagnozę, że udar mózgowy niedokrwienny wystąpił u powódki już 27 grudnia 2010r., mimo braku typowych objawów, a nie 31 grudnia 2010r. jak wynikało to z dokumentacji medycznej Kliniki (...) w W., to tym bardziej wskazuje na słuszność opinii biegłego sądowego, podkreślającego, iż objawy stwierdzane u powódki po przyjęciu do szpitala były niejednoznaczne, co stworzyło konieczność poddania jej obserwacji szpitalnej i przeprowadzenia licznych badań dla postawienia ostatecznego rozpoznania, między innymi poprzez wykluczenie innych schorzeń. Potwierdza to też konkluzję biegłego, że po przyjęciu powódki do szpitala w dniu 27 grudnia 2010r. wobec braku podstaw do jednoznacznego rozpoznania u powódki udaru niedokrwiennego mózgu, nie było możliwości zastosowania wówczas u niej leczenia trombolitycznego.

Przy takim uzasadnieniu przez biegłego swojego wniosku o prawidłowym diagnozowaniu powódki, wynikającym zarówno z wiedzy specjalistycznej, jak i zasad logicznego rozumowania, trudno mówić, że opinia biegłego dr A. G. nie spełnia wymogów opinii w rozumieniu art.285 k.p.c.

Nie można podzielić zarzutów apelującej, że nie była ona ani właściwie diagnozowana, ani nie była leczona w pozwanym szpitalu. Powódka była bowiem badana przez neurologa bezpośrednio przy przyjęciu do szpitala, wykonano u niej też wówczas badanie tomografii komputerowej mózgu, które nie wykazało zmian, następnie wykonano u powódki badanie D. (...) przepływów przez tętnice domózgowe – bez istotnych hemodynamicznie zmian, kiedy stwierdzono u powódki podwyższoną temperaturę dokonano nakłucia lędźwiowego celem zbadania płynu mózgowo rdzeniowego, w końcu w związku z nasileniem objawów niedowładu połowiczego jednostronnego w dniu 31 grudnia 2010r., dwukrotnie przeprowadzono u powódki TK głowy, z których dopiero drugie wykazało wystąpienie u niej udaru niedokrwiennego mózgu. Powódka była też leczona farmakologicznie – między innymi otrzymywała lek A.. Jednak stosowanie leków przeciwzakrzepowych – jak wynikało z ustnej opinii biegłego – jeżeli udar jest nierozpoznany, może mieć negatywne skutki terapeutyczne, a trudno je stosować zapobiegawczo, gdyż nie istnieją żadne możliwości profilaktycznego zapobiegnięcia udarowi mózgu. Biorąc pod uwagę wynik płynu mózgowo-

rdzeniowego nie było też bezwzględnych wskazań do stosowania u powódki antybiotykoterapii, jak wynikało to z pisemnej opinii uzupełniającej biegłego sądowego.

Nie można podzielić zatem zarzutu, że powódka nie była leczona w pozwanym szpitalu. Apelująca w istocie odnosi ten zarzut do niewdrożenia leczenia trombolitycznego i to w dniu 31 grudnia 2010r.

