

Sygn. akt II C 80/11

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 17 grudnia 2014 r.

Sąd Okręgowy w Łodzi, w II Wydziale Cywilnym,

w składzie: Przewodniczący: SSO Mariola Kaźmierak

Protokolant: sekr. sąd. Dorota Jankiewicz

po rozpoznaniu w dniu 10 grudnia 2014 r. w Łodzi na rozprawie

sprawy z powództwa J. S. (1)

przeciwko (...) Szpitalowi Miejskiemu im. (...) w Ł. oraz (...) S.A. z siedzibą w W. Oddział w Ł.

o zapłatę i ustalenie

1. oddala powództwo;

2. nie obciąża powódki kosztami procesu.

Sygn. akt II C 80/11

UZASADNIENIE

W pozwie, który wpłynął do Sądu Okręgowego w Łodzi w dniu 20 stycznia 2011 roku, powódka J. S. (1) wniosła o zasądzenie od pozwanych (...) Szpitala Miejskiego im. K. (...) w Ł. i (...) S.A. Oddział w Ł. in solidum:

- kwoty 200.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 3 lipca 2010 roku do dnia zapłaty;
- kwoty 45.000 zł tytułem odszkodowania wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 3 lipca 2010 roku do dnia zapłaty;
- kwoty 1.000 zł tytułem renty na zwiększone potrzeby, płatnej do 10-go każdego miesiąca, poczynając od dnia wniesienia powództwa i na bieżąco wraz z ustawowymi odsetkami w przypadku uchybienia płatności którejkolwiek z rat;
- kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Powódka wniosła także o ustalenie odpowiedzialności pozwanych na przyszłość za następstwa jatrogennego uszkodzenia dróg żółciowych u powódki.

Uzasadniając podstawy faktyczne powództwa, J. S. (1) podała, że w wyniku operacji laparoskopowego usunięcia woreczka żółciowego, której została poddana w dniu 7 września 2007 roku w pozwanym szpitalu, doszło do jatrogennego uszkodzenia przewodu żółciowego wspólnego, czego konsekwencją są wtórne powikłania kamicy żółciowej w postaci zespołu Mirizzi II stopnia i rozwinięcia u niej kalectwa żółciowego. Następujące leczenie po nieudanej operacji wskazuje na pogarszający się stan zdrowia powódki – nawracające zapalenia dróg żółciowych, które należy usuwać w drodze zabiegów chirurgicznych.

/pозew k. 2-6, protokół skrócony k- 563v/

W odpowiedzi na pozew z dnia 4 kwietnia 2011 roku pozwany (...) Szpital Miejski im. (...) w Ł. wniósł o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie od powódki na jego rzecz kosztów procesu. Zdaniem pozwanego w czasie leczenia operacyjnego kamicy żółciowej powódki w dniu 7 września 2007 roku nie został popełniony błąd medyczny, ale mimo dołożenia należytej staranności doszło do powikłania w postaci jatrogennego uszkodzenia dróg żółciowych. Powstały u powódki uszczerbek na zdrowiu nie ma znamion związku przyczynowego z błędem medycznym lub niedołożeniem należytej staranności w czasie wykonywania zabiegu laparoskopowego. Natomiast wskazane przez powódkę przewlekłe zmiany zapalne dotyczące pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych, w szczególności w obrębie trójkąta Calota, mogą być powikłaniami jatrogennych urazów dróg żółciowych. Ryzyko uszkodzenia dróg żółciowych przy współistnieniu tego typu zmian zapalnych zwiększa się 3-krotnie.

/odpowiedź na pozew k. 197-198/

W odpowiedzi na pozew z dnia 5 kwietnia 2011 roku pozwany (...) S.A. Oddział (...) w Ł. wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie od powódki na jego rzecz kosztów procesu według norm przepisanych. W ocenie pozwanego dokumentacja przedstawiona przez powódkę nie pozwala na przyjęcie, że doznała ona szkody w związku z działalnością (...) Szpitala Miejskiego im. (...) w Ł.. Pozwany podniósł zarzut przedawnienia, uzasadniając to tym, że odpowiedzialnością (...) S.A. według § 4 ust. 4 o.w.u. objęte są roszczenia dotyczące szkód powstałych ze zdarzeń zaistniałych w okresie ubezpieczenia, choćby poszkodowany zgłosił je po tym okresie, jednakże przed upływem terminu przedawnienia. Natomiast powódka zgłosiła roszczenie do (...) po upływie trzyletniego terminu przedawnienia, wobec czego nie może skutecznie dochodzić na drodze sądowej swoich roszczeń względem zakładu ubezpieczeń.

/odpowiedź na pozew k. 206/

W piśmie z dnia 10 lipca 2014 roku powódka zarzuciła pozwanemu szpitalowi:

- przystąpienie do operacji bez dostatecznego zbadania pacjenta,
- brak wykonania podstawowego badania w diagnostyce chorób dróg żółciowych – USG oraz w celu zminimalizowania ryzyka uszkodzenia dróg żółciowych – cholangiografii dożylniej,
- błędną diagnozę – zespół Mirizzi II,
- brak zapewnienia powódce prawa do świadomego podjęcia decyzji o sposobie leczenia, tj. nie przedstawiono możliwości przeprowadzenia operacji metodą klasyczną,
- przecięcie przewodu żółciowego w trakcie zabiegu,
- brak opieki diagnostycznej w okresie pooperacyjnym.

/pismo procesowe k. 580-585/

Stanowiska pozwanych nie uległy zmianie w toku procesu.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 28 lipca 2007 roku powódka zgłosiła się do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w P., gdzie została poddana obserwacji w kierunku żółtaczki mechanicznej. W trakcie pobytu w szpitalu wykonano m.in. usg brzucha, które nie wykazało żadnych niepokojących zmian. Na podstawie badań laboratoryjnych wykluczono wirusowe zapalenie wątroby i z podejrzeniem żółtaczki mechanicznej wypisano powódkę ze szpitala z zaleceniem dalszej diagnostyki w miejscu zamieszkania.

/karta informacyjna k. 28, 32, wyniki badań k. 29-31/

30 lipca 2007 roku powódka została przyjęta na Oddział (...) Ogólnej Wojewódzkiego Szpitala w Z., gdzie przebywała do 13 sierpnia 2007 roku. W wykonanym badaniu TK jamy brzusznej stwierdzono poszerzenie przewodów żółciowych, PŻW szerokości 8-9 mm – nie uwidoczniło się złożeń, pęcherzyk żółciowy mały o pogrubiałych ścianach, bez złożeń.

Z uwagi na podejrzenie przeszkody w brodawce Vatera powódka została skierowana na Oddział (...) Ogólnej (...) Szpitala Miejskiego im. (...) w Ł. celem wykonania (...). Podczas wykonywania ECPW w dniu 14 sierpnia 2007 roku stwierdzono zwężenie brodawki Vatera, w związku z czym wykonano papillotomię i usunięto z dróg żółciowych liczne złoże. Powódkę zakwalifikowano do planowej cholecystektomii i wypisano ze szpitala 16 sierpnia 2008 roku.

/historia choroby k. 34-35, 49 karta informacyjna leczenia szpitalnego k. 36, 50, epikyryza k. 56v, skierowanie do szpitala 58v, dokumentacja medyczna k. 38-40, 50-57, zeznania świadka M. S. (1) k. 233, zeznania powódki protokół rozprawy z 10.12.2014r. - k. 636v-637 – adnotacja 00:06:30 w zw. z k. 233v-234/

Dnia 6 września 2007 roku J. S. (1) została przyjęta na Oddział (...) Ogólnej (...) Szpitala Miejskiego im. (...) w Ł. celem wykonania cholecystektomii metodą laparoskopową.

Przed operacją powódka była badana, chirurg operujący powódkę nie wymagał, ani nie zlecił dodatkowych badań.

Podczas zabiegu przeprowadzonego w dniu 7 września 2007 roku uszkodzono – przecięto przewód żółciowy wspólny. Wykonano konwersję do zabiegu metodą klasyczną i rozpoznano zespół Mirizzi II stopnia, pęcherzyk znajdował się bardzo blisko wspólnego przewodu żółciowego. Następnie wykonano zespolenie przewodu żółciowego wspólnego na drenie Khera.

Po 14 dniach od zabiegu operacyjnego wykonano cholangiografię przez dren, na podstawie której stwierdzono szerokie, drożne, szczelne zespolenie.

W dniu 25 września 2007 roku powódka w stanie ogólnym dobrym została wypisana ze szpitala. Z zaleceniem leczenia w ramach POZ i kontroli w Poradni Chirurgicznej.

/historia choroby k. 57, badanie przedmiotowe k. 58, dokumentacja medyczna k. 59-69, karta informacyjna k. 70, zeznania świadka M. S. (1) k. 233, 400v-401/

Powódka wyraziła zgodę na zabieg operacyjny w postaci laparoskopowego wycięcia pęcherzyka żółciowego z możliwością do przejścia metodą otwartą.

