

Sygn. akt I C 776/07

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 18 września 2018r.

Sąd Okręgowy w Radomiu I Wydział Cywilny

w składzie :

Przewodniczący S.S.O. Michał Gałek

Protokolant Emilia Kowalik

po rozpoznaniu w dniu 4 września 2018r. w Radomiu na rozprawie

sprawy z powództwa R. K., M. K. (1)

przeciwko (...) Szpitalowi (...) im. dr T. C. w R.

o zapłatę

1. oddala powództwo;

2. zasądza od R. K. i M. K. (1) na rzecz (...) Szpitala (...) im. dr T. C. w R. kwoty po 3600,00 zł. (trzy tysiące sześćset zł.) tytułem zwrotu kosztów procesu;

3. nakazuje ściągnąć od R. K., M. K. (1) solidarnie na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Radomiu kwotę 20.708,56 zł (dwadzieścia tysięcy siedemset osiem zł. i 56 gr.) tytułem kosztów sądowych;

Na oryginale właściwy podpis

Sygn. akt I C 776/07

UZASADNIENIE

Powodowie R. i M. K. (1) w pozwie z dnia 5 czerwca 2007r. (data prezentaty) wnosili o zasądzenie od (...) Szpitala (...) im. dr T. C. w R. na ich rzecz kwot po 100.000,00 PLN tytułem odszkodowania w myśl przepisu art. 446 § 3 k.c., z odsetkami ustawowymi od uchybienia dnia płatności tzn. od daty wniesienia pozwu, zasądzenie od pozwanego na rzecz strony powodowej kosztów procesu według norm przypisanych.

W uzasadnieniu pozwu wskazali, że przedmiotem powództwa są szkody powodów wynikające ze zgonu ich donoszonego dziecka, który miał miejsce w pozwanym Szpitalu w dacie 14.06.2004 roku.

Podstawowym zarzutem powodów było to, że pozwany Szpital nie zapewnił bezpieczeństwa pobytu ciężarnej wówczas powódce, ponieważ pomimo, że istniały wskazania do hospitalizacji w obrębie Oddziału Patologii Ciąży z przyczyn najpewniej organizacyjnych tzn. miejsc wolnych w tym Oddziale zamiennie hospitalizowano ją w obrębie Oddziału Ginekologicznego. Progностyczna masa płodu oceniona przy przyjęciu powódki do Szpitala wynosiła ponad 4000 g, a zatem biorąc pod uwagę, że dotyczyło to ciąży przenoszonej w 41 tygodniu i osoby ciężarnej, która miała urodzić po raz pierwszy, należało rozważyć ewentualność wykonania cięcia cesarskiego właśnie z przyczyn wielkości tego dziecka, pomimo minięcia terminu wyznaczonego jako termin porodu nie dochodziło do pierwotnej czynności skurczowej

macy, pomimo zgłaszanych dolegliwości o charakterze neurologicznym, pomimo narastających obrzęków kończyn dolnych, kończyn górnych oraz twarzy.

W okresie przed porodem zaniechano szczegółowej obserwacji i odnotowania czasu pęknięcia pęcherza płodowego, a także nie przeprowadzono badań w sytuacji, gdy powódka zgłaszała ona niepokojące objawy o charakterze pogarszania się samopoczucia, narastania dreszczy.

Kiedy ciężarna powódka zgłosiła się do pozwanego Szpitala nie rozpoznawano u niej, ani w obrębie noszonego jaja płodowego, ani w obrębie noszonej ciąży jakichkolwiek stanów zapalnych. Natomiast w okresie pobytu szpitalnego wystąpiły objawy septyczne w obrębie noszonej ciąży i to było główną przyczyną podjęcia decyzji o zakończeniu tej ciąży na drodze cięcia cesarskiego.

Jak wykazało badanie bakteriologiczne szczepami odpowiedzialnymi za powikłania septyczne noszonej ciąży były nie tylko szczepy bakteryjne pochodzenia metacylinowrażliwego (*E. coli* i *C. species* — badanie z dnia 14.06.2004r.), ale również szczepy bakteryjne pochodzenia metacylinoopornego (*S. epidertnalis* (...)) — badanie z dnia 18.06.2004r.) czyli szczepy bytujące najczęściej w środowisku szpitalnym.

Jak wynika z przebiegu pobytu w Oddziale Ginekologii przed rozwiązaniem na drodze cięcia cesarskiego u powódki obok innych komplikacji wystąpiło odejście wód płodowych niezauważone przez personel i w konsekwencji doszło do otwarcia wrót wstępujących zakażenie.

Chodzi tu zatem o zakażenie o charakterze szpitalnym, patogenem bakteryjnym pochodzenia szpitalnego, a zatem przyrównując to do okresu czasu z przed przybycia powódki do Szpitala jest istotne, że w okresie całej ciąży nie doznawała oznak patologii zakaźnej, nie była hospitalizowana w Szpitalach — czyli ten szczep metacylinooporny gronkowca skórny nabyła w tym Szpitalu i dlatego istnieje związek pomiędzy niedbalstwami diagnostycznymi i niezapewnieniem bezpieczeństwa pobytu bakteriologicznego w tym Szpitalu, a zgonem dziecka.

W tej sytuacji przyczyny zgonu opisane w Karcie zgonu uznać należy za także opisane nieprawdziwie.

Powodowie jako rodzice dziecka mieli prawo spodziewać się, że będzie ono nie tylko ich radością, a także i wsparciem na starość. Zgon dziecka pociągnął u powodów za sobą wystąpienie poczucia osamotnienia krzywdy, osłabienia siły życiowej i wszystkich negatywnych następstw, jakie wywołuje zgon osoby najbliższej.

Powodowie podnieśli, że są to szkody o charakterze niematerialnym, które jednak można wyliczyć w oparciu o przepis art. 448 k.c.

Na potwierdzenie swych twierdzeń strona powodowa dołączyła do pozwu opinię poza procesową sporządzoną przez lekarza R. F. na jej zlecenie.

W odpowiedzi na pozew (...) Szpital (...) im. dr T. C. w R. wnosił o oddalenie powództwa (odpowiedź na pozew k. 61).

Wskazał, że w dacie przyjęcia powódki do szpitala do Oddziału (...) Położniczego, nie było żadnych wskazań z medycznego punktu widzenia, aby rozwiązanie ciąży nastąpiło w trybie cesarskiego cięcia.

Pacjentka przybyła do pozwanego w dniu 07.06.2004r, z terminem porodu określonym na dzień 05.06.2004r. Przy przyjęciu nie stwierdzono czynności skurczy oraz przenoszenia ciąży. Ustalono, iż ilość wód płodowych jest prawidłowa. To ustalenie co do prawidłowej ilości wód płodowych oparto na badaniu USG, które zostało wykonane w dacie przyjęcia powódki do szpitala tj. w dniu 07.06.2004r. Prognostyczna waga płodu miała wynosić wg. USG 4100gr, przy faktycznej urodzeniowej 3800gr. Należy wskazać, iż ocena wagi płodu na podstawie badania USG jest obarczona błędem - 20 % . A więc badanie takie ma charakter orientacyjny.

Pacjentka przy przyjęciu nie zgłaszała, żadnych dolegliwości o charakterze neurologicznym. Konsultacja neurologiczna pacjentki w położu wykluczyła jakąkolwiek chorobę neurologiczną. Natomiast lekarz konsultujący pacjentkę stwierdził u niej nerwicę.

Decyzją bezpośrednią do wykonania cesarskiego cięcia, był zapis KTG , świadczący o zaistnieniu infekcji wewnątrzmacicznej (tahycardia +\ - 180 \min) płodu, oraz podwyższona temperatura rodzącej do 38,5 stopni.

Natomiast przyczyną zgonu noworodka było zachłyśnięcie się wodami płodowymi i zlewnie zapalenie płuc, jako wynik infekcji wewnątrzmacicznej.

