

## UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 11 czerwca 2013 roku powódka M. R. (1) wniosła o zasądzenie od pozwanego (...) Spółki Akcyjnej w W. kwoty 65.000 złotych z ustawowymi odsetkami o dnia 1 lipca 2010r. do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia za krzywdę jakiej doznała w związku z błędnie wykonanym w dniu 1 lipca 2010r. w III Szpitalu Miejskim w Ł. zabiegiem cholecystektomii laparoskopowej skutkującym perforacją jelita cienkiego, a w konsekwencji resekcją martwicy jelita cienkiego i wyłonieniem przetoki jelitowej, a nadto 14.250zł odszkodowania z odsetkami jak wyżej tytułem kosztów opieki osób trzecich po tym zabiegu, a także wniosła o ustalenie odpowiedzialności pozwanego na przyszłość oraz zwrot kosztów procesu.

(pozew – k. 2-16).

Pozwany (...) Spółka Akcyjna w W. nie uznał powództwa i wniósł o jego oddalenie oraz o zasądzenie od powódki na swoją rzecz kosztów procesu według norm przepisanych.

(odpowiedź na pozew k. 69-71)

Na rozprawie w dniu 4 listopada 2013r. pełnomocnik powódki doprecyzował, że opiera roszczenie wobec pozwanego na umowie ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zawartej ze szpitalem, w którym wykonywany był przedmiotowy zabieg.

(protokół rozprawy z dnia 4 listopada 2014r. – minuta 00:02:44)

Na rozprawie w dniu 27 sierpnia 2014r. Sąd na podstawie art. 220 k.p.c. ograniczył rozprawę do zagadnienia wstępnego zasady odpowiedzialności strony pozwanej.

(postanowienie w protokole rozprawy z dnia 27 sierpnia 2014 minuta 00:36:52)

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:

Powódka ma 60 lat. W 2010r. chorowała na przewlekłe, kamicze zapalenie pęcherzyka żółciowego. Oprócz tego u powódki rozpoznawano otyłość patologiczną, samoistne (pierwotne) nadciśnienie, przewlekłą chorobę niedokrwienną serca, kamicę nerkową, cukrzycę typu 2. Kamica żółciowa została potwierdzona badaniem USG. W dniu 1 lipca 2010r. w III Miejskim Szpitalu w Ł., za który odpowiedzialność gwarancyjną ponosi pozwany, powódkę poddano operacji cholecystektomii laparoskopowej. Początkowo usiłowano wytworzyć odnę otrzewnową przy użyciu igły Veresa (standardowa igła Veresa ma długość 12 cm), jednak ze względu na otyłość patologiczną u powódki, nie było to możliwe. Wykonano minilaparotomię, zastosowano port o nazwie Blauport, przy pomocy którego udało się wytworzyć odnę otrzewnową. Ze względu na trudne warunki techniczne zdecydowano o laparotomii, to jest konwersji laparoskopii do cholecystektomii klasycznej. Otwarto jamę brzuszną, stwierdzono uszkodzenie pęcherzyka żółciowego podczas dotychczasowego przebiegu operacji laparoskopowej. Dalszy przebieg cholecystektomii odbył się bez powikłań. Dla dodatkowego wzmocnienia zamknięcia powłok brzusznych założono powódce szew pętlowy przez wszystkie warstwy powłok brzusznych.

Przebieg pooperacyjny początkowo nie był powikłany, powódkę wypisano do domu w dniu 4 lipca 2010r. Po kilku dniach pobytu w domu u powódki wystąpiły silne bóle brzucha, a w dniu 8 lipca 2010r. z rany zaczęła wydobywać się treść jelitowo – ropna i doszło do rozejścia się brzegów rany. Powódka została ponownie przyjęta od Oddziału Chirurgicznego III Szpitala Miejskiego w dniu 8 lipca 2010r. z objawami ostrego zapalenia otrzewnej. Została operowana w trybie doraźnym, w dniu przyjęcia. Stwierdzono całkowite rozejście rany operacyjnej, a w odległości ok. 80 cm od zastawki Bauchina (stanowiącej zakończenie jelita cienkiego) ujawniono pełnościenną perforację ściany jelita oraz niedokrwienie brzegów dookoła miejsca perforacji. W toku operacji zamknięto obwodowy kikut jelita oraz przyśrodkowy koniec jelita cienkiego, a pętlę jelita cienkiego, z dużymi trudnościami, wyłoniono przed powłoki

brzusze. W dniu 21 lipca 2010r. powódkę poddano powtórnej operacji brzusznej z powodu martwicy wyłonionej pętli jelita cienkiego oraz ropnia wewnątrztrzewnowego. Wykonano relaparotomię, uwolniono zrosty, opróżniono ropień jamy otrzewnej, zlikwidowano dotychczasową enterostomię, wykonano resekcję dużego odcinka jelita cienkiego (pozostawiono ok. 90 cm odcinek jelita czczego, licząc od więzadła Treitza) – wytwarzając jednocześnie przetokę jelitową na końcu zachowanego odcinka jelita cienkiego. Przyczyną tak rozległej resekcji jelita był zgodnie z zapisami w dokumentacji „naciekowy zrost jelita powodujący niedrożność jelit”. Naturalną konsekwencją tak rozległej resekcji jelita było wystąpienie zespołu krótkiego jelita. Poza tym, przebieg pooperacyjny u powódki był powikłany ropieniem rany i infekcją grzybiczą.