Została poinformowana o celu i skutkach zabiegu, który miał zostać wykonany, jak również o możliwych powikłaniach. Wyraziła również zgodę na inne procedury medyczne, które mogły być konieczne do wykonania w trakcie procesu diagnostycznego i zabiegu operacyjnego, jak również zastosowanie miejscowo lub ogólnie działających środków.

/zgoda na zabieg operacyjny k. 69v/

Chirurg M. S. (1) w trakcie operacji rozpoznał u niej zespół Mirizzi II stopnia na tej podstawie, że dwa tygodnie wcześniej od zabiegu wykonywał ECPW, w trakcie którego były usuwane kamienie z dróg żółciowych. Natomiast podczas operacji okazało się, że kamienie, znajdujące się w pęcherzyku przy bardzo krótkim przewodzie pęcherzykowym, wpadły do głównej drogi żółciowej. Kiedy to wszystko było preparowane laparoskopowo, chirurg doszedł do wniosku, że musiał to być zespół Mirizziego II stopnia z uwagi na niecodzienny przebieg i całokształt, co dopisał po godzinie na protokole pooperacyjnym.

/zeznania świadka M. S. (1) k. 233, 400v-401/

Po przeprowadzonym zabiegu powódka została poinformowana o zaistniałej sytuacji.

/zeznania świadka M. S. (1) k. 233/

Przedmiotowe powikłanie w trakcie operacji powódki było jedynym przypadkiem, który przydarzył się chirurgowi M. S. (1) w jego wieloletniej karierze.

/zeznania świadka M. S. (1) k. 233, 400v-401/

Od 25 sierpnia do 27 sierpnia 2008 roku powódka hospitalizowana była w Klinice (...) w Ł. z rozpoznaniem cholestazy wątrobowej, uszkodzenia odczynowego wątroby, podejrzenia pierwotnej marskości żółciowej wątroby.

/historia choroby k. 81-82, karta informacyjna k. 93-94, dokumentacja medyczna k. 84-92, 95-98, zeznania powódki protokół rozprawy z 10.12.2014r. - k. 636v-637 – adnotacja 00:46:31/

Następnie J. S. (1) została przewieziona na Oddział Wewnętrzny (...) Szpitala Miejskiego im. (...) w Ł., gdzie przebywała od 27 sierpnia do 5 września 2008 roku z rozpoznaniem kamicy żółciowej – kamicy pęcherzyka żółciowego z innym zapaleniem pęcherzyka żółciowego. Dwa razy wykonano ECPW, usuwając liczne złoży z dróg żółciowych oraz wykonano balonowanie zwężenia dróg żółciowych.

/historia choroby k. 99, 101, 116v, dokumentacja medyczna k. 102-115, zeznania świadka M. S. (1) k. 233, zeznania powódki protokół rozprawy z 10.12.2014r. - k. 636v-637 – adnotacja 00:46:31/

Od 19 listopada do 26 listopada 2008 roku powódka ponownie była hospitalizowana w Klinice (...) w Ł. z rozpoznaniem przewlekłego zapalenia wątroby i dróg żółciowych, nawracającej kamicy przewodowej.

/historia choroby k. 117, 142-143, karta informacyjna k. 126, dokumentacja medyczna k. 118-125, 127-141/

Od 2 lipca do 6 lipca 2009 roku powódka przebywała w (...) Szpitalu Miejskim im. (...) w Ł. z uwagi na żółtaczkę mechaniczną z nawracającymi objawami zapalenia dróg żółciowych. W dniu 3 lipca 2009 roku wykonano ECPW, usunięto złoży z dwunastnicy z przewodów żółciowych wątroby. Próba poszerzenia dróg żółciowych była nieudana.

/historia choroby k. 144,153v, dokumentacja medyczna k. 146-152, zeznania powódki protokół rozprawy z 10.12.2014r. - k. 636v-637 – adnotacje: 00:06:30/

Od 27 września do 5 października 2009 roku powódka przebywała na Oddziale Klinicznym (...) (...) Szpitala (...) im. N. B. w Ł. z rozpoznaniem kalectwa dróg żółciowych. 29 września 2009 roku wykonano laparotomię i zespolenie żółciowe – jelitowe metodą Roux.

/historia choroby k. 164-165l, karta informacyjna k. 167, dokumentacja medyczna k. 168-189/

Od 17 listopada 2009 roku do 31 marca 2013 roku J. S. (1) posiadała umiarkowany stopień niepełnosprawności orzeczonej przez (...) Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Ł..

W dniu 27 kwietnia 2013 roku (...) ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Ł. orzekł o niepełnosprawności powódki w stopniu lekkim od 1 kwietnia 2013 roku do 30 czerwca 2016 roku.

/orzeczenia o stopniu niepełnosprawności k. 25, 635, zeznania powódki protokół rozprawy z 10.12.2014r. - k. 636v-637 – adnotacja 00:19:45/

Do 2007 powódka nie chorowała, nie leczyła się na żadne choroby. Wykonywała jedynie badania kontrolne. Prowadziła aktywny tryb życia, wyjeżdżała dziećmi na obozy sportowe, pływała, jeździła na nartach.

Po operacji musiała zrezygnować z dotychczasowego trybu życia.

Od operacji przeprowadzonej 7 września 2007 roku powódka przez 11 miesięcy przebywała na zwolnieniu lekarskim. Nie korzystała z pomocy psychologa, ani psychiatry.

Powódka czuje się obecnie słabsza. Miała kilkanaście nawrotów choroby, stany zapalne, którym towarzyszyły dreszcze, gorączka.

J. S. (2) zażywa Ursotalg (100 zł -130 zł za opakowanie) i Cholestil (30 zł za opakowanie). Na leki wydaje około 160 zł miesięcznie.

Powódka korzysta co trzy miesiące z wizyt u chirurga i hepatologa, pozostaje pod opieką lekarza POZ. Wizyta u chirurga kosztuje 160 zł, natomiast u hepatologa 100 zł – 150 zł.

Powódka stosuje dietę lekkostrawną, prowadzi w domu dwie kuchnie: jedną dla rodziny i jedną dla siebie, która podwyższa koszty o 400 zł.

J. S. (1) nie może wykonywać ciężkich prac domowych, dźwigać, czynności te wykonuje jej mąż.

Powódka nadal pracuje jako nauczyciel w-fu 18 godzin tygodniowo, posiada lekarskie dopuszczenie do pracy. Nie pokazuje dzieciom ćwiczeń, tylko im tłumaczy sposób wykonania. Wynagrodzenie J. S. (1) wynosi 2.999 zł plus wysługa lat 20%.

Mąż powódki od 2008 roku pracuje w Urzędzie Miasta za wynagrodzeniem 2.300 zł.

Córka mieszka z rodzicami, od października rozpoczęła studia dzienne.

/zeznania powódki protokół rozprawy z 10.12.2014r. - k. 636v-637 – adnotacje: 00:06:30, 00:12:01, 00:15:09, 00:19:45, 00:45:28, 00:46:31/

J. S. (1) prawidłowo została zakwalifikowana do zabiegu chirurgicznego polegającego na usunięciu pęcherzyka żółciowego metodą laparoskopową. Obecnie cholecystektomia laparoskopowa jest uznana za tzw. „złoty standard” w leczeniu kamicy żółciowej i stanów chorobowych wymagających usunięcia pęcherzyka żółciowego. Również za prawidłowe postępowanie należy uznać rozłożenie leczenia operacyjnego u powódki na dwa etapy: w pierwszym etapie przeprowadzono zabieg endoskopowy połączony z usunięciem kamieni z dróg żółciowych, w drugim etapie - przeprowadzono cholecystektomię laparoskopową. Pomijając wszystkie późniejsze powikłania, opierając się jedynie na ustaleniach początkowych z sierpnia 2007 roku: tj. stwierdzeniu kamicy przewodowej z przebytą żółtaczką mechaniczną oraz stanu po ostrym zapaleniu pęcherzyka żółciowego - u powódki istniały potwierdzone wskazania do usunięcia pęcherzyka żółciowego.

U powódki nie stwierdzono kamicy pęcherzyka żółciowego. Ze względu na wystąpienie żółtaczki mechanicznej w początku choroby ustalono wskazania do przeprowadzenia endoskopowej cholangiopankreatografii wstecznej ((...)).