Co do kwestii podniesionej w pozwie, a mianowicie zarzutu, iż powódka nie została przyjęta bezpośrednio do Oddziału Patologii Ciąży, wskazano , iż zasadą jest że pacjentki ciężarne są hospitalizowane w w\w Oddziale. Jednakże są sytuacje, gdy Oddział Patologii Ciąży ma pełne obłożenie i wówczas pacjentki kieruje się do hospitalizacji w oddziale Ginekologicznym. Brak miejsc w Oddziale Patologii Ciąży jest ustawiczny, bowiem w tym Oddziale są hospitalizowane pacjentki po urodzeniu dzieci niedonoszonych, ze względu na lokalizację tam Oddziału wcześniaków.

Nie wykluczonym jest, że taka sytuacja miała miejsce przy przyjęciu powódki do szpitala. Jednakże pacjentki ciężarne leżące w oddziale Ginekologicznym mają dostęp do aparatury monitorującej, a więc takiej samej z jakiej korzystają pacjentki Oddziału Patologii Ciąży.

Dlatego też biorąc powyższe pod uwagę , pozwany nie dopatrył się w swoim działaniu elementów zawinienia, które to działanie miało spowodować zgon dziecka stron.

Strona powodowa konsekwentnie wnosila jak w pozwie podnosząc, że w wyniku niezachowania staranności i ostrożności pozwany Szpital odpowiada za zgon dziecka oraz szkody na zdrowiu jego matki, powstałe w wyniku zawleczonego zakażenia wewnątrzszpitalnego.

Powodowie przed zamknięciem rozprawy wskazali w złożonym oświadczeniu, że wystąpili w sprawie uzyskania stosownego zadośćuczynienia od pozwanego podmiotu medycznego z art. 446 § 1-4 kc. z tytułu śmierci dziecka (oświadczenie k. 1175).

Sąd ustalił następujący stan faktyczny.

R. K. w 2003 roku zaszła w pierwszą ciążę. Z tego powodu zgłosiła się do Poradni G.-Położniczej (...) w R. (dokumentacja indywidualnej karty przebiegu ciąży k.18-20).

Z dokumentacji medycznej tej placówki wynika, że pierwsza wizyta odbyła się w dnia 22.10.2003 roku. Na podstawie daty ostatniej miesiączki termin porodu określono wtedy na dzień 05.06.2004 roku. Pacjentka podczas tej wizyty była w 9 tygodniu ciąży, ważyła 55 kg i nie skarżyła się na żadne dolegliwości. Badanie lekarskie nie wykazało obrzęków i żylaków, a badanie położnicze nie wykazało odchyłań od stanu prawidłowego. Zlecono wówczas rutynowe badania laboratoryjne krwi i moczu.

Następna wizyta odbyła się w 10 tygodniu ciąży, w dniu 30.10.2003 roku. Z zapisu tej wizyty wiadomo, że zlecono wówczas hormonalny lek Duphaston stosowany w stanie zagrażającym poronieniu.

Wyniki zleconych poprzednio badań laboratoryjnych krwi i moczu były prawidłowe.

Następną wizytę pacjentka zgłosiła się w dniu 08.11.2003 roku.

W dniu 13.11.2003 roku odbyła się kolejna wizyta położnicza — otrzymano wówczas wyniki badania odczynu Wassermana (badanie w kierunku kily) i odczynu Coombsa (badanie w kierunku przeciwciał występujących w schorzeniach immunologicznych krwi), które były ujemne. W badaniu położniczym nie stwierdzono odchyłań od stanu prawidłowego.

Podczas wizyty w dniu 20.11.2003 roku również nie stwierdzono nieprawidłowości. Otrzymane wyniki badań laboratoryjnych krwi i moczu były prawidłowe.

Kolejny zapis wizyty w karcie przebiegu ciąży znajduje się pod datą 17.01.2004 r. Pacjentka była wówczas w 20 tygodniu ciąży. Ciężar ciała pacjentki wynosił 63,8 kg, obrzęki i żylaki nie występowały, ciśnienie tętnicze krwi wynosiło 125/80 mmHg, a tętno płodu miało częstość 136/min. Badanie ogólne moczu nie wykazało nieprawidłowości, a w morfologii krwi stwierdzono nieznacznie podwyższoną ilość białych krwinek.

Podczas wizyty w dniu 21.02.2004 roku pacjentka ważyła 67,2 kg, obrzęki i żylaki nie występowały, ciśnienie tętnicze krwi wynosiło 125/80 mmHg, obecne było tętno płodu o częstości 140/min., a w morfologii krwi i w badaniu ogólnym moczu nie występowały istotne nieprawidłowości. Stężenie glukozy we krwi było prawidłowe.

Na kolejną wizytę pacjentka zgłosiła się w dniu 24.04.2004 roku. Była wtedy w 24 tygodniu ciąży. Ciśnienie tętnicze krwi był wówczas prawidłowe (125/70 mmHg), czynność serca płodu wynosiła 140/min. Morfologia krwi, badanie ogólne moczu i badanie położnicze nie wykazały nieprawidłowości.

Dodatkowo pacjentka podczas sprawowania nad nią opieki medycznej w Poradni G.-Położniczej (...) w R. miała wykonane badania krwi na obecność przeciwciał przeciw toksoplazmie oraz badanie na obecność antygenów wirusowego zapalenia wątroby typu B (WZW B) badania te nie wykazały istnienia zakażenia toksoplazmą i WZW typu B. Wykonano ponadto badanie poziomu glukozy we krwi po obciążeniu glukozą, którego wynik był prawidłowy.

W dniu 07.06.2004 roku pacjentka zgłosiła się na Oddział Ginekologiczno-Położniczy (...) Szpitala (...) - była wówczas w 40 tygodniu ciąży, a więc w terminie porodu - poród o czasie odbywa się pomiędzy 38 a 42 tygodniem ciąży – (opinia (...) w Ł. (k.417-435,468-472,653-679,701-702), opinii biegłego dr n.med. Jacka Tomaszewskiego k.766-815, 884-908)

W (...) Szpitala (...) nie ma odrębnego Oddziału Patologii Ciąży stanowi on integralną część Oddziału Ginekologiczno – Położniczego .

Na pierwszym piętrze w czteropiętrowym budynku w którym znajduje się ten Oddział z reguły znajdował się odcinek patologii ciąży. Zdarzało się jednak tak, że pacjentki, które powinny przebywać na salach patologii ciąży umieszczane były na trzecim piętrze na ginekologii, bo nie było miejsc na pierwszym piętrze. Pacjentki, które zostały umieszczone na trzecim piętrze objęte były taką opieką lekarską jak te z piętra pierwszego. Pacjentki z ginekologii nigdy nie były hospitalizowane na pierwszym piętrze, czasami przebywały tam pacjentki po porodach. Pacjentka ciężarna musiała być przyjęta do szpitala i dlatego czasami umieszczane były na odcinkach ginekologicznych.

W szpitalu nie ma sterylnego oddziału. Po trzech dniach pobytu pacjenta w szpitalu istnieje możliwość zagrożenia bakterią szpitalną. Oddział ginekologiczno - położniczy dwukrotnie w ciągu roku był poddawany dezynfekcji i to możliwość zakażenia bakterią szpitalną obniżało do minimum (pismo dyrektora pozwanego szpitala k.30, zeznania świadków- J. N. k.325-326, M. B. k.164-165).

Przy przyjęciu do szpitala powódka nie skarżyła się na żadne dolegliwości. Lekarz Izby Przyjęć Ginekologiczno-Położniczej szpitala w R. stwierdził u powódki drożdżakowe zapalenie pochwy i sromu oraz zlecił pobranie wymazu z pochwy, KTG 2x/dobę, założenie karty ruchów płodu oraz leczenie: Sorbifer/Prenatal/Ac.folici. W badaniu położniczym stwierdzono prawidłowe wymiary miednicy, dno macicy na wysokości łuku żebrowego, część pochwową macicy była uformowana, ujście zewnętrzne zamknięte, a pęcherz płodowy o zachowanej ciągłości. Położenie płodu było podłużne główkowe, a tętno płodu wynosiło 140/min.