Dnia 31 grudnia 2010r. rzeczywiście wystąpiły u powódki nasilone objawy w postaci zaburzeń mowy, bólu głowy, wzrostu temperatury ciała, co skłoniło do wykonania u niej tomografii komputerowej głowy. To pierwsze tego dnia badanie dawało obraz niejednoznaczny – taki obraz mógł występować między innymi przy zapaleniu mózgu. Istotne są zmiany zapalne w wyrostkach sutkowatych; jest to część kości skroniowej i tam stany zapalne mogą przechodzić łatwo do mózgu i dawać objawy zapalenia. Niezależnie od wyników badania TK u powódki występowały objawy kliniczne, które mogły sugerować zapalenie mózgu, takie jak silne bóle głowy, stan podgorączkowy, bóle mięśniowe odkręgosłupowe, obecność ruchów atetotycznych, które są o wiele bardziej charakterystyczne dla zapalenia mózgu, niż dla objawów udarowych. W szczególności niepokojącym objawem u powódki była zwiększona temperatura ciała, która została odnotowana w historii choroby przez lekarza prowadzącego K. K.. Nie ma podstaw do kwestionowania faktu dokonania pomiaru i wyników tego pomiaru, mimo niewpisania tego w karcie gorączkowej, miarodajna jest bowiem treść historii choroby z wpisami dokonywanymi przez lekarza, co potwierdziła w zeznaniach w charakterze świadka lekarz K. K., która dokonała takiego wpisu w dokumentacji lekarskiej. Lekarka ta zleciła badanie leukocytów, białka (...), ale w przypadku zapaleń w obrębie (...) tego typu badania niewiele wnoszą. Prawidłowe markery stanu zapalnego nie mogą zanegować zapalenia mózgu. Zatem stwierdzić istnienie stanu zapalnego mózgu można było tylko nakłuciem lędźwiowym i badaniem płynu mózgowo- rdzeniowego, jak ocenił to biegły, który potwierdził zeznania lekarz K. K. , która stwierdziła, że wobec objawów, które miała powódka, najważniejsze było wykluczenie neuroinfekcji i dlatego zleciła nakłucie lędźwiowe. Takie postępowanie było prawidłowe. Z opinii biegłego wynikało, że zmiany zapalne w obrębie mózgowia, zarówno zapalenia mózgu jak i zapalenia opon mózgowo- rdzeniowych należą do przeciwwskazań stosowania leczenia trombolitycznego, które niczego nie wnosi do terapii tych stanów zapalnych. Również z tej przyczyny należało więc wyeliminować występowanie takich stanów zapalnych, których istnienie mogły sugerować objawy występujące u powódki w dniu 31 grudnia 2010r. Problem z diagnozowaniem powódki i koniecznością wykluczania poszczególnych schorzeń neurologicznych polegał na tym, że występowały u niej objawy niespecyficzne, które nie dawały podstaw do jednoznacznego rozpoznania udaru mózgu. Również takich podstaw nie dawały wyniki badań diagnostycznych. Powódka nie kwalifikowała się zatem do leczenia trombolitycznego w dniu 31 grudnia 2010r. przed wykonaniem u niej nakłucia lędźwiowego celem przeprowadzenia badania płynu mózgowo- rdzeniowego, jak wynika z podstawowej opinii biegłego neurologa.

Dopiero drugie badanie TK głowy przeprowadzone u powódki w dniu 31 grudnia 2010r. o godzinie 22.45, w zestawieniu z wynikami poprzednich badań, dało jednoznaczny obraz przebytego przez nią udaru niedokrwiennego mózgu. Jednak po wcześniejszym przeprowadzeniu nakłucia lędźwiowego nie było już możliwe (czego nie neguje również apelująca) w okresie do 20 godzin, z przeciwwskazań medycznych, przeprowadzenie u powódki leczenia trombolitycznego, które powinno być wdrożone w ramach tzw. okienka terapeutycznego, do 3 – 4,5 godziny po zdiagnozowaniu udaru.

Apelująca nie wykazała aby Sąd nie oparł ustaleń na wszechstronnym rozważeniu zebranego w sprawie materiału dowodowego i aby wysnute na tej podstawie wnioski były sprzeczne z zasadami logiki czy doświadczenia życiowego, zatem nie doszło do naruszenia art.233 §1 k.p.c.

Z powyższych rozważań wynika, że w postępowaniu personelu medycznego pozwanego Szpitala nie można się dopatrzyć nieprawidłowości, braku należytej staranności przy prowadzeniu diagnostyki, badań i podejmowaniu odpowiednich działań terapeutycznych u powódki. Nie wykazano aby w stosunku do lekarzy można było postawić zarzut działania sprzecznego z przepisami prawa, regułami wynikającymi z wiedzy medycznej, doświadczenia czy deontologii zawodowej. Nie naruszono też zasad ostrożności zawodowej. Biegły neurolog wielokrotnie podkreślał, że u powódki występowały niespecyficzne objawy, które nie pozwalały na jednoznaczne zdiagnozowanie u niej niedokrwiennego udaru mózgu, a mogły sugerować inne schorzenia neurologiczne, które w trakcie badań

diagnostycznych należało wykluczyć. Taka sytuacja nie dawała podstaw do podjęcia wobec powódki leczenia trombolitycznego przed 31 grudnia 2010r. zaś w tym dniu, kiedy nasiliły się u niej objawy neurologiczne, postawienie właściwego rozpoznania stało się możliwe dopiero po wykonaniu nakłucia lędźwiowego i wyeliminowaniu stanu zapalnego mózgu, co mogły sugerować występujące objawy, ale wówczas nie było już możliwe z uwagi na przeciwwskazania medyczne i krótki czas, podjęcie leczenia trombolitycznego.