Przed zabiegiem operacyjnym cholecystektomii laparoskopowej u powódki wykonano w zasadzie komplet dostępnych badań diagnostycznych obrazowych, takich jak: badanie USG jamy brzusznej, badanie tomografii komputerowej jamy brzusznej i wreszcie najważniejsze - badanie ECPW. Zabieg endoskopowy o nazwie ECPW= endoskopowa cholangiopankreatografia wsteczna (ECPW albo ERCP ang. endoscopic retrograde cholangiopancreatography) jest to skomplikowany zabieg stanowiący połączenie badania endoskopowego z badaniem radiologicznym. Zabieg ten polega na:

- wprowadzeniu tzw. duodenoskopu do dwunastnicy przez usta pacjenta,
- odszukaniu w dwunastnicy brodawki Vatera (czyli brodawki dwunastniczej większej) - na szczycie której uchodzi do XII-cy przewód żółciowy wspólny,
- wprowadzeniu do wnętrza dróg żółciowych (od dołu, wstecznie, od światła dwunastnicy - stąd nazwa, przez brodawkę Vatera) specjalnego cewnika

- podaniu kontrastu radiologicznego
- wykonaniu cholangiografii i pankreatografii (czyli badania rentgenowskiego, prześwietlenia wnętrza dróg żółciowych i trzustkowych z użyciem kontrastu. Powyższe badanie wykazało u powódki prawidłowe przechodzenie kontrastu przez drogi żółciowe, obecność kamieni w drogach żółciowych i brak anomalii anatomicznych)
- u powódki dokonano jeszcze endoskopowej papillotomii - czyli rozcięcia zwężonej brodawki Vatera w trakcie zabiegu ECPW oraz
- mechanicznego usunięcia kamieni żółciowych znajdujących się w świetle dróg żółciowych- również podczas tego samego zabiegu.

W dniu 14 sierpnia 2007 roku u powódki wykonano zabieg endoskopowej cholangiopankreatografii wstecznej (ECPW). W trakcie ECPW stwierdzono kamicę żółciową dróg żółciowych pozawątrobowych, obecność licznych złożeń w drogach żółciowych, również objawy nienowotworowego zwężenia brodawki Vatera. Wykonano rozcięcie brodawki Vatera - tzw. papillotomię, potem dokonano wewnątrzprzewodowego rozkruszenia złożeń żółciowych, a potem, stopniowo, usuwano te złoże do dwunastnicy. Przed zakończeniem zabiegu endoskopowego do wnętrza dróg żółciowych wprowadzono cewnik balonowy i przy jego pomocy dokonano ponownej kontroli dróg żółciowych, nie stwierdzając już obecności złożeń w drogach żółciowych. U powódki w dalszym przebiegu ustalono wskazania do wycięcia zapalnie zmienionego pęcherzyka żółciowego. Operację cholecystektomii laparoskopowej przeprowadzono w dniu 7 września 2007 roku.

Sam zabieg operacyjny cholecystektomii laparoskopowej u powódki został przeprowadzony zgodnie z obowiązującymi zasadami sztuki i wiedzy medycznej.

W trakcie cholecystektomii laparoskopowej doszło do uszkodzenia przewodu żółciowego wspólnego. Rekonstrukcję uszkodzonego przewodu żółciowego wspólnego przeprowadzono doraźnie, zszywając końce przeciętego przewodu żółciowego na drenie Kehra.

Cholangiografia, wykonana podczas ECPW mogła nie wykazać w tym przypadku żadnych istotnych zmian, gdyż stwardniały nacieki zapalne i zrosty w okolicy szyi pęcherzyka żółciowego mogły utrzymywać in situ drogi żółciowe, stwarzając wrażenie integralności. Operator natychmiast rozpoznał uszkodzenie dróg żółciowych, dokonał konwersji cholecystektomii laparoskopowej od otwartej cholecystektomii klasycznej, przeprowadził chirurgiczne badanie śródoperacyjne jamy brzusznej i dróg żółciowych, dokonał jednoczasowego zespolenia uszkodzonego przewodu żółciowego wspólnego na drenie Kehra, uzyskując dobry wynik doraźny i nawet wczesny. Niestety późny wynik tego leczenia był niepomysłny.

Chirurgia laparoskopowa wiąże się z szeregiem korzyści dla pacjenta, ale niesie z sobą też pewne niebezpieczeństwa. Jednym z tych niebezpieczeństw i ograniczeń laparoskopii jest przeprowadzanie operacji w dwuwymiarowym polu operacyjnym i w znacznym powiększeniu. Modyfikuje to i utrudnia całościowy ogląd pola operacyjnego. Można zadać pytanie, dlaczego operator, po stwierdzeniu nacieku zapalnego w okolicy szyi pęcherzyka kontynuował zabieg cholecystektomii laparoskopowej, zamiast natychmiast dokonać konwersji do klasycznej cholecystektomii otwartej, albo np. odroczyć zabieg. Prawdopodobnie, jego ocena sytuacji była tego rodzaju, że kontynuacja preparowania tkanek, mimo niejasnych i zatartych stosunków anatomicznych, jednak była bezpieczna dla pacjentki. Pozwalało mu na to jego doświadczenie zawodowe i umiejętności. Z uwagi na niedostatki dokumentacji medycznej, zwłaszcza w zakresie opisu operacji z dnia 7 września 2007 roku, nie istnieje możliwość szczegółowego prześledzenia sposobu rozumowania lekarskiego u operatora.

Obecnie brak jest obiektywnych dowodów na rozpoznanie u powódki zespołu Mirizzi II, wypływających z badań diagnostycznych i dokumentacji medycznych. Do zaistnienia tego zespołu niezbędne są dwa kluczowe elementy: obecność kamienia żółciowego zaklinowanego w szyjce lub uchyłku pęcherzyka żółciowego i powstanie odległy

w miejscu ucisku kamienia skutkującej wystąpieniem przetoki pomiędzy pęcherzykiem żółciowym a przewodem żółciowym lub wątrobowym wspólnym. Stwierdzenie jedynie obecności i nacieku zapalnego lub zmian pozapalnych w okolicy szyi pęcherzyka żółciowego nie jest wystarczające do postawienia rozpoznania zespołu Mirizzi II. Z kolei diagnostyka przedoperacyjna nie wykazała u powódki objawów zespołu Mirizzi II. Również przeprowadzone badania ECPW nie wskazały na możliwość istnienia takiego zespołu u powódki. U chorych z zespołem Mirizzi II winno stwierdzać się objawy zaklinowania kamienia żółciowego w szyjce lub uchyłku pęcherzyka żółciowego oraz objawy przetoki żółciowo - żółciowej (czyli patologicznego połączenia pęcherzyka żółciowego z któryś fragmentów dróg żółciowych zewnątrzwątrobowych).

W następstwie zabiegu cholecystektomii laparoskopowej w dniu 7 września 2007 roku powódka doznała ciężkiego uszkodzenia dróg żółciowych, pod postacią przecięcia przewodu żółciowego wspólnego (też nie wiadomo czy całkowitego czy częściowego), klasyfikowanego jako typ E4 wg Strasberga. Powikłanie to zostało co prawda natychmiast rozpoznane i naprawione, ale późny wynik leczenia uszkodzenia dróg żółciowych jest niepomyślny.

Ewentualne rozpoznanie u powódki tzw. zespołu Mirizzi II nie musiało wpłynąć na wystąpienie jatrogennego uszkodzenia przewodu żółciowego wspólnego. Inaczej: zespół Mirizzi II nie jest niezbędnym warunkiem do wystąpienia jatrogennego uszkodzenia dróg żółciowych. Gdyby u powódki istniał zespół Mirizzi II, tak jak rozpoznano w protokole operacyjnym, wówczas musiałaby istnieć przetoka żółciowo - żółciowa pomiędzy pęcherzykiem żółciowym a przewodem żółciowym wspólnym. Oznaczałoby to, że a priori w przewodzie żółciowym znajdował się otwór. Takich okoliczności nie opisano, stąd niepewność co do rozpoznania. Owszem, istniejący naciek zapalny w okolicy szyi pęcherzyka również wikłał stosunki anatomiczne i nasilał trudności techniczne cholecystektomii laparoskopowej u powódki, ale rozpoznanie zespołu Mirizzi II nie jest tożsame z zaistnieniem jatrogennego uszkodzenia przewodu żółciowego wspólnego.

Przy założeniu, że u powódki nie występował zespół Mirizzi II, należy ocenić, iż doszło u niej do jatrogennego uszkodzenia zewnątrzwątrobowych dróg żółciowych podczas operacji cholecystektomii laparoskopowej, na tle zatartych stosunków anatomicznych w okolicy szyi pęcherzyka żółciowego. Takie jatrogenne powikłanie wpisuje się w paradygmat uszkodzeń dróg żółciowych w trakcie operacji laparoskopowych.