Na podstawie przeprowadzonego badania usg masę płodu oszacowano na około 4100 g, wielkość płodu odpowiadała 37,5-40,5 tygodniowi ciąży, a łożysko było umiejscowione na ścianie przedniej i wykazywało cechy III^o dojrzałości wg Grannuma.

Badania w kolejnych dniach wykazywały zachowany \ pęcherz płodowy. Tętno płodu miało częstość około 140/min. Oznaczona w dniu 08.06.2004 roku morfologia krwi wykazywała nieznacznie podwyższoną ilość białych krwinek, co może występować w prawidłowo rozwijającej się ciąży (opinia (...) w Ł. (k.417-435, 468-472,653-679, 701-702), opinii biegłego dr n.med. J. T. (k.766-815, 884-908) karta położnicza i karty informacyjnej z (...) Szpitala (...) gdzie R. K. przebywała w Oddziale G.-Położniczym: przyjęcie do szpitala od dnia 07.06.2004r. do dnia 25.06.2004r. (k.21-28, 97-103, k. 331)

W dniu 13 czerwca 2004 r. w Oddziale G.-Położniczym (...) Szpitala (...) w R. miała dyżur lekarz położnik J. S., która badała powódkę. O godzinie 12:00 przeprowadzono badanie położnicze, które wykazało skróconą część pochwową, zamknięte ujście zewnętrzne i zachowane wody płodowe. Następne badanie przeprowadzono tego samego dnia o godzinie 17:00 nie stwierdzono wówczas pęknięcia pęcherza płodowego ani wypływu płynu owodniowego, wody płodowe były zachowane w jamie macicy .

Stwierdzono natomiast czynność skurczową macicy, co świadczyło o rozpoczęciu się pierwszego okresu porodu i z tego powodu pacjentkę przekazano na Odcinek Patologii Ciąży Oddziału Ginekologiczno-Położniczego pozwanego szpitala (zapis w dokumentacji medycznej k. 331 dokonany przez lekarzkę J. S. w dniu 13.06.2004 roku zeznania J. S. k. 130-133,163-165)

W dniu 14.06.2004 roku w godzinach nocnych przed godz. 6:00 położna zadzwoniła do dr J. S., aby niezwłocznie udała się na trakt porodowy, gdyż jest nieprawidłowy zapis KTG. Pacjentka zagorączkowała do 38,5 C. Tętno płodu było przyspieszone do około 180/min., a tętno pacjentki do 120/min. W badaniu położniczym stwierdzono przygotowującą się do porodu macicę z wygładzoną częścią pochwową i rozwarciem ujścia zewnętrznego na 5 cm.

Lekarz stwierdziła nieprawidłowy zapis KTG, zbadała powódkę, stwierdziła nieprawidłową ciepłotę ciała, a też stwierdziła brak pęcherza płodowego, badanie małym aparatem USG wykazało brak wód płodowych. Z uwagi przyspieszoną akcję serca płodu i pacjentki, jej gorączkę i brak wód płodowych wysunięto podejrzenie infekcji wewnątrzmacicznej i z tego powodu podjęto decyzję o zakończeniu ciąży cięciem cesarskim (zeznania J. S. k.130-133,163-165).

Zabieg wykonano bez powikłań i o godzinie 6:15 urodzono noworodka płci żeńskiej o masie 3800 g i długości ciała 55 cm. Stan ogólny noworodka był bardzo ciężki, w skali Apgar oceniony na 1 punkt. U noworodka występowała sinica całego ciała, nie było reakcji na bodźce zewnętrzne, nie występowało napięcie mięśniowe, nie było oddechu, a obecna była jedynie czynność serca o częstości poniżej 100/min. (bradykardia).

Z dróg oddechowych noworodka odessano dużą ilość gęstych, zielonych wód płodowych. Następnie noworodek został zaintubowany, podłączony do respiratora i umieszczony w inkubatorze. Wykonano badanie Rtg klatki piersiowej i stwierdzono, że oba płuca są niemal bezpowietrzne.

Pomimo zastosowanego leczenia, u noworodka cały czas utrzymywało się

zwolnienie akcji serca (bradykardia), a następnie doszło do pogorszenia jego stanu zdrowia i zgonu o godzinie 8:15.

Przeprowadzona patomorfologiczna sekcja zwłok noworodka oraz badanie histopatologiczne wykazały, że przyczyną śmierci noworodka było obustronne, zlewne zapalenie płuc, z prawie całkowitą bezpowietrznością płuc i cechami aspiracji wód płodowych do płuc (opinia (...) w Ł. (k.417-435, 468-472,653-679, 701-702), opinii biegłego dr n. med. J. T. (k.766-815, 884-908) protokół sekcyjny dziecka stron (k.29).

W (...) Szpitalu (...) po każdym kwartale odbywa się posiedzenie w którym uczestniczą lekarz z oddziału noworodkowego, lekarz z oddziału położniczego i kierownik zakładu patomorfologicznego w celu ustalenia przyczyny zgonu noworodków po przeprowadzonych sekcjach.

Na (...) porodów w roku 2004 było 97 noworodków, które wymagały leczenia różnego rodzaju (zeznania świadka A. K. k. 347 - 348) .

W dniu 14.06.2004 roku, już po cięciu cesarskim, przeprowadzono badania mikrobiologiczne krwi, moczu i wymazu z pochwy R. K.. Wyniki badań krwi i moczu nie wykazały wzrostu bakterii i grzybów. W wymazie z pochwy stwierdzono natomiast obecność *Corynebacterium species* (bakteria bytująca w jamach ciała, najczęściej w. gardle, mogąca powodować błonicę), która u pacjentki nie powodowała objawów chorobowych. Ponadto stwierdzono obecność *E. coli* (pałeczek okrężnicy bytująca w przewodzie pokarmowym).

W dniu 17.06.2004r. odbyła się konsultacja neurologiczna powódki , w związku z nadal trwającym objawem bólu okolicy krzyżowej z promieniowaniem do prawej kończyny dolnej. Obok tego objawu pojawiły się objawy osłabienia i braku czucia w palcach . Konsultujący neurolog uznał te objawy za objawy nerwicy i w związku z tym zalecił podanie leku o nazwie Hydroxyzyna oraz wykonanie badania rtg kręgosłupa szyjnego, ewentualnie kontrola w poradni neurologicznej.

Natomiast badanie mikrobiologiczne wymazu z kanału szyjki macicy z dnia 18.06.2004 roku wykazało obecność *Staphylococcus epidermidis* MRCNS (methicilin resistant coagulase negative Staphylococcus - Gronkowca naskórkowego metycylinoopornego, koagulazo ujemnego), czyli szczepu bakteryjnego o pochodzeniu najczęściej szpitalnym oraz obecność *Enterococcus species* (bakterii bytujących w pochwie i najczęściej niewywołujących objawów chorobowych).

W dniu 21.06.2004r. odbyła się konsultacja ortopedyczna położnicy i zlecono wówczas wykonanie zdjęcia przednio tylnego (AP) i bocznego odcinka lędźwiowego kręgosłupa.

W dniu 22.06.2004r. odbyła się konsultacja chirurga naczyniowego powodu obrzęków obu kończyn dolnych od tygodnia przed rozwiązaniem. W badaniu fizykalnym stwierdzono śladowe obrzęki podudzi i stóp, większe po stronie lewej, ukrwienie tętnicze kończyn w normie, żyłaków nie ma, przepływy w układzie żył głębokich obu kończyn dolnych prawidłowe, bez refluksów w normie, żyły w odcinku biodrowym i udowym bez cech zakrzepicy. Zaproponowano utrzymanie dawki HDC, badanie D-dimerów, ewentualnie w przypadku ich podwyższenia badanie Doppler układu żył podudzi.

W dniu 25.06.2004r. wykonano badanie USG - kończyny dolnej lewej w układzie 23/1 głębokich i powierzchownych skrzeplin nie uwidoczniono, przepływy fazowe, bez patologicznych refluksów. Zaproponowano profilaktycznie C. 1 x60mg., C. 3 fort 2 tab, rano, bandaż elastyczny, kontrola w poradni naczyniowej.