W dniu 27 września 2010r. powódka została przeniesiona do Oddziału (...) Ogólnej i Naczyniowej (...) im. Pirogowa celem leczenia żywieniowego. W dniu 18 października 2010r. u powódki wszczepiono tunelizowany cewnik typu Broviac i rozpoczęto leczenie żywieniowe. W dniu 2 lutego 2011r. powódkę poddano kolejnej operacji brzusznej, zlikwidowano enterostomię obwodową, dokonano zespolenia fragmentów jelita cienkiego koniec do boku z pozostawieniem enterostomii obarczającej, dodatkowo wykonano alloplastykę powłok brzusznych metodą „inlay”. W dniu 2 maja 2011r. u powódki ostatecznie zlikwidowano enterostomię obarczającą. Obecnie powódka odżywia się doustnie, spożywa ogólnodostępną, lekkostrawną dietę. Jej masa ciała znacznie wzrosła w ciągu ostatnich dwóch lat (przed cholecystektomią masa ciała wynosiła ok. 90 kg, obecnie ok. 120 kg). Powódka skarży się na stałe bóle brzucha, nie wychodzi z domu, okresowo przyjmuje leki przeciwbólowe. Obecnie u powódki rozpoznano złośliwy nowotwór trzonu macicy zakwalifikowany do leczenia zachowawczego.

(dokumentacja medyczna – k. 19-38 i 98-126, 183-212, zeznanie świadka P. K. protokół rozprawy z dnia 4 listopada 2013r. zapis dźwiękowy 00:08:06 do 00:28:46, opinia pisemna biegłego chirurga – k. 159-160)

W oparciu o informacje z dostępnej dokumentacji medycznej zabieg wykonany w dniu 1 lipca 2010r. był wykonany prawidłowo. W dokumentacji brak jest jakichkolwiek dowodów na wystąpienie powikłań śródoperacyjnych, poza opisanymi trudnościami technicznymi cholecystektomii laparoskopowej. Dokumentacja medyczna jest dość lakoniczna, ale spełnia wymogi obowiązujące w Polsce.

Otyłość patologiczna jaka występuje u powódki jest względnym przeciwwskazaniem do cholecystektomii laparoskopowej. U powódki rozpoczęto zabieg metodą laparoskopową, ale kontynuacja cholecystektomii drogą laparoskopową okazała się niemożliwa, dlatego dokonano konwersji do otwartej cholecystektomii klasycznej. U chorych z kamicią żółciową cholecystektomia laparoskopowa jest metodą z wyboru – „złotym standardem”. Rozpoczęcie zabiegu laparoskopowego nie było błędem, bo można było wykluczyć, że to się uda. Zmiana postępowania w trakcie nie była obciążeniem dla pacjentki. Bilans korzyści był na korzyść pacjentki. Ryzyko było jedynie finansowo-techniczne.

Z niejasnych przyczyn, w 7 dobie pooperacyjnej (tj. w dniu 8 lipca 2010r.), wystąpiły u powódki objawy rozlanego zapalenia otrzewnej na tle perforacji jelita krętego w odległości ok. 80 cm od zastawki Bauchina (zastawka krętniczo – kątnicza). Stan zdrowia powódki w okresie pooperacyjnym uległ krańcowemu pogorszeniu, jednak, wskutek wdrożenia kompleksowego, specjalistycznego i długotrwałego leczenia opanowano powikłania i odwrócono zagrożenie życia u powódki. Obecnie powódka ma przywróconą ciągłość przewodu pokarmowego, zlikwidowano wszystkie przetoki jelitowe. Rokowania u powódki co do wyleczenia z kamicy żółciowej są dobre. Natomiast, w wyniku powikłań pooperacyjnych, powódka ma znacznie skrócone jelito cienkie (szacunkowa długość jelita u powódki obecnie wynosi ok. 160 cm, wobec możliwej prawidłowej długości do 5 metrów). Jednak organizm powódki poradził sobie i tą trudnością: obecnie masa ciała powódki znacznie wzrosła, co świadczy o prawidłowym trawieniu i wchłanianiu pokarmów. Obecnie u powódki stwierdza się nawrotową przepuklinę powłok brzusznych.