Obecnie powódka jest osobą z tzw. kalectwem dróg żółciowych. W jej organizmie istnieje нефизиologiczne połączenie pomiędzy układem dróg żółciowych, a przewodem pokarmowym, wytworzone operacyjnie. Zastąpiono uszkodzone drogi żółciowe pętlą jelita cienkiego wyłączoną z pasaży treści jelitowej, którą zespolono z kikitem przewodu wątrobowego wspólnego. Połączenie to z jednej strony zabezpiecza spływ żółci z wątroby do jelit, ale z drugiej strony nie zabezpiecza powódki w pełni przed zarzucaniem (cofaniem się) treści jelitowej do dróg żółciowych. Poza tym, naturalny mechanizm zwieraczowy oddzielający światło przewodu pokarmowego od wnętrza dróg żółciowych został u powódki zlikwidowany: nie ma ona zwieracza bańki wątrobowo – trzustkowej, ani nie ma pęcherzyka żółciowego, który poprzez swe skurcze zwiększa ciśnienie w drogach żółciowych. W związku z tym, nie ma mechanizmów regulacyjnych, zarządzających spływem żółci. U powódki spływ żółci z wątroby do jelit odbywa się grawitacyjnie, kroplami, w miarę wytwarzania żółci przez komórki wątrobowe i może się zdarzyć, że produkcja żółci nie odpowiada aktualnemu zapotrzebowaniu ustroju - stąd ewentualne dolegliwości dyspeptyczne. Chirurgicznie połączono u powódki ze sobą nieanatomicznie dwa różnoimienne narządy - jakimi są przewody żółciowe we wnętrzu wątroby i pętla jelita cienkiego, dlatego nazywa się to „protezowanie dróg żółciowych”. Wadą każdego sztucznego, нефизиologicznego połączenia narządów w organizmie ludzkim jest zarastanie takich połączeń. Być może, że u powódki dobry wynik leczenia operacyjnego utrzyma się długo, ale realna jest też możliwość, że dojdzie do zwężenia lub zarośnięcia miejsca zespolenia przewodów żółciowych z przewodem pokarmowym, gdzie komunikuje się wnętrze dróg żółciowych ze światłem wyizolowanej pętli jelita cienkiego. Wydaje się, że obecnie u powódki dochodzi do takiej sytuacji.

Przebyte przez powódkę powikłania cholecystektomii laparoskopowej oraz niepowodzenia zabiegów rekonstrukcyjnych w zasadniczy i znaczny sposób wpłynęły na wydłużenie i skomplikowanie procesu leczenia u powódki. Po niepowikłanej cholecystektomii laparoskopowej pacjent szybko odzyskuje dobre samopoczucie i po kilku

dniach rekonwalescencji może nawet wrócić do pracy. Natomiast w przypadku powódki leczenie nie jest zakończone do dziś.

Powódka nie może wykonywać cięższych prac w gospodarstwie domowym, nie robi zakupów. Musi stosować dietę wątrobową, ma to dla niej wymierny efekt organizacyjny i finansowy (konieczność zakupów droższych, wysokogatunkowych artykułów spożywczych oraz konieczność odrębnego przygotowywania posiłków dla reszty rodziny). Zrezygnowała z aktywnego trybu życia na rzecz ograniczenia wysiłków fizycznych, nie uprawia sportu, dużo odpoczywa. Zaprzestała odbywania dalszych podróży z obawy przed pogorszeniem stanu zdrowia.

Bezwarunkowo J. S. (1) musi być pod stałą kontrolą lekarską, zarówno w zakresie specjalistów chorób wątroby, jak i chirurgów. Intensywność tej opieki będzie zależała od stopnia nasilenia dolegliwości i ewentualnej progresji choroby podstawowej, niemniej, można przyjąć, iż powódka będzie musiała kontynuować leczenie dożywotnio.

/pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu chirurgii ogólnej M. G. k. 247-255 wraz z pisemną opinią uzupełniającą k. 362-364 i ustnymi opiniami uzupełniającymi k. 293v-294, 383v-384, 402v/

U powódki dolegliwości związane z kamicy dróg żółciowych pojawiły się pod koniec lipca 2007 roku. Natomiast zmiany w obrębie dróg żółciowych mogły powstać wcześniej. Złogi w drogach żółciowych nie powstają w ciągu kilku dni, jest to proces długotrwały. Stwierdzone w TK jamy brzusznej (02.08.2007 roku) zmiany, pogrubienie ściany pęcherzyka żółciowego do 5 mm oraz poszerzenie przewodu żółciowego świadczą o długotrwałym procesie chorobowym. Kamica żółciowa często przebiega bezobjawowo i rozpoznawana jest przypadkowo podczas badania usg jamy brzusznej.

Przebieg choroby był typowy dla kamicy żółciowej, żółtaczką mechaniczną, bóle brzucha, podwyższona temperatura, wymioty. Zastosowano typowe postępowanie, najpierw wykonano ECPW, usuwając złoże z dróg żółciowych, a następnie zakwalifikowano powódkę do cholecystektomii. W czasie cholecystektomii laparoskopowej doszło do powikłania - przecięcia przewodu żółciowego wspólnego.

W przypadkach niepowikłanej kamicy pęcherzyka żółciowego po cholecystektomii następuje z reguły wyleczenie. U powódki zabieg powikłany był uszkodzeniem przewodu żółciowego wspólnego, co było powodem konwersji do cholecystektomii klasycznej, a w późniejszym terminie zabiegu zespolenia żółciowo - jelitowego. W przypadku kamicy przewodowej trudno uzyskać całkowite wyleczenie, gdyż nie można przewidzieć liczby nawrotów choroby, którym towarzyszy zapalenie dróg żółciowych.

Powódka została prawidłowo zakwalifikowana do zabiegu. Po stwierdzeniu żółtaczką mechaniczną ustalono jej przyczynę (usg jamy brzusznej, TK jamy brzusznej, ECPW). Zgodnie z zasadami leczenia usunięto najpierw złoże z dróg żółciowych, a następnie zakwalifikowano powódkę do zabiegu cholecystektomii.

Powikłania cholecystektomii laparoskopowej występują w około 1% przypadków, a uszkodzenie dróg żółciowych około 0,3% przypadków.

Kamica przewodowa i przewlekły stan zapalny pęcherzyka żółciowego z dużym prawdopodobieństwem istniały u powódki przed zabiegiem wykonanym w pozwanym szpitalu. Schorzenia te mogły przebiegać bezobjawowo. Jak podaje powódka, dolegliwości zaczęła odczuwać w momencie powstania żółtaczką mechaniczną spowodowaną kamicy przewodową.

/pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu gastroenterologii M. Ł. (1) k. 282-285/

W badaniu tomografii komputerowej powódki z dnia 2 sierpnia 2007 roku nie ma ewidentnych cech kamicy pęcherzyka żółciowego, z zastrzeżeniem, iż szyjka pęcherzyka żółciowego jest zagięta, a sam pęcherzyk żółciowy jest grubościenny, zapalny.

Nie uwidoczniono objawów nacieku zapalnego mogących świadczyć

o zespole Mirriziego. Uwidoczniono patologiczne struktury wewnątrzprzewodowe pod postacią kamienia w przewodzie żółciowym wspólnym. Widoczne są poszerzone przewody żółciowe wewnątrzwątrobowe i poszerzony przewód żółciowy wspólny. W wizualizacji badań ECPW są widoczne liczne kamienie żółciowe (różnej wielkości) w przewodach żółciowych.

W 15-20% przypadków kamica żółciowa w badaniu TK nie jest wykrywana, gdyż błotko żółciowe jest słabo hiperdensyjne i co za tym idzie słabo widoczne. Najlepsze wyniki badania osiąga się wykonując rekonstrukcje z badań aparatów wielorzędowych.

Uwidocznienie zapalnego pęcherzyka żółciowego o pogrubiałej ścianie było wskazaniem do jego usunięcia.

/pismna opinia biegłego sądowego z zakresu radiologii D. B. k. 323-325/

W lipcu 2007 roku u J. S. (1) doszło do wystąpienia objawów cholestazy (zastoju żółci). W toku przeprowadzonej diagnostyki obrazowej (usg, tk i gastroskopia) nie potwierdzono ewidentnej przyczyny odczuwanych dolegliwości. Badania USG i tomografii komputerowej potwierdziły istnienie stanu zapalnego. Istnienie kamieni nie stanowiło przeszkody do wykonania zabiegu. W przypadku powódki nie było wskazań do cholangiografii, ani do rezonansu dróg żółciowych.

Powódka została skierowana do endoskopowej rewizji dróg żółciowej przy pomocy ECPW. W czasie trudnego technicznie badania (co wynikało z obecności dużego uchyłka w pobliżu brodawki Vatera), w świetle dróg żółciowych stwierdzono obecność licznych złogów, które po wykonaniu sfinkterotomii endoskopowej skruszono, a następnie usunięto. Po ustabilizowaniu się parametrów biochemicznych oraz ustąpieniu klinicznych objawów żółtaczki mechanicznej podjęto decyzję o leczeniu operacyjnym - laparoskopowej cholecystektomii. Po uzyskaniu zgody pacjentki, przeprowadzeniu stosownej konsultacji przedoperacyjnej anestezyjologicznej oraz wykonaniu kontrolnych badań laboratoryjnych, w dniu 7 września 2007 roku rozpoczęto operację metodą laparoskopową. W jej trakcie zaobserwowano obecność licznych zrostów w okolicy szyi małego, zanikowego pęcherzyka żółciowego. Dalej, po omyłkowym zaklipsowaniu przewodu żółciowego wspólnego przecięto go - zamiast przewodu pęcherzykowego. Natychmiast zdecydowano o konwersji (zamiany operacji laparoskopowej na klasyczne otwarcie jamy brzusznej - laparotomię). Uszkodzoną główną drogę żółciową zespolono koniec do końca na drenie Kehra.