Powódkę wypisano z pobytu Szpitalu w dniu 25.06.2004r., zalecając kontrolę ambulatoryjną w poradni naczyniowej (karta położnicza k.21-28 i karta informacyjna Oddział Położniczo – Ginekologiczny (...) Szpital (...) w R. k.28, opinia (...) w Ł. (k.417-435,468-472,653-679, 701-702), opinii biegłego dr n. med. J. T. (k.766-815, 884-908)

Wynik badania autopsyjnego zatytułowany „Protokół sekcyjny Nr (...)” wykonanego w Zakładzie (...) im. dr T. C. przeprowadzonego w dniu 15.06.2004r. (k. 29) zawiera jedynie rozpoznania anatomopatologiczne, które nie są tożsame z opisem makroskopowym stanu narządów poddawanych badaniu pośmiertnemu. Najdokładniejsza ocena dotyczy jedynie płuc gdzie stwierdzono: prawie całkowitą obustronną bezpowietrność prawdopodobnie z powodu aspiracji płynu owodniowego powikłaną odoskrzelowym rozlanym zapaleniem płuc. W tym zakresie sekcja nie daje odpowiedzi na fundamentalne pytania stawiane przy badaniu zwłok noworodka a wysunięte wnioski są wewnętrznie sprzeczne. W szczególności nie odnotowano, czy dziecko urodziło się żywe skoro stwierdzono prawie całkowitą bezpowietrność płuc - to rodzi pytanie w jaki sposób dziecko funkcjonowało (oddychało) przez około dwie godziny po zabiegu cięcia cesarskiego nawet dzięki wentylacji poprzez respirator. Poza tym stwierdzenie odoskrzelowego zapalenia płuc przemawia za wcześniejszym uzyskaniem ich powietrzości z wtórnym zatarciem rysunku miąższowego, co z uwagi na krótki czas przeżycia jest wręcz niezwykle. Nieprzeprowadzenie obowiązkowej w takich przypadkach próby hydrostatycznej płuc (oraz żołądkowo-jelitowej) mającej na celu ustalenie czy ciężar

właściwy narządu jest większy, czy też mniejszy od jedności uniemożliwia wnioskowanie na temat czy dziecko oddychało po urodzeniu a zatem czy było zdolne do życia pozalonowego. Ewentualne wątpliwości (np. spowodowane płytkimi oddechami noworodka, czynnościami resuscytacyjnymi, respiratoroterapią) powinno wyjaśnić badanie mikroskopowe jednak w trakcie „sekcji” nie pobrano jakichkolwiek wycinków tkankowych. Poza tym dokument zatytułowany „protokół sekcyjny” zawiera informacje: o obecności wybroczyn krwawych podnasierdziwych i w grasicy oraz o przekrwieniu narządów wewnętrznych. Brak jakiegokolwiek dokładnego opisu narządów wewnętrznych, skąpość danych uzyskanych z badania pośmiertnego oraz wyciągnięte wnioski w trybie przypuszczającym (bezpowietrzność płuc prawdopodobnie spowodowana aspiracją wód płodowych) nie dostarczają merytorycznych informacji z punktu widzenia istoty opiniowania w niniejszej sprawie. Dodatkowo trzeba zauważyć, iż brak jest jakichkolwiek wyników badań dodatkowych w szczególności histopatologicznych (ewentualnie zabezpieczonych wycinków tkankowych w trakcie sekcji), które - co wynika z doświadczenia sądowno-lekarskiego - w tego typu przypadkach obligatoryjnie są wykonywane. Nie podjęto nawet próby przeprowadzenia badań mikrobiologicznych, których potrzebę wykonania silnie uzasadniało rozpoznanie kliniczne - infekcja wewnątrzmaciczna.

Reasumując, z powodu wykonania sekcji zwłok i udokumentowania skąpych wniosków z powyższego w sposób niezgodny z kanonami medycyny sądowej dla pośmiertnego badania tego typu przypadków przez lekarza bez jakiegokolwiek specjalizacji zapewniającej merytoryczne przygotowanie do badania zwłok trzeba stwierdzić, iż nie ma możliwości określenia przyczyn zgonu noworodka - zarówno wyjściowej i wtórnej. Jako bezpośrednią przyczynę śmierci zawsze przyjmuje się ostrą niewydolność krążeniowo-oddechową. W tym zakresie nie jest również możliwe wnioskowanie na temat związku przyczynowego pomiędzy konkretnym działaniem lub zaniechaniem personelu lekarskiego a śmiercią noworodka. Aktualnie nawet powtórne wykonanie sekcji zwłok wraz z niezbędnym pobraniem wycinków narządów do badań histopatologicznych, po ponad 13 latach od zgonu noworodka nie daje najmniejszej szansy na uzyskanie diagnostycznie wartościowych wyników określających przyczynę jego zgonu (opinia (...) J. (k.1060-66)

Powikłanie jakie wystąpiło w przypadku powódki, oraz zgon noworodka, nie zostały zgłoszone do Powiatowej Stacji Sanepidu (pismo k.30)

W czasie przeprowadzanych kontroli sanitarnych Szpitala nie stwierdzono rażących zaniedbań. Sprzątanie przeprowadzane z odpowiednią częstotliwością w określony właściwy sposób. Procesy dezynfekcji sprzętu, narzędzi i powierzchni były prowadzone prawidłowo. Placówka posiada zróżnicowany asortyment preparatów dezynfekcyjnych z różnych grup chemicznych i o różnym spektrum działania, które były wykorzystywane stosownie do oczekiwanego poziomu czystości mikrobiologicznej. Do dezynfekcji powierzchni, narzędzi i sprzętu medycznego używane są preparaty posiadające wpis do rejestru prowadzonego przez Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych oraz znak zgodności CE. Gospodarka odpadami niebezpiecznymi prowadzona prawidłowo. W szpitalu przestrzegane są procedury higieniczne, dezynfekcyjne, sterylizacyjne i zapobiegania zakażeniom.

Działający w (...) Szpitalu (...) oraz Komitet Kontroli Zakażeń Zakładowych sprawuje nadzór nad przestrzeganiem procedur zapewniających ochronę przed zakażeniami zakładowymi, analizuje przypadki wystąpienia zakażenia oraz opracowuje raporty o występowaniu zakażeń.

W roku 2004 (...) Szpital (...) w R. nie zgłosił ognisk epidemicznych do (...) w R. (k. 60 pismo Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w R.).

W oddziale, w którym przebywała powódka stwierdzono jedno zakażenie bakteryjne szczepami opornymi, mianowicie gronkowcem skórny (...) gronkowiec skórny metocyliooporny. To zakażenie zostało zgłoszone do Zakładowej Komisji Zakażeń Szpitalnych, monitorującej wszystkie zakażenia szpitalne, które w pozwanej placówce są poniżej normy zakażeń w szpitalach w europie (k.107-108 pismo procesowe z (...) Szpitala (...), zeznania świadka J. R. (k. 178-181), M. K. (2) (k. 197-199), A. K. (k. 347-348).

R. K. ma obecnie 46, wykształcenie wyższe. Ponownie zaszła w ciążę po około dwóch latach od przedmiotowego zdarzenia. W dniu (...) urodziła drugie dziecko, wcześniaka w 28 tygodniu ciąży. Dziecko jest zdrowe. Strony nie posiadają więcej dzieci z uwagi na traumatyczne przeżycia związane z pierwszą ciążą.

Po przedmiotowym zdarzeniu u powódki wystąpiła depresja, załamanie. W tej trudnej sytuacji wspierała ją rodzina. Żaloba trwała około roku ale powódka odpamiętuje nadal to tragiczne zdarzenie (zeznania powódki złożone na rozprawie w dniu 04.09.2018r., oraz stanowiące ich część wyjaśnienia informacyjne k. 81-84)

M. K. (1) ma 46, wykształcenie wyższe. Był codziennie w szpitalu w trakcie pobytu w nim powódki. Po zdarzeniu przyjmował ogólnodostępne leki na uspokojenie. Nadal odpamiętuje przedmiotowe zdarzenie, które obito się na jego psychice. Strony są nieodporne na stres, boją się o zdrowie dziecka. W razie problemów z dzieckiem ogarnia ich panika (zeznania powoda złożone na rozprawie w dniu 04.09.2018r.).