Teoretyczne przyczyny przedziurawienia jelita u powódki to: przypadkowe uszkodzenie narzędziami chirurgicznymi na przykład poprzez oparzenie prądem. W takiej sytuacji w miejscu oparzenia powstaje martwica i w 7 dobie powstaje przetoka czyli dziura. Kolejna możliwość to mechaniczna manipulacja podczas zabiegu na przykład próby uwidocznienia narządu – upychanie serwety, zahaczenie pęsetą, hakiem. Mogłyby być też zrosty w jamie

brzuszej, które trzeba było uwolnić. Przy przycinaniu zrostów często dochodzi do uszkodzenia jelita. Jelita są bardzo unaczynione. Możliwe jest, że doszło do zaburzeń ukrwienia i to doprowadziło do martwicy ściany jelitowej. **Żadne z tych działań nie stanowi błędu w sztuce, a jedynie powikłania, które zdarzają się w chirurgii.** To są rzeczy, których nie da się zauważyć w trakcie zabiegu. U powódki z jakiś przyczyn doszło do upośledzenia żywotności ściany jelitowej. Musiał być jakiś czynnik pęknięcia jelita. Rozejście się brzegów rany jest wynikiem perforacji jelita. Wzrost ciśnienia wewnątrz jamy brzusznej spowodował rozejście się brzegów rany i ewakuację zbiornika płynowego na zewnątrz. Gdyby bez względu na ocenę prawidłowości zabiegu ustalać uszczerbek na zdrowiu to byłby punkt 66B z zaburzeniami trawienia (zespół krótkiego jelita) oraz punkt 67 przetoki jelitowe. Uszczerbek długotrwały mógł sięgać nawet 90-100%.

(opinia pisemna biegłego chirurga M. G. – k. 159162 oraz opinia ustna zapis dźwiękowy rozprawy z dnia 27 sierpnia 2014r, minuta 00:02:29 do 00:36:52, oraz uzupełniająco opinia pisemna biegłego gastrologa M. Ł. – k. 215-217)

Powyższy stan faktyczny ustalony został w oparciu o dokumentację medyczną powódki, zeznanie świadka P. K.– lekarza wykonującego przedmiotowy zabieg oraz zgodne opinie biegłych gastrologa i chirurga, przy czym biegły gastrolog stwierdził, że ocena przebiegu zabiegu chirurgicznego należy do biegłego chirurga. Z kolei opinia chirurga była precyzyjna, jasna i logiczna oraz nie została przez żadną ze stron skutecznie zakwestionowana. Zeznanie świadka M. R. (2) – syna powódki nie było przydatne do oceny zasady odpowiedzialności strony pozwanej.

### **Sąd Okręgowy zważył co następuje:**

Powództwo nie jest usprawiedliwione co do zasady. Po stronie szpitala, za którego odpowiedzialność gwarancyjna ponosi pozwany zakład ubezpieczeń nie wystąpił błąd ani przy kwalifikacji powódki do zabiegu ani w zakresie jego przebiegu czy opieki pooperacyjnej.

Należy przyznać, że w trakcie zabiegu w dniu 1 lipca 2010r. doszło do zdarzenia skutkującego upośledzeniem żywotności ściany jelitowej, a w konsekwencji do jej pęknięcia w 7-mej dobie po operacji, co skutkowało dalszymi bardzo poważnymi i nieprzyjemnymi konsekwencjami dla powódki. Jednak wszystkie potencjalne czynniki osłabienia ściany jelita w przebiegu operacji nie mogą być traktowane jako błąd w sztuce po stronie operatora czy personelu pomocniczego, ale stanowią tzw. powikłanie, które zdarzają się w chirurgii. Proces leczenia, w szczególności wymagający przeprowadzenia zabiegu operacyjnego, zawsze obarczony jest ryzykiem powstania powikłania, które samo w sobie nie stanowi o postaniu odpowiedzialności szpitala o ile nie zostanie wykazany błąd w sztuce. Szpital ma obowiązek dołożyć wszelkiej staranności i zapewnić pacjentowi standardy przewidziane dla danego sposobu leczenia, nie odpowiada jednak w 100% za uzyskany skutek. Pacjent jest o powyższym informowany i jeżeli świadomie podpisuje zgodę na zabieg operacyjny musi liczyć się z ryzykiem powikłań.

W przypadku powódki przeprowadzone w sprawie postępowanie dowodowe jednoznacznie wskazało, że leczenie powódki było prawidłowe., jednak doszło do późnego powikłania pooperacyjnego w postaci perforacji jelita cienkiego. Również dalsze postępowanie po ujawnieniu tego powikłania było prawidłowe i ostatecznie uzyskano poprawę stanu zdrowia powódki.

Sąd ma na uwadze, że rozwój wydarzeń był dla powódki bardzo niekorzystny i naraził ją na znaczne cierpienia fizyczne i psychiczne oraz prawdopodobnie również straty materialne. Przeprowadzone w sprawie postępowanie dowodowe nie wykazało jednak, aby za powyższe odpowiedzialność ponosił ubezpieczony przez pozwanego szpital, którego ewentualna odpowiedzialność opiera się na zasadzie winy, a nie na zasadzie ryzyka. Wina zaś po stronie szpitala nie została udowodniona, pomimo wystąpienia niekorzystnych dla powódki powikłań, które niestety ciągle zdarzają się we współczesnej medycynie.

Z powyższych względów sąd uznał, że powództwo nie jest usprawiedliwione co do zasady i je w całości oddalił. Na podstawie art. 102 k.p.c. nie obciążył jednak powódki kosztami postępowania mając na uwadze jej sytuację oraz charakter sprawy.