Zastane śródoperacyjnie zmiany pozapalne okolicy pęcherzyka żółciowego (zwłaszcza okolicy szyi) doprowadziły najpewniej do zmiany w typowym umiejscowieniu przebiegu poszczególnych struktur przebiegających w więzadle wątrobowo - dwunastniczym i wnęki wątroby. W związku z tym, najpewniej doszło do nieprawidłowej identyfikacji przewodu pęcherzykowego i przypadkowego przecięcia przewodu żółciowego wspólnego.

W przypadku tego rodzaju zabiegów operacyjnych (zwłaszcza w sytuacji zaistnienia utrudnień strukturalnych, zwiększających ryzyko wystąpienia powikłań), nawet przy dołożeniu należytej staranności, uszkodzenia tego rodzaju należy traktować jako dość rzadkie, ale jednak typowe, możliwe powikłanie. W związku z czym uznać należy, że mieści się ono w ramach ryzyka operacji - nierozłącznie związanego z leczeniem inwazyjnym, instrumentalnym.

Dalsze leczenie pacjentki na Oddziale Chirurgicznym w Ł., związane z przebyłym, jatrogennym uszkodzeniem przebiegało poprawnie, a kontrolne badanie cholangiograficzne wykazało prawidłowy spływ żółci z okolicy zespolenia. W związku z czym J. S. (1) została wypisana do domu z zaleceniem kontynuacji terapii oraz kontroli w warunkach ambulatoryjnych.

Według kolejnych historii chorób u J. S. (1) doszło do przewężenia światła uszkodzonego przewodu żółciowego wspólnego, co skutkowało wystąpieniem objawów zastoju żółci oraz uszkodzenia miąższu wątroby. Z tego powodu, przeprowadzono zabieg mający na celu przywrócenie ciągłości przepływu żółci w postaci zespolenia żółciowo - jelitowego na pętli Roux -Y, z dobrym skutkiem zdrowotnym utrzymującym się do dnia dzisiejszego.

Reasumując, przy uwzględnieniu powyższych wyjaśnień nie można dopatrzeć się nieprawidłowości w czynnościach diagnostycznych lub terapeutycznych zastosowanych wobec J. S. (1) w Oddziale (...) Ogólnej w Ł., wynikających z braku dołożenia należytej staranności. W szczególności podnieść należy właściwą kwalifikację do zabiegu, dobór metody operacyjnej, brak podstaw do uznania niestaranności w czasie laparoskopii, a także szybkie rozpoznanie uszkodzenia i zastosowanie uznanych metod naprawczych. Wyjaśnić także należy, że analiza dostępnej w tej sprawie dokumentacji medycznej wskazuje, że powodem podjęcia decyzji o zaproponowaniu chorej leczenia operacyjnego była konieczność usunięcia narządu (pęcherzyka żółciowego), który jest odpowiedzialny za tworzenie się kamieni żółciowych - będących przyczyną dolegliwości odczuwanych przez powódkę. Dalsze leczenie zachowawcze i chirurgiczne przeprowadzone po 7 września 2007 roku było konsekwencją stwierdzonego uszkodzenia dróg żółciowych oraz niezbędne dla uzyskania poprawy stanu zdrowia pacjentki i uchronienia jej od wystąpienia innych, ciężkich powikłań narządowych z możliwością zgonu włącznie, a także było typowe, właściwe dla tego rodzaju przypadków i zgłaszanych wówczas objawów klinicznych.

W grupie możliwych powikłań laparoskopowych cholecystektomii, nieprawidłowa identyfikacja i uszkodzenie przewodu stanowi około 0,4 - 0,5 %.

Istniejące w aktach sprawy wyniki badań oraz opis zabiegu operacyjnego z dnia 7 września 2007 roku nie pozwala na potwierdzenie zespołu Mirizzi typu II u J. S. (1). Fakt niemożności potwierdzenia istnienia tego rodzaju powikłania przewlekłej kamicy pęcherzyka żółciowego nie wpływa na podaną powyżej ocenę postępowania chirurgicznego wobec J. S. (1), ponieważ występowanie zespołu Mirizzi nie determinowało możliwości powstania szkody żółciowej u pacjentki. Natomiast obecność zespołu Mirizzi z pewnością pogłębiałaby istniejące ryzyko powikłań chirurgicznego leczenia schorzeń układu żółciowego. Rozpoznanie w/w zespołu nie było przeciwwskazaniem do zastosowania zespolenia na drenie Kehra.

Decyzja o konwersji laparoskopii do laparotomii została podjęta w momencie rozpoznania uszkodzenia głównej drogi żółciowej, której naprawa wymagała poszerzenia pola operacyjnego. Obecność wcześniej stwierdzonych zmian pozapalnych w obszarze pęcherzyka żółciowego nie stanowiła wskazania do zmiany pierwotnie przyjętego sposobu resekcji pęcherzyka żółciowego.

W przypadku niepowikłanej cholecystektomii laparoskopowej okres leczenia, rekonwalescencji i powrotu do zdrowia jest krótki i trwa zazwyczaj około dwóch tygodni. Okres ten jest uzależniony od charakteru pracy (fizyczna, umysłowa) oraz szybkości gojenia się ran i stopnia dolegliwości bólowych. U J. S. (1) okres ten uległ znacznemu wydłużeniu. W związku z zaistniałymi powikłaniami chora wymagała dodatkowych badań i skomplikowanego leczenia, w tym chirurgicznego.

Opierając się na wyniku obecnie przeprowadzonego badania lekarskiego, uwzględniającego przebieg dotychczasowego leczenia oraz wyników przeprowadzonych badań stwierdzić należy, że u J. S. (1) doszło do przewężenia zespolenia żółciowo - jelitowego. Mimo tego wyniki aktualnych badań laboratoryjnych wskazują jednak na dobre funkcjonowanie zespolenia żółciowo - jelitowego i braku wykładników dużego stopnia uszkodzenia wątroby i/ lub trzustki.

W związku z powyższym procentowy uszczerbek na zdrowiu powódki, związany z przebyłym przecięciem dróg żółciowych określić należy na 20 (pkt. 72b - Ocena procentowa stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu, załącznik do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2002 roku, Dz. U. Nr 234, poz. 1974).

W związku z zaistniałym w czasie laparoskopowej cholecystektomii powikłaniem J. S. (1) nie wymagała (poza krótkim - kilku tygodniowym okresem bezpośrednio po zabiegach operacyjnych) i nie wymaga obecnie pomocy osób trzecich. Aktualnie chora nie wymaga jakiegось szczególnego, obciążającego finansowo leczenia lub zabiegów terapeutycznych. Konieczne jest jednak prowadzenie stałej kontroli parametrów cholestazy oraz uszkodzenia wątroby i trzustki, które mogą być prowadzone w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Mimo obecnego, dobrego (przy uwzględnieniu pierwotnego charakteru uszkodzenia narządowego) stanu zdrowia J. S. (1) nie można wykluczyć, że w trudnej do przewidzenia przyszłości dojdzie do jego pogorszenia - np. na skutek wzmożenia zastoju żółci i nasilenia wtórnego uszkodzenia mięszu wątroby i trzustki. W tego typu przypadkach klinicznych ryzyko pogorszenia stanu zdrowia w przyszłości należy zawsze uwzględniać.

Powódka nie jest w stanie wykonywać cięższych prac fizycznych, intensywna działalność jako nauczyciel w-fu też jest ograniczona. Istnieją ograniczenia dietetyczne – powódka wymaga diety lekkostrawnej.

Jeżeli J. S. (2) nie ma obecnie żadnych objawów, nie istnieje konieczność zażywania leków. Na podstawie badań obrazowych brak jest podstawa do stwierdzenia marskości wątroby.

/pisemna opinia (...) w K. Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej i Toksykologii Sądowo – Lekarskiej k. 483-507 wraz z ustną opinią uzupełniającą protokół rozprawy z 09.06.2014r. – k. 563v-565 – adnotacje: 00:10:17, 00:35:42, 01:08:38, 01:21:13, 01:23:12/

Nie istnieją wzorce protokołów poodoperacyjnych. Zasada jest taka, że w taki protokole powinien być zawarty opis czynności, które wykonał lekarz. Protokół z przedmiotowej operacji mógłby być bardziej szczegółowy, ale co do zasady zawiera podstawowe informacje.