Powyższy stan faktyczny ustalono na podstawie złożonej do akt sprawy dokumentacji medycznej: indywidualnej karty przebiegu ciąży z (...) w R. (k.18-20), karta położnicza i karty informacyjnej z (...) Szpitala (...) gdzie R. K. przebywała w Oddziale G.-Położniczym: przyjęcie do szpitala od dnia 07.06.2004r. do dnia 25.06.2004r. (k.21-28, 97-103, 331) protokołu sekcijnego dziecka stron (k.29); zbiorcze raporty mikrobiologiczne stwierdzonych zakażeń oraz liczby badań mikrobiologicznych (na kartach 128,129,154-162,324) dokumentacji nadzoru epidemiologicznego k.201-292) zeznań świadków: J. S. (k.130-131), M. B. k.164-165, J. R. (k.178-180,198-199), M. K. (2) (k. 197-198), J. N. (k.325-326), A. K. (k.347-348) oraz zeznań stron złożonych na rozprawie w dniu 4 września 2018r.

Rozstrzygnięcie w niniejszej sprawie zostało wydane także na podstawie sporządzonych opinii przez (...) Medycyny w Ł. (k.417-435, 468-472,653-679, 701-702), opinii biegłego dr n.med. J. T. (k.766-815, 884-908) oraz opinii (...) J. (k.1060-66).

Co do zarzutów powodów związanych z oceną opinii biegłych należy wskazać, że zadaniem biegłego nie jest ustalenie stanu faktycznego sprawy, lecz naświetlenie i wyjaśnienie przez sąd okoliczności z punktu widzenia posiadanych przez biegłego wiadomości specjalnych przy uwzględnieniu zebranego i udostępnionego biegłemu materiału sprawy.

Oczywistym jest, że Sąd nie jest związany opinią biegłego i ocenia ją na podstawie art. 233 k.p.c. Ocena ta polega na tym, że nie chodzi tu o kwestię wiarygodności, jak przy dowodzie z zeznań świadków i stron, lecz o pozytywne lub negatywne uznanie wartości rozumowania zawartego w opinii i uzasadnienie, dlaczego pogląd biegłego trafił lub nie do przekonania sądu.

Zdaniem Sądu z punktu widzenia zasad logicznego rozumowania, źródeł poznania, rzetelności i logiczności przedmiotowe opinie mogły stanowić podstawę rozstrzygnięcia.

Biegli z (...) i biegły J. T. wydali opinie po zapoznaniu się z aktami sprawy, a szczególnie dokumentacją medyczną oraz zeznaniami powódki .

Zespół opiniujący z Ł. składała się z dwóch lekarzy ze stopniem naukowym doktora i dwóch z tytułem profesorskim.

Również biegły J. T. wskazał na posiadany tytuł naukowy wieloletnie doświadczenie zawodowe, liczne publikacje naukowe w zakresie ginekologii i położnictwa.

Opinia zespołu biegłych z (...) J. jednoznacznie wskazała natomiast, że z powodu braku dokumentacji medycznej nie da się obecnie ustalić, co było przyczyną zgonu dziecka stron, czego powodowie nie kwestionowali.

Opinia prywatna R. F. sporządzona na zlecenie stron stanowiła wsparcie ich twierdzeń przedstawionych w pozwie.

Wskazać należy , że pozaprosowa opinia stanowi zespół określonych oświadczeń wiedzy, któremu można przypisać znaczenie dowodu z dokumentu prywatnego. Zgodnie z art. 245 k.p.c. dokument prywatny stanowi jedynie dowód tego, że osoba, która go podpisała, złożyła oświadczenie zawarte w tym dokumencie.

Sąd wbrew temu, czego domagali się powodowie, nie mógł oprzeć swojego rozstrzygnięcia na tej opinii wykonanej na zlecenie powódki. W świetle art. 278 k.p.c. ekspertyzy opracowane na zlecenie stron, w toku postępowania, czy jeszcze przed jego wszczęciem należy traktować, w razie ich przyjęcia przez sąd orzekający, jako wyjaśnienie stanowiące poparcie, z uwzględnieniem wiadomości specjalnych, stanowiska stron.

Opinia prywatna nie może być zatem traktowana jako dowód z opinii biegłego. Z kolei, potrzeba zasięgnięcia opinii placówki naukowej lub naukowo – badawczej zachodzi wówczas, gdy podlegający ocenie sądu problem, ze względu na jego złożoność, wymaga wyjaśnienia przez specjalistów o szczególnie wysokim przygotowaniu praktycznym i teoretycznym oraz gdy konieczne będzie wykorzystanie najnowszych wyników badań sądowych. Odpowiadając na zarzuty powodów o wadliwość sporządzonych na zlecenie Sądu opinii, wskazać należy, że nie było obowiązkiem biegłych polemizować z ustaleniami, zawartymi w opinii prywatnej.

Obowiązkiem biegłych było dokonanie własnej oceny sposobu opieki nad powódką w pozwanej placówce na podstawie analizy dokumentacji dołączonej do akt sprawy i zeznań świadków oraz stron, z czego zdaniem Sądu należycie się wywiązali.

W związku z tym w ocenie Sądu nie było potrzeby powoływania kolejnych biegłych, tylko, dlatego, że sporządzone w sprawie opinie były dla powodów niekorzystne. Biegli sporządzający opinie wyczerpująco odpowiedzieli na wszystkie zarzuty, jaki względem opinii mieli powodowie. Odnieśli się także do tez zawartych w opinii R. F. jednak przyjęli odmienne wnioski.

Prywatna ekspertyza może jednak stanowić argument za potrzebą dopuszczenia uzupełniającej opinii biegłego lub też opinii innych biegłych, jeśli jej wnioski stoją w sprzeczności z przeprowadzoną opinią sądową.

Opinia biegłego J. T. odnosi się także do obowiązujących standardów opieki szpitalnej oraz wskazuje na niezasadność wywodów prezentowanych przez R. F. czy też wprost wspieranie twierdzeń stron poprzez wskazywanie, że już w chwili przyjęcia do szpitala cięża była przenoszona, co w istocie nie miało miejsca, czy też konieczność podejmowania decyzji o szerszych badaniach powódki, co nie było uzasadnione jej stanem zdrowia.

Dlatego też zeznania samej powódki, złożone po upływie trzech lat od zdarzenia mogły być nacechowane emocjonalnym podejściem do treści opinii prywatnej i przedstawionych wniosków, szczególnie kiedy uwzględni się, że strony nie starały się dochodzić swych praw przed innymi instytucjami do tego powołanymi.

Sąd zważył, co następuje.

Oceniając postępowanie medyczne w trakcie pobytu powódki w pozwanym szpitalu Sąd oparł się przede wszystkim na opiniach biegłych sporządzonych w niniejszej sprawie .

Powodowie nie kwestionowali ustaleń, że w dniu przybycia do Szpitala u ciężarnej powódki nie zachodziły przesłanki, aby tę ciężę ukończyć na drodze cięcia cesarskiego, ponieważ stan ogólny ciężarnej był dobry, stan wewnątrzmaciczny płodu także był dobry, był zachowany pęcherz płodowy masa prognostyczna ciała płodu mieściła się w sferze dopuszczalnej.

Pilne przeprowadzenie cięcia cesarskiego wynikało z dwóch wskazań tzn.: zaburzenia widocznych w zapisie KTG świadczące o dyskomforcie wewnątrzmacicznym płodu, podwyższona temperatura ciała rodzącej a także brak wód płodowych (stanowisko powodów w piśmie k.64).

Treści opinii (...) i J. T. pozwala Sądowi na przyjęcie, że postępowanie personelu medycznego pozwanego szpitala było prawidłowe.