Zatem brak wdrożenia takiego leczenia nie wynikał z błędu lekarskiego, zaniedbania, braku wiedzy, czy doświadczenia zawodowego, a ze specyficznej sytuacji medycznej pacjentki, która mimo starań i wysiłków lekarzy, przeprowadzenia odpowiednich badań i prawidłowego prowadzenia diagnostyki u powódki, nie pozwoliła na jednoznaczne stwierdzenie u niej udaru niedokrwiennego mózgu i wdrożenia leczenia trombolitycznego.

Nawet jeśli jednak byłaby możliwość pewnego stwierdzenia u powódki zaistnienia udaru i otworzyłoby się dla niej tak zwane okienko terapeutyczne, to nie wiadomo czy nie byłoby u niej przeciwwskazań do zastosowania leczenia trombolitycznego, czy możliwe zagrożenia płynące z tego leczenia nie przewyższałyby ewentualnych korzyści. Nie wiadomo też, czy wdrożenie tego leczenia, gdyby powódka została do niego zakwalifikowana przyniosłoby oczekiwane rezultaty, gdyż - jak wynika z opinii biegłego neurologa - zdarzają się przypadki, że mimo zastosowania trombolizy stan zdrowia pacjenta nie ulega poprawie, a czasem się pogarsza. Nawet z powoływanego artykułu naukowego prof. A. C. wynikało, że stosunkowo niewielka liczba pacjentów kwalifikuje się do takiego leczenia z uwagi na krótki czas dla możliwości jego zastosowania, ścisłe wymogi co do stanu neurologicznego pacjenta, stopnia nasilenia objawów, zagrożenia krwotokiem wewnątrzczaszkowym, szeregiem przeciwwskazań medycznych. Istotna też jest konkluzja wywodów tej autorki, z której wynika, że mimo jasno sformułowanych wskazań i przeciwwskazań do leczenia trombolitycznego i przeprowadzenia dość szerokich badań klinicznych proporcje pomiędzy spodziewanymi korzyściami i powikłaniami nadal nie są do końca udokumentowane.

Wynika z tego, że powódka nie wykazała w sprawie ani zawinionego działania personelu medycznego pozwanego Szpitala – tak jak przyjął to Sąd Okręgowy, ani związku przyczynowego pomiędzy niezastosowaniem leczenia trombolitycznego a powstałą u powódki szkodą w postaci określonego stanu neurologicznego. Zastosowanie tej metody, o ile w ogóle powódka byłaby do niej zakwalifikowana, nie gwarantuje całkowitego zniesienia skutków udaru niedokrwiennego mózgu, a nawet poprawy stanu pacjenta w określonym zakresie.

Słusznie zatem Sąd Okręgowy uznał, że nie zostały spełnione przesłanki odpowiedzialności pozwanego Szpitala, nie doszło zatem do naruszenia przepisów art.415, 416, 430 k.c. Skoro tak, to przepisy art.444 k.c. i 445 k.c. nie miały zastosowania w sprawie.

Apelacja podlegała zatem oddaleniu na podstawie art.385 k.p.c.

W oparciu o art.102 k.p.c. w związku z art.391 §1 k.p.c. Sąd Apelacyjny nie obciążył powódki kosztami postępowania apelacyjnego. Powódka zmaga się ze skutkami udaru mózgu, jest niezdolna do pracy, z niskich dochodów musi pokrywać koszty leczenia, mogła być subiektywnie przekonana o zasadności swoich roszczeń, a wyjaśnienie stanu faktycznego było możliwe po żmudnym postępowaniu dowodowym, skorzystaniu z opinii biegłego, co daje podstawy do przyjęcia, że jest to szczególnie uzasadniony wypadek pozwalający na nieobciążanie powódki kosztami postępowania apelacyjnego.