Przed operacją pacjenta informuje się o powikłaniach, które najczęściej występują, czyli m.in. o uszkodzeniach takich, jak u powódki. W podpisanym przez J. S. (1) wyrażeniu zgody na zabieg istnieje informacja o możliwych powikłaniach.

/ustna opinia uzupełniająca (...) w K. Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej i Toksykologii Sądowo – Lekarskiej protokół rozprawy z 09.06.2014r. – k. 563v-565 – adnotacje: 00:56:37, 00:57:50, 01:13:26, 01:28:17/

Pismem, wysłanym pozwanemu szpitalowi w dniu 2 czerwca 2010 roku. powódka zgłosiła szkodę, wzywając go do zapłaty:

- kwoty 200.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną wraz z odsetkami ustawowymi od dnia wymagalności do dnia zapłaty;
- kwoty 30.000 zł tytułem odszkodowania wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wymagalności do dnia zapłaty;
- kwoty 500 zł tytułem renty na zwiększone potrzeby, płatnej do 10-go każdego miesiąca, poczynając od dnia wymagalności i na bieżąco wraz z ustawowymi odsetkami w przypadku uchybienia płatności którejkolwiek z rat.

Pozwanemu towarzystwu ubezpieczeń powódka zgłosiła szkodę 26 października 2010 roku.

/zgłoszenie szkody k. 33-34 akt szkody, pismo k. 35 akt szkody/

Wezwania do zapłaty pozostały bez odpowiedzi.

/okoliczność bezsporna/

Ustalając powyższy stan faktyczny, Sąd oparł się na powołanych dowodach, przede wszystkim obszernej dokumentacji medycznej powódki i wydanych na jej podstawie opiniach biegłych oraz instytutu. Opinie te zostały przyjęte przez Sąd jako rzetelne i fachowe. Wszystkie wątpliwości strony powodowej zgłaszane do opinii biegłych M. G. i instytutu zostały w sposób wyczerpujący wyjaśnione w pisemnej i ustnych opiniach uzupełniających.

Oceniając postępowanie lekarzy z pozwanego szpitala, Sąd oparł się na opiniach biegłych: chirurga ogólnego M. G., gastroenterologa M. Ł. (2), radiologa D. B. i (...) w K. Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej i Toksykologii Sądowo – Lekarskiej. W toku procesu pozwany szpital nie kwestionował faktu powikłania podczas przeprowadzonej operacji w dniu 7 września 2007 roku w postaci jatrogennego uszkodzenia dróg żółciowych. Wszyscy wymienieni eksperci

zgodnie stwierdzili, że podczas leczenia powódki w (...) Szpitalu Miejskim im. (...) w Ł., a w szczególności trakcie zabiegu cholecystektomii laparoskopowej, nie został popełniony błąd w sztuce medycznej.

Sąd pominął częściowo opinię biegłego G. w zakresie rozważań o współistnieniu zespołu Mirrizzi jako, że na w późniejszym etapie biegły stanowczo wskazał (a za nim Instytut), iż rozpoznanie to nie miało podstaw i zostało „dopisane” niejako na wyrost. W pierwszym zaś etapie postępowania fakt występowania tegoż zespołu nie był kwestionowany przez powódkę i został niejako powtórzony za rozpoznaniem operatora, bez głębszej analizy. Jako, że biegły G. badał powódkę niemal 3 lata wcześniej, Sąd pominął także tę część opinii, która wskazywała na stopień uszczerbku na zdrowiu oraz aktualne koszty leczenia. Biegli (4 specjalistów) z Instytutu mieli bardziej kompletną i aktualną wiedzę o stanie zdrowia powódki, dysponowali bardziej aktualnymi danymi. Dlatego też Sąd przyjął, iż uszczerbek na zdrowiu powódki wynosi 20 %.

Sąd nie dał wiary powódce, która zeznała, że przed podpisaniem zgody na zabieg nie pouczono jej co do ryzyka uszkodzenia przewodu żółciowego i możliwych powikłaniach. Z treści oświadczenia, które podpisała dzień przed zabiegiem, wynika, że wyraziła zgodę na zabieg operacyjny w postaci laparoskopowego wycięcia pęcherzyka żółciowego z możliwością przejścia do metody otwartej. Ponadto została poinformowana o celu i skutkach zabiegu, który miał zostać wykonany, jak również o możliwych powikłaniach. Wyraziła również zgodę na inne procedury medyczne, które mogły być konieczne do wykonania w trakcie procesu diagnostycznego i zabiegu operacyjnego, jak również zastosowanie miejscowo lub ogólnie działających środków. W trakcie procesu powódka wykazała, iż jest osobą skrupulatną i dociekliwą. Jest mało prawdopodobne aby nie interesowała się w jaki sposób zabieg będzie przeprowadzony i z jakim ryzykiem się wiąże. Niewiarygodne jest również to, że powódka podpisała arkusz zgody bez czytania go.

Sąd oddalił wniosek powódki o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego psychologa i psychiatry, uznając, że przeprowadzenie powyższego dowodu jest bezcelowe i zmierzające jedynie do zbędnego przedłużania procesu oraz zwiększania jego kosztów. Sąd dał wiarę powódce, iż zakres jej cierpień był bardzo duży, a stwierdzone powikłania negatywnie wpłynęły na jej życie. Powódka przyznała, iż nie leczyła się psychiatrycznie i nie była u psychologa.

Ponadto Sąd oddalił wniosek powódki o dopuszczenie dowodu z kolejnej opinii uzupełniającej Instytutu bądź kolejnej opinii innej placówki, uznając iż okoliczności sprawy zostały już dostatecznie wyjaśnione, a wniosek ów zmierza jedynie do przedłużenia postępowania. Opinia Instytutu zawiera wszystkie odpowiedzi na pytania powódki, powódka i jej pełnomocnik uczestniczyli na rozprawie, na której przedstawiciel Instytutu udzielał wyjaśnień, a zatem formułowanie nowych, kolejnych pytań i częściowo także powtarzanie pytań już zadanych, w ocenie Sądu zmierza jedynie do niepotrzebnego przedłużenia postępowania. Warto zwrócić uwagę, iż okoliczność, że wszystkie wydane w sprawie opinie są dla powódki niekorzystne, nie uzasadnia dopuszczenia dowodu z kolejnej opinii. Podobny pogląd wyraził Sąd Najwyższy w orzeczeniu z dnia 14 lutego 1974 roku w sprawie sygn. akt II CR 817/73 (nie publ) oraz z dnia 18 lutego 1974 roku w sprawie sygn. akt II CR 5/74 (Biul. SN z 1974, nr 4, poz. 64). Odmienne stanowisko oznaczałoby przyjęcie, że należy przeprowadzić dowód z wszelkich możliwych biegłych, by upewnić się, że niektórzy z nich nie byłiby takiego samego zdania jak strona.

Uzasadniając swój wniosek o dopuszczenie dowodu z kolejnej opinii uzupełniającej Instytutu, pełnomocnik powódki podniósł zarzut, iż na rozprawie był przesłuchiwany tylko jeden przedstawiciel Instytutu, a zatem opinia jego nie spełnia wymagań z art. 290 k.p.c. Zarzut ten uznać należy za chybiony. Stosownie bowiem do treści art. 290 k.p.c. zd. 2 Sąd może zażądać dodatkowych wyjaśnień pisemnych, bądź ustnych przez wyznaczoną osobę (...) Biegły J. stawiał się na rozprawie, posiadając pisemne upoważnienie do reprezentowania Instytutu. Jego wyjaśnienia Sąd potraktował jako wyjaśnienia samego Instytutu. W sytuacji wieloosobowego składu sporządzających opinię trudno sobie bowiem wyobrazić, że należałoby wysłuchiwać wszystkich sporządzających opinię.

Sąd zważył, co następuje:

Powództwo jako bezzasadne podlega oddaleniu.

J. S. (1) dochodziła pozwem zadośćuczynienia, odszkodowania oraz renty na zwiększone potrzeby w związku z wadliwie wykonaną w pozwanym szpitalu w dniu 7 września 2007 roku operacją laparoskopowego usunięcia woreczka żółciowego, w trakcie której doszło do jatrogennego uszkodzenia przewodu żółciowego wspólnego.

W związku z zarzutem pozwanego ubezpieczyciela, dotyczącym przedawnienia roszczenia, w pierwszej kolejności należy wskazać, iż nie zasługuje on na uwzględnienie.

W niniejszej sprawie zdarzeniem początkowym, od którego należy liczyć początek biegu terminu przedawnienia jest 25 września 2007 roku, tj. dzień wypisu powódki z pozwanego szpitala. Nie ulega wątpliwości, że działanie (...) Szpitala Miejskiego im. K. (...) w Ł. miało charakter czynu niedozwolonego, do którego ma zastosowanie termin przewidziany w art. 442¹ k.c. Stosownie do § 1 tego przepisu roszczenie o naprawienie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym ulega przedawnieniu z upływem lat trzech od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia. Jednakże termin ten nie może być dłuższy niż dziesięć lat od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie wywołujące szkodę. Pozew w przedmiotowej sprawie został wniesiony 20 stycznia 2011 roku.