Z wniosków obu opinii wynika, że powódka została przyjęta do szpitala w terminie porodu. Ponieważ nie występowała czynność skurczowa macicy, pacjentkę słusznie poddano dalszej obserwacji.

Czynność skurczowa macicy wystąpiła dopiero w dniu 13.06.2004 roku około godziny 17 wtedy też rozpoczął się pierwszy okres porodu. Do dnia 14.06.2004 roku nie obserwowano objawów, które byłyby wskazaniem do wcześniejszego zakończenia ciąży cięciem cesarskim.

W nocy 14.06.2004 roku u pacjentki wystąpiła gorączka, a także stwierdzono u niej i jej płodu przyspieszone tętno, zaś w badaniu usg macicy stwierdzono brak wód płodowych. Stan taki wskazywał na zagrożenie wystąpienia zakażenia wewnątrzmacicznego i z tego powodu podjęto decyzję o zakończeniu ciąży cięciem cesarskim.

Biegli z (...) wskazali, że na podstawie dokumentacji medycznej należy uznać, że najprawdopodobniej stwierdzone zakażenie płodu rozwinęło się wewnątrzmacicznie na około kilka dni przed cięciem cesarskim i nie miało ono charakteru zakażenia wstępującego poprzez drogi rodne.

Przemawia za tym przeprowadzone dwukrotnie w dniu 13.06.2004 roku badanie położnicze, które nie wykazało pękniętego pęcherza płodowego ani wycieku płynu owodniowego. Dodatkowo podkreślili, że pacjentka przez cały okres hospitalizacji nie zgłaszała wyciekania płynu owodniowego. Powyższe pozwala przypuszczać, że do odpłynięcia wód płodowych doszło najprawdopodobniej już po badaniu położniczym przeprowadzonym w dniu 13.06.2004 roku o godzinie 17:30, a przed badaniem położniczym wykonanym w dniu 14.06.2004 roku o godzinie 5:45, kiedy to zadecydowano o zakończeniu ciąży drogą cięcia cesarskiego. Był to zbyt krótki czas do powstania gęstych, zielonych wód płodowych. Taki wygląd wód płodowych wskazuje na proces zapalny trwający od czasu dłuższego niż kilkanaście godzin.

Dodatkowo, badania mikrobiologiczne krwi, moczu i wydzieliny z pochwy pobranej 14.06.2004 roku nie wykazały drobnoustroju, który mógł być odpowiedzialny za zakażenie wewnątrzmaciczne. Drobnoustrojem takim mógłby być Gronkowiec naskórkowy wyhodowany w posiewie wydzieliny z pochwy powódki pobranej w dniu 18.06.2004 roku. Patogenu tego nie wyhodowano we wcześniejszym badaniu mikrobiologicznym, co dawało podstawy do stwierdzenia, że do zakażenia tą bakterią doszło już po cięciu cesarskim.

Oznacza to, że nie była ona drobnoustrojem, który spowodował wewnątrzmaciczne zakażenie płodu.

Biegli uznali, że postępowanie medyczne wdrożone na Oddziale G.-Położniczym (...) Szpitala (...) było prawidłowe i brak jest wystarczających podstaw do przyjęcia, że do wewnątrzmacicznego zakażenia płodu doszło w wyniku zakażenia pochodzenia szpitalnego (opinia biegłych k. 417-435 akt sprawy).

Uzupełniając swoją opinię biegli wskazali, że 40 tydzień ciąży jest prawidłowym terminem porodu (wbrew tezie prywatnej opinii powodów o przenoszonej ciąży powódki). Ciąża prawidłowo trwa od 38 do 42 tygodni.

Jeżeli nie występują objawy patologiczne lub informacje o ciąży podwyższonego ryzyka, nie istnieje konieczność poszerzenia diagnostyki, co również twierdzili powodowie.

Na podstawie zapisów z dnia 07, 08, 11 i 13 czerwca 2004 roku można wnioskować, że przeprowadzone wówczas osłuchiwanie tętna płodu nie wskazywało na nieprawidłowości. W związku z tym nie występowały wskazania medyczne do przeprowadzenia szerszych badań diagnostycznych. 40 tydzień ciąży sam w sobie nie jest wskazaniem do prowadzenia szerszej diagnostyki.

Powódka po rozpoczęciu czynności skurczowej w dr 13.06.2004 roku została przekazana na salę porodową, a następnie ponownie przekazana na Oddział Patologii Ciąży, po czym w godzinach porannych dnia 14.06.2004 roku została przyjęta na salę cięć cesarskich. Takie przekazywanie pacjentki było postępowaniem prawidłowym, ponieważ z uwagi na nieprzygotowanie narządu rodnego w pierwszym okresie porodu, słusznie powódkę przekazano z powrotem na Oddział Patologii Ciąży - nie było wówczas konieczności przebywania pacjentki na sali porodowej. Natomiast zaobserwowanie przyspieszonego tętna płodu było już wskazaniem do przeprowadzenia cięcia cesarskiego, co w tym przypadku wykonano.

Biegli wskazali jedynie na hipotetyczną możliwość, że nie rozpoznano wcześniej sączenia wód płodowych, jednak tezy takiej nie potwierdza zgromadzony w przedmiotowej sprawie materiał dowodowy.

Natomiast wynika z niego jednoznacznie, że podczas badania położniczego przeprowadzonego w dniu 13.06.2004 roku wody płodowe były zachowane. Zatem brak jest podstaw do przyjęcia, aby do odpłynięcia wód płodowych doszło przed dniem 13.06.2004 roku (opinia k.468-472)

Ustosunkowując się do szczegółowych pytań strony powodowej biegli wskazali, że w przedmiotowym przypadku R. K. była pacjentką O. Patologii Ciąży Oddziału (...)Położniczego (...) Szpitala (...) i zakres diagnostyki medycznej był ustalany na podstawie stwierdzanych u niej objawów.

Oddział Patologii Ciąży powinien być tak zorganizowany, aby było możliwe prowadzenie szerszej diagnostyki ciężarnej. Nie oznacza to jednak (wbrew wywodom powodów), że każda pacjentka hospitalizowana w oddziale patologii ciąży musi mieć wykonywane wszystkie możliwe do wykonania badania diagnostyczne. W przedmiotowym przypadku nie wystąpiły jakiegokolwiek zaniedbania lub niestaranne działania położnych lub pielęgniarek.

Nie jest również słuszne założenie, że pacjentki hospitalizowane w ginekologicznej części Oddziału były bardziej narażone na zakażenie niż w O. Położniczym.

Jednoznacznie wskazali, że brak jest jakichkolwiek dowodów na wystąpienie w przedmiotowym przypadku zakażenia wewnątrzmacicznego drogą wstępującą poprzez drogi rodne, ponieważ pierwszy wynik badania mikrobiologicznego, który wykazał zakażenie gronkowcem naskórkowym, pochodził dopiero z dnia 18.06.2004 roku, a więc z czwartej doby po cięciu cesarskim, a wcześniejsze badania mikrobiologiczne nie wykazały obecności tej bakterii.

Podczas czasowego umieszczenia R. K. w Odcinku Ginekologicznym Oddziału Ginekologiczno- Położniczego również nie doszło do zaniedbań.

Odpłynięcie wód płodowych zostało rozpoznane w czasie 12 godzin od poprzedniego badania. Wysunięto wówczas podejrzenie wystąpienia zakażenia wewnątrzmacicznego i z tego powodu podjęto słuszną decyzję o zakończeniu ciąży poprzez cięcie cesarskie. Materiał dowodowy wskazuje, że do godziny 17:30 dnia 13.06.2004 roku nie zaobserwowano odpłynięcia wód płodowych ani pęknięcia pęcherza płodowego, jak również ciężarna nie zgłaszała odpłynięcia wód płodowych, a fakt ten został stwierdzony podczas badania położniczego w dniu 14.06.2004 roku o godzinie 5:45. Nie jest zatem jasne kiedy dokładnie doszło do odpłynięcia wód płodowych, ale można przypuszczać, że nastąpiło to właśnie pomiędzy godziną 17:30 dnia 13.06.2004 roku, a 5:45 14.06.2004 roku.