Sąd, stosując art. 5 k.c., nie uwzględnił podniesionego przez pozwanego ubezpieczyciela zarzutu przedawnienia roszczenia powódki. W orzecznictwie podkreśla się, że dla oceny, czy podniesiony zarzut przedawnienia nie nosi znamion nadużycia prawa, konieczne jest rozważenie charakteru dochodzonego roszczenia, przyczyn opóźnienia i jego nienadmierności. W tym znaczeniu inaczej należy oceniać beczynność w dochodzeniu roszczeń o naprawienie szkody na osobie, będącej następstwem czynu niedozwolonego, a inaczej, gdy przedmiotem ochrony są inne prawa – obligacyjne, czy rzeczowe. Doznany uszczerbek na zdrowiu jest dobrem, które zasługuje na wzmożoną ochronę w porównaniu z innymi dobrami, a przekroczenie ustawowego terminu dla dochodzenia tego typu roszczeń usprawiedliwia często specyficzny przebieg schorzenia.

Nie ulega wątpliwości, że powódka w związku z przeprowadzonym zabiegiem w pozwanym szpitalu doznała uszczerbku na zdrowiu. Było to związane koniecznością kilkukrotnych pobytów w szpitalach, procesem leczenia. W tej sytuacji trudno wymagać od powódki, aby koncentrowała się na wnoszeniu spraw sądowych i dochodzeniu swoich praw, zachowując przy tym terminy wynikające z przepisów prawa. Jednocześnie podkreślić należy, że uchybienie w/w terminowi nie jest nadmierne, co również Sąd wziął pod uwagę. Te szczególne okoliczności nie pozwalają, zdaniem Sądu, na uwzględnienie podniesionego przez (...) S.A. Oddział (...) w Ł. zarzutu przedawnienia.

Podstawę odpowiedzialności publicznego zakładu opieki zdrowotnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych stanowi art. 430 k.c., zgodnie z którym kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności. Powołany przepis statuuje odpowiedzialność z tytułu czynu niedozwolonego na zasadzie ryzyka za szkody wyrządzone osobie trzeciej przez podwładnego z jego winy, a więc przyjęcie odpowiedzialności publicznego zakładu opieki zdrowotnej na podstawie art. 430 k.c. wymaga uprzedniego stwierdzenia, iż pracownik zakładu wyrządził szkodę w sposób zawiniony i odpowiada z tego tytułu na zasadach ogólnych (art. 415 k.c.). Należy nadmienić, iż także lekarz, mimo dalece posuniętej samodzielności w zakresie wyboru sposobów leczenia pacjenta, jest podmiotem podlegającym kierownictwu organizacyjnemu zakładu opieki zdrowotnej, a także ma obowiązek stosowania się do jego wskazówek w zakresie np. grafika operacji, dyżurów.

Spowodowanie szkody na osobie w warunkach błędu w sztuce medycznej jest specyficzną postacią deliktu prawa cywilnego, którego powstanie wymaga zaistnienia przesłanek odpowiedzialności z tytułu czynu niedozwolonego, czyli szkody, winy i adekwatnego związku przyczynowego.

Ściśle biorąc, błąd w sztuce medycznej jest jedynie obiektywnym elementem winy lekarza wykonującego czynności medyczne, stanowi bowiem czynność (zaniechanie) lekarza w zakresie diagnozy i terapii, niezgodną z nauką medycyny w zakresie dla lekarza dostępnym. Subiektywnym natomiast elementem koniecznym dla przypisania winy lekarzowi jest jego umyślność lub niedbalstwo (M. Filar, S. Krześ, E. Marszałkowska-Krześ, P. Zaborowski,

Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej, Warszawa 2004, s. 29 i n.; orzeczenie SN z 1 kwietnia 1955 r., IV CR 39/54, OSNCK 1/1957, poz. 7 oraz Lex nr 118379). Stwierdzenie błędu w sztuce medycznej, w kontekście odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej, w którym miał miejsce zabieg, jest natomiast całkowicie niezależne od osoby konkretnego lekarza oraz od okoliczności podjęcia czynności medycznej. Istotne jest, bowiem to, iż czynność tę wykonał pracownik zakładu w ramach jego działalności. Od błędu jako odstępstwa od wzorca i zasad należytego postępowania z uwzględnieniem profesjonalnego charakteru działalności sprawcy szkody, odróżnić należy natomiast powikłanie, które stanowi określoną, niekiedy atypową, reakcję pacjenta na prawidłowo podjęty i przeprowadzony zespół czynności leczniczych.

W myśl art. 822 k.c. przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zakład ubezpieczeń zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, względem których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo osoba, na której rzecz zostaje zawarta umowa ubezpieczenia.

Przyjęcie odpowiedzialności strony ubezpieczyciela wymaga uprzedniego ustalenia, że członek personelu (...) Szpitala Miejskiego im. (...) w Ł. ponosi odpowiedzialność cywilną wobec powódki na podstawie art. 430 k.c.

W niniejszej sprawie analiza materiału dowodowego pod kątem prawidłowości postępowania medycznego względem J. S. (1) została przeprowadzona w zakresie prawidłowości wykonania cholecystektomii laparoskopowej, w tym zgody powódki na sposób zabiegu i pouczenie o możliwych powikłaniach, diagnostyki przeprowadzonej przed zabiegiem oraz opieki diagnostycznej w okresie pooperacyjnym.

Na wstępie Sąd rozważył kwestię udzielenia zgody na zabieg metodą laparoskopową oraz pouczenia o potencjalnych powikłaniach.

Zebrany w sprawie materiał dowodowy nie nasuwa wątpliwości, że J. S. (1) wyraziła zgodę na zaproponowany jej zabieg operacyjny w postaci laparoskopowego wycięcia pęcherzyka żółciowego z możliwością przejścia do metody otwartej. Ponadto została poinformowana o celu i skutkach zabiegu, jak również o możliwych powikłaniach. Wyraziła również zgodę na inne procedury medyczne, które mogły być konieczne do wykonania w trakcie procesu diagnostycznego i zabiegu operacyjnego. Każda zgoda zawiera element blankietowości, ponieważ istnieje zbyt wiele możliwych powikłań, aby można było umieszczać je w formularzu zgody pacjenta. Nie istnieją wzorce protokołów pooperacyjnych. Zasada jest taka, że w protokole powinien być zawarty opis czynności, które wykonał lekarz. Biegły ze (...) w K. stwierdził wprawdzie, że protokół z przedmiotowej operacji mógłby być bardziej szczegółowy, ale co do zasady zawiera podstawowe informacje.

Diagnostyka, przeprowadzona przed samym zabiegiem jak i zakwalifikowanie do zabiegu były również prawidłowe. Po stwierdzeniu u powódki żółtaczki mechanicznej ustalono jej przyczynę (usg jamy brzusznej, tomografię komputerową jamy brzusznej, ECPW). Zgodnie z zasadami leczenia usunięto najpierw złoży z dróg żółciowych, a następnie zakwalifikowano powódkę do cholecystektomii. Powodem podjęcia decyzji o zaproponowaniu chorej leczenia operacyjnego była konieczność usunięcia narządu (pęcherzyka żółciowego), który jest odpowiedzialny za tworzenie się kamieni żółciowych, będących przyczyną dolegliwości odczuwanych przez powódkę.

Odnosząc się do głównego zarzutu strony powodowej dotyczącego, sposobu przeprowadzenia wykonania cholecystektomii laparoskopowej, należy wskazać, że biegli nie mieli wątpliwości, że została ona przeprowadzona zgodnie z wiedzą medyczną. Podkreślić przy tym należy, że obecnie cholecystektomia laparoskopowa jest uznana za tzw. „złoty standard” w leczeniu kamicy żółciowej i stanów chorobowych, wymagających usunięcia pęcherzyka żółciowego. Chirurgia laparoskopowa wiąże się z szeregiem korzyści dla pacjenta, ale niesie z sobą też pewne niebezpieczeństwa. Jednym z tych niebezpieczeństw i ograniczeń laparoskopii jest przeprowadzanie operacji w dwuwymiarowym polu operacyjnym i w znacznym powiększeniu. W przypadku tego rodzaju zabiegów cholecystektomii laparoskopowej operacyjnych (zwłaszcza w sytuacji zaistnienia utrudnień strukturalnych, zwiększających ryzyko wystąpienia powikłań), nawet przy dołożeniu należytej staranności, uszkodzenia tego rodzaju

należy traktować jako dość rzadkie, ale jednak typowe, możliwe powikłanie. W związku z czym uznać należy, że mieści się ono w ramach ryzyka operacji - nierozłącznie związanego z leczeniem inwazyjnym, instrumentalnym.