Biegli wyjaśnili, że w tym czasie R. K. była nadal w terminie porodu, tj. w 41 tygodniu ciąży (nie była to więc ciąża przenoszona wbrew twierdzeniom powodów) i dodatkowo w I okresie porodu, a zatem odpłynięcie wód płodowych należy uznać za naturalną konsekwencję postępującego porodu i nie należy tego traktować jako przedwczesne odpłynięcie wód płodowych. O przedwczesnym odpłynięciu wód płodowych można byłoby mówić, gdyby u pacjentki nie występowała czynność skurczowa macicy.

Przedwczesne odpłynięcie wód płodowych stwarza ryzyko zakażenia wewnątrzmacicznego płodu drogą wstępującą poprzez drogi rodne oraz narastania ciasnoty wewnątrzmacicznej. Jednak podczas trwania porodu nie można mówić o przedwczesnym odpłynięciu wód płodowych, ponieważ powinno do niego dojść prawidłowo podczas porodu, a w przedmiotowym przypadku dnia 13.06.2004 roku u pacjentki właśnie rozpoczął się pierwszy okres porodu.

W przedmiotowym przypadku uznano, że jest możliwe dalsze prowadzenie porodu prze powódkę w warunkach Oddziału (...)Położniczego (...) Szpitala (...), a ze zgromadzonego materiału dowodowego nie wynika, aby podczas tego porodu doszło do nieprawidłowości.

Organizacja Oddziału (...) zakładała korzystanie z łóżek innych odcinków Oddziału w przypadku braku wolnych miejsc w macierzystym odcinku.

Na podstawie zgromadzonego materiału dowodowego nie sposób wykazać, aby umieszczenie R. K. na krótki czas w O. Ginekologicznym miało niekorzystny wpływ na przebieg porodu.

Pacjentka rodząca nie jest pacjentką unieruchomioną. Zarówno w czasie ciąży jak też podczas porodu, o ile nie ma przeciwwskazań lekarskich (a takich w w/w przypadku nie było) poruszanie się ciężarnej jest wskazane. Samodzielne przemieszczanie się pacjentki do innej części Oddziału nie odegrało niekorzystnego wpływu na przebiegu porodu.

Biegli wskazali, że zalegająca w aktach dokumentacja medyczna wykazuje braki w odniesieniu do ciągłości zapisów dotyczących obserwacji R. K. podczas jej hospitalizacji. Zapisy te powinny odzwierciedlać wszystkie czynności medyczne wobec pacjentki, w tym również przebieg codziennych badań lekarskich. Pod tym względem dokumentacja medyczna nie była prowadzona zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2001 r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania. Z faktu nieprawidłowego prowadzenia dokumentacji medycznej nie wynika jednak, aby w istocie opieka sprawowana nad R. K. była prowadzona w sposób nieprawidłowy.

Odnieśli się także do objawów wskazywanych przez powódkę. Narastające napięcie skóry oraz obrzęki kończyn dolnych, które wystąpiły u R. K. na około tydzień przed porodem, nie były objawami wskazującymi na ryzyko zaistnienia nieprawidłowego przebiegu porodu. Subiektywne uczucie napięcia skóry jest objawem zgłaszanym przez większość ciężarnych pod koniec ciąży, szczególnie w okresie letnim. Obrzęki kończyn dolnych, bez towarzyszącego białkomoczu i nadciśnienia tętniczego, pod koniec ciąży również nie są podstawą do rozpoznania zagrożenia ciąży.

Stwierdzenie na podstawie badania USG prognostycznej masy płodu wynoszącej 4100 g nie oznaczało, że istotnie występowała makrosomia płodu. Oszacowanie masy płodu na podstawie USG było jedynie prognostyczne i zakładało margines błędu nawet do około 20%. Wstępna ocena masy płodu na około 4 kg jest tylko oceną wstępną. Dalsze postępowanie położnicze zależy od decyzji lekarza. Należy zauważyć, że w przedmiotowym przypadku faktyczna masa urodzeniowa noworodka była prawidłowa i wynosiła 3800 g. Wykonywane badania KTG nie wskazywały na zagrożenie płodu. Nie było więc powodów do podejrzenia zagrożenia dla dobrostanu płodu, a tym samym nie było wskazań do wykonywania badań oceniających dobrostan płodu.

Wykonane przy przyjęciu do Oddziału badanie USG nie wykazało żadnych nieprawidłowości, które mogłyby być wskazaniem do przeprowadzenia szerszej diagnostyki, w tym testu Manninga

Przy przyjęciu pacjentka nie skarżyła się na żadne dolegliwości, a przeprowadzone badanie lekarskie nie wykazało jakichkolwiek nieprawidłowości, co było okolicznością niesporną.

Rozpoznanie podejrzenia infekcji wewnątrzmacicznej postawiono dopiero, gdy doszło do wzrostu temperatury ciała ciężarnej i przyspieszenia tętna płodu, a po stwierdzeniu tych objawów wykonano cięcie cesarskie. W dniu 13.06.2004 roku pacjentka była już w I okresie porodu. Do tego czasu nie stwierdzano u niej żadnych istotnych nieprawidłowości.

Ocena występowania upławów przez pacjentkę, a mianowicie ich obecność lub brak stwierdza położnik podczas badania położniczego. Biegli wskazali, że ciężarne często niepokoi obecność wydzieliny, która jest fizjologiczną wydzieliną szyjkową podczas ciąży.

Badanie amnioskopowe jest jednym z elementów oceny niedotlenienia płodu. Jest to subiektywna ocena koloru wód płodowych przez osobę wykonującą takie badanie. Należy zaznaczyć iż obecność zielonych wód płodowych nie jest jednoznacznym wykładnikiem niedotlenienia płodu. Diagnostyka dobrostanu płodu jest wielokierunkowym działaniem lekarza położnika. Jednak przeprowadzenie takiego badania powinno być uzależnione od wskazań klinicznych w oparciu o występujące objawy.

Podwyższona temperatura ciała oraz nieznacznie przyspieszone tętno u ciężarnej wskazywały na możliwość występowania zakażenia. Dlatego słusznie w krótkim czasie po zaobserwowaniu tych objawów przeprowadzono

badanie położnicze oraz na jego podstawie podjęto słuszną decyzję o przeprowadzeniu cięcia cesarskiego. Natomiast dokumentacja medyczna nie wskazuje, aby te objawy występowały u pacjentki wcześniej.

Najprawdopodobniej stwierdzone zakażenie płodu rozwinęło się wewnątrzmacicznie na około kilka dni przed cięciem cesarskim i nie miało ono charakteru zakażenia wstępującego poprzez drogi rodne. Przemawia za tym przeprowadzone dwukrotnie w dniu 13.06.2004 roku badanie położnicze, które nie wykazało pękniętego pęcherza płodowego ani wycieku płynu owodniowego. Podkreślili, że pacjentka przez cały okres hospitalizacji nie zgłaszała wyciekania płynu owodniowego.

Ciężki po urodzeniowy stan noworodka wskazywał na możliwość występowania zakażenia wewnątrzmacicznego, przy czym brak jest jakichkolwiek dowodów, aby do tego zakażenia doszło na drodze wstępującej poprzez drogi rodne. Należy zatem przypuszczać, że zakażenie rozwinęło się wcześniej, jednak nie można ustalić konkretnej przyczyny wystąpienia tego zakażenia ani początku jego powstania.

Można jedynie stwierdzić, że do dnia 14.06.2004 roku jego przebieg był bezobjawowy lub objawy te były na tyle niecharakterystyczne, że nie dawały podstaw do wysunięcia takiego podejrzenia.