Przyczyną uszkodzenia przewodów żółciowych u powódki była koincydencja samoistnych powikłań kamicy żółciowej i stanów zapalnych dróg żółciowych oraz działania chirurga operatora w znacznie zmienionym i częściowo zatartym polu operacyjnym. Zastane śródoperacyjnie zmiany pozapalne okolicy pęcherzyka żółciowego (zwłaszcza okolicy szyi) doprowadziły najpewniej do zmiany w typowym umiejscowieniu przebiegu poszczególnych struktur przebiegających w więzadle wątrobowo - dwunastniczym i wnęki wątroby. W związku z tym doszło do nieprawidłowej identyfikacji przewodu pęcherzykowego i przypadkowego przecięcia przewodu żółciowego wspólnego.

Dalsze leczenie powódki w pozwanym szpitalu, związane z przebyciem, jatrogennym uszkodzeniem dróg żółciowych, przebiegało również poprawnie, a kontrolne badanie cholangiograficzne wykazało prawidłowy spływ żółci z okolicy zespolenia. W związku z czym J. S. (1) została wypisana do domu z zaleceniem kontynuacji terapii oraz kontroli w warunkach ambulatoryjnych.

W świetle powyższych rozważań zdaniem Sądu nie można się w tym wypadku dopatrzeć się nieprawidłowości w czynnościach diagnostycznych, terapeutycznych zastosowanych wobec J. S. (1) oraz sposobu przeprowadzenia cholecystektomii laparoskopowej w pozwanym szpitalu, wynikających z braku dołożenia należytej staranności. W szczególności podnieść należy właściwą kwalifikację do zabiegu, dobór metody operacyjnej, brak podstaw do uznania niestaranności w czasie laparoskopii, a także szybkie rozpoznanie uszkodzenia i zastosowanie uznanych metod naprawczych.

Odnosząc się natomiast do rozbieżnych opinii pomiędzy operatorem M. S. (2) a biegłymi sądowymi w zakresie rozpoznania zespołu Mirizzi II stopnia zaawansowania, wskazać należy, za opiniami wszystkich biegłych, że w przypadku jatrogenego uszkodzenia dróg żółciowych powódki i następowego kalectwa żółciowego, nie ma zasadniczego znaczenia stwierdzenie lub brak zespołu Mirizzi. Przy tym zespole pacjent ma samoistnie wytworzony otwór w drogach żółciowych. Zespół Mirizzi II nie jest niezbędnym warunkiem do wystąpienia jatrogenego uszkodzenia dróg żółciowych. Fakt niemożności potwierdzenia przez biegłych istnienia tego rodzaju powikłania przewlekłej kamicy pęcherzyka żółciowego, nie wpływa na ocenę postępowania chirurgicznego wobec J. S. (1), ponieważ występowanie zespołu Mirizzi nie determinowało możliwości powstania szkody żółciowej u pacjentki. Natomiast obecność zespołu Mirizzi z pewnością pogłębiałaby istniejące ryzyko powikłań chirurgicznego leczenia schorzeń układu żółciowego. Rozpoznanie w/w zespołu nie było także przeciwwskazaniem do zastosowania zespolenia na drenie Kehra.

W tym też zakresie, jako nie mający wpływu na ustalenia faktyczne i wynik sprawy, Sąd ocenił fakt zbyt ogólnikowego opisu zabiegu w protokole operacyjnym. Jak wyjaśnił biegły G. protokół ten gdyby był bardziej szczegółowy, pozwoliłby być może na odtworzenie toku rozumowania operatora w zakresie rozpoznania zespołu Mirizzi. Ponieważ jednak, jak wyjaśnił biegły z Instytutu, nie ma ustalonych wzorców sporządzania protokołu, a ostatecznie fakt rozpoznania, nie miał żadnego wpływu na ocenę prawidłowości podjętych działań, sposób sporządzenia protokołu nie miał wpływu na rozstrzygnięcie.

Prawa powódki jako pacjenta określone w ustawie z dnia z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. 2011, Nr 277, poz. 1634) również nie zostały naruszone. W oparciu o treść art. 32 ust. 1 i 2 ustawy dla ingerencji lekarza wymagana jest zgoda chorego.

Przepis art. 34 ust. 1 i 2 powołanej ustawy stanowi, że lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta, po uzyskaniu jego pisemnej zgody. Przed wyrażeniem zgody przez pacjenta w sytuacji, o której mowa w ust. 1, lekarz ma obowiązek udzielenia mu informacji zgodnie z art. 31 wymienionej ustawy. Z kolei art. 31 ust. 1 tej samej ustawy stanowi, że lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Przepis ten zawiera w sobie także

wymóg informacji, dotyczącej skuteczności i przydatności proponowanego leczenia. Do następstw, o których mowa w przepisie zaliczyć należy także ryzyko związane z zabiegiem .

Analizując wypowiedzi doktryny prawa medycznego, można dojść do wniosku, że regułą uznawaną za podstawową - choć dopuszczającą wyjątki jest zasada ujawniania ryzyka typowego, które jest możliwe do przewidzenia /ryzyko przeciętne, normalnie przewidywalne/. Postęp medycyny i nowe techniki terapeutyczne sprawiają, że kwalifikacja ryzyka jako „typowego” ulega zmianom. Co do zasady zależne jest ono od oceny częstotliwości występowania danego następstwa przy uwzględnieniu konkretnych punktów odniesienia. Trudności definicyjne występują też przy próbie sprecyzowania, co to jest ryzyko „wyjątkowe” , a także „poważne” - trzeba przyjąć, że chodzi o ryzyko rzadko występujące i takie, które może prowadzić do utraty życia albo ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. Wszelkie próby statystycznego ujęcia nie są zadowalające, ani przydatne. Wspomnieć więc tylko można, że często spotykanym liczbowym określeniem ryzyka „wyjątkowego” jest ryzyko w granicach poniżej 1%. „Standardem” powinno być informowanie pacjenta o typowym ryzyku , normalnie przewidywalnym z wyjątkiem sytuacji, gdy stopień prawdopodobieństwa wystąpienia następstw nietypowych jest w danej sytuacji duży, a przy tym chodzi o ryzyko poważne. Nie ma potrzeby, by wyjaśniać pacjentowi drobiazgowo nietypowe, choć wysoce prawdopodobne skutki, gdyby były one mało znaczące dla zdrowia pacjenta. Podnosi się także, że niekiedy nawet przy małym stopniu wystąpienia komplikacji należy przyjąć, że istnieje obowiązek informacji ze względu na szczególnie niebezpieczny charakter tych komplikacji z zagrożeniem życia włącznie. Szczególnie ważne jest, by informacja taka została przekazana oględnie, ze wskazaniem na mały stopień prawdopodobieństwa podczas bezpośredniej rozmowy lekarza z pacjentem, tak, by uniknąć bezpodstawnej odmowy wyrażenia zgody na zabieg. W doktrynie i orzecznictwie podkreśla się, że rodzaj interwencji i jej znaczenie dla pacjenta powinny wyznaczać zakres informacji o ryzyku. /vide Małgorzata Świdarska „Zgoda pacjenta na zabieg medyczny” Wydawnictwo Dom Organizatora Toruń 2007 str.136-142 /.

Sąd w niniejszej sprawie ustalił, że powódka wyrażając zgodę na zabieg w postaci laparoskopowego wycięcia pęcherzyka żółciowego, została właściwie pouczona o możliwości zastosowania w trakcie operacji metody otwartej, poinformowana o celu i skutkach zabiegu, który miał zostać wykonany, jak również o możliwych powikłaniach. Wyraziła również zgodę na inne procedury medyczne, które mogły być konieczne do wykonania w trakcie procesu diagnostycznego i zabiegu operacyjnego, jak również zastosowanie miejscowi i ogólnie działających środków.

Mając powyższe na względzie należało uznać, że nie spełnione zostały przesłanki odpowiedzialności pozwanych podmiotów, a tym samym brak jest podstaw do uwzględnienia powództwa.

O kosztach postępowania Sąd orzekł na podstawie przepisu art. 102 k.p.c., uznając, iż składając pozew powódka mogła być przekonana o słuszności swoich żądań. Po sporządzeniu opinii przez biegłych powódka, wprowadzając formalnie popierała powództwo, Sąd uznał jednak, że sytuacja, w jakiej się znalazła oraz fakt, że w rzeczywistości sprawę rozstrzygnęły dopiero opinie specjalistów, dają podstawę do uznania, że w niniejszej sprawie zachodzi szczególny wypadek uzasadniający nieobciążanie strony przegrywającej kosztami procesu.

Na uwagę zasługuje również okoliczność, iż powódka pokryła opłatę od pozwu w wysokości 400 zł oraz wydatki związane z wynagrodzeniem biegłych sądowych w wysokości 2.273,32 zł.