Czas jaki upłynął od badania położniczego do chwili przeprowadzenia cięcia cesarskiego należy uznać za nie zbyt długi, biorąc pod uwagę, że nie był to stan wskazujący na zagrożenie płodu. Należy pamiętać, że przecież do przeprowadzenia cięcia cesarskiego jest niezbędne odpowiednie przygotowanie sali cięć cesarskich oraz zapewnienie obecności odpowiedniego personelu, choćby anestezjologicznego.

Zgromadzony materiał dowodowy nie wskazuje, aby u pacjentki we wcześniejszych godzinach niż to faktycznie zaobserwowano występowały objawy wskazujące na zakażenie wewnątrzmaciczne. Stąd też biegli uznali, iż w istocie nie występowały wskazania do wcześniejszego przeprowadzenia cięcia cesarskiego.

W przedmiotowym przypadku przeprowadzone badania położnicze nie wykazały nadmiernej ilości wydzieliny z pochwy ani wyciekania płynu owodniowego. Stąd też brak jest podstaw do przyjęcia, że w tym przypadku zaistniały wskazania do wcześniejszego włączenia antybiotykoterapii. Pierwszy antybiotyk podano tuż przed przeprowadzeniem cięcia cesarskiego i było to postępowanie prawidłowe.

Fakt przeprowadzenia konsultacji chirurga naczyniowego i jej zapis z dnia 22.06.2004 roku świadczy o tym, że właśnie w tym dniu istniało podejrzenie choroby zakrzepowo-zatorowej. Na tej podstawie jednak nie sposób wysnuć wniosku o czasie powstania zakażenia wewnątrzmacicznego podczas trwania ciąży, ani o związku zakażenia wewnątrzmacicznego z podejrzeniem tej choroby, ponieważ ciąża jest jednym z czynników ryzyka powstania choroby zatorowo-zakrzepowej, a prawdopodobieństwo wystąpienia zakrzepicy w położu jest zdecydowanie większe niż w czasie ciąży.

Wskazaniem do przeprowadzenia cięcia cesarskiego w przypadku R. K. było zagrożenie niedotlenieniem płodu – pojawienie się tachykardii, być może na podłożu zakażenia wewnątrzmacicznego oraz brak postępu porodu z jednoczesnym pojawieniem się podwyższonej temperatury i przyspieszeniem tętna matki. W takiej sytuacji klinicznej jedynym słusznym postępowaniem było przeprowadzenie cięcia cesarskiego. Na ówczesnym etapie diagnostycznym nie można było mieć jeszcze pewności, co do faktycznego zaistnienia zakażenia wewnątrzmacicznego, ale taki stan należało podejrzewać. W ocenie biegłych nie sposób zatem wykazać braku należytej staranności i ostrożności w postępowaniu lekarzy.

W dokumentacji medycznej znajduje się jeden wynik badania mikrobiologicznego wymazu z rurki intubacyjnej noworodka, który wykazał obecność bakterii pałeczki okrężnicy, co może wskazywać, że właśnie ta bakteria była oprócz aspiracji wód płodowych do płuc dodatkowym elementem powodującym zapalenie płuc.

W ocenie biegłych na podstawie zgromadzonego materiału dowodowego należało uznać, że przyczyną śmierci noworodka było obustronne, zlewne zapalenie płuc, z prawie całkowitą bezpowietrznością płuc i cechami aspiracji wód płodowych do płuc.

Nie mniej jednak brak badań mikrobiologicznych krwi oraz brak cech niewydolności wielonarządowej u noworodka K. K. (2) nie pozwala na przyjęcie, że w tym przypadku doszło do posocznicy (sepsy).

Przesłanki, czyli podejrzenie wystąpienia zgonu septycznego nie muszą być zgłaszane do Powiatowego Inspektora Sanitarnego.

Podejrzenie wystąpienia zakażenia było wskazaniem do przeprowadzenia badań mikrobiologicznych, które w przedmiotowym przypadku zostały wykonane, jednak nie wykazały one uogólnionego zakażenia pacjentki, a jedynie zakażenie miejscowe w drogach rodnych bakterią gronkowca naskórkowego, co podlegało wykazaniu tego zakażenia w wewnętrznym raporcie mikrobiologicznym Szpitala.

Natomiast zastosowanie w leczeniu heparyny drobnocząsteczkowej (Clexane) nie świadczyło o uogólnionym zakażeniu pacjentki, a o ryzyku wystąpienia choroby zakrzepowo-zatorowej, które wzrasta w okresie prawidłowego położu.

Brak szerszych badań mikrobiologicznych u noworodka nie wpłynął w żadnej mierze na sposób zastosowanego leczenia, ponieważ nawet wykonanie takich badań w najszerszym możliwym zakresie pozwoliłoby na uzyskanie ich wyników dopiero po upływie około 2-3 dni, a więc już po zgonie dziecka. Z tego powodu nawet wykonanie większej liczby badań mikrobiologicznych nie wpłynęłoby na zmianę sposobu leczenia i tym samym nie zmieniłby to losów dziecka.

Także brak szczegółowej analizy zgonu noworodka nie miał wpływu na prowadzenie przedmiotowego leczenia.

Biegli wskazali jednocześnie, że mają odmienne stanowisko, niż to, które jest zawarte w opinii pozaprocessowej znajdującej się w aktach sprawy i zostało ono uzasadnione we wszystkich dotychczas wydanych opiniach sądowno-lekarskich wydanych w przedmiotowej sprawie (opinia biegłych k.417-435, 468-472, 653-679, 701-702)

W celu usunięcia wątpliwości, co do sposobu opieki medycznej nad powódką w pozwanym szpitalu Sąd dopuścił dowód z opinii biegłego sadowy z zakresu położnictwa i ginekologii dr hab. n. med. J. T. z listy Prezesa Sądu Okręgowego w Lublinie.

Biegły jest specjalistą drugiego stopnia z zakresu położnictwa i ginekologii, specjalistą z dziedziny ginekologii onkologicznej, samodzielnym pracownikiem nauki (dr hab. n. med.).

Zakres posiadanej wiedzy specjalnej i doświadczenia zawodowego biegłego nie może więc budzić wątpliwości.

Również ten biegły wskazał, że analiza załączonej do akt sprawy dokumentacji medycznej nie pozwala na wysnuć wniosku o ewidentnych nieprawidłowościach dotyczących postępowania z ciężarną na trakcie porodowym w przebiegu II fazy porodu aż do końcowego etapu zakończonego cięciem cesarskim. Zastosowany nadzór nad rodzącą był typowy.

W odczuciu biegłego personel medyczny w momencie stwierdzenia gorączki/dreszczy u rodzącej powinien dążyć do zabezpieczenia co najmniej jej krwi do analiz mikrobiologicznych, oceny leukocytozy, CRP i/lub prokalcytoniny. Większość z tych badań oraz posiew wydzieliny pochwowej pobrano już po cięciu cesarskim.

Nie wskazał też uchybień w prowadzeniu opieki nad R. K. w okresie położu.

Przedporodowa kwalifikacja powódki do wyczekiwania na poród drogami natury była w jego ocenie dopuszczalna w jej indywidualnej sytuacji położniczej. Nie było jednoznacznych wskazań do wykonania cięcia cesarskiego przed próbą porodu drogami natury.

Analiza dokumentacji medycznej dołączonej do akt sprawy nie pozwala na postawienie tezy, by przyczyną kwalifikacji do cięcia cesarskiego były przyczyny inne niż zagrażająca zamartwica płodu i podejrzenie infekcji wewnątrzmacicznej, co może, ale wcale nie musi być jednoznacznie powiązane ze zwiększonym ryzykiem wewnątrzmacicznego niedotlenienia płodu.

Przyczyna zgonu córki powodów nie tkwiła bezpośrednio w nieprawidłowościach opieki/nadzoru nad R. K., tylko w ciężkiej chorobie wewnątrzmacicznej jej dziecka.

W dniu 5 czerwca 2004 roku R. K. była w 40 tygodniu i 1 dniu ciąży licząc od daty ostatniej miesiączki. Nie była to wbrew twierdzeniom strony powodowej ciąża przenoszona.

Biegły powołał się, że w jego praktyce lekarskiej oraz większość lekarzy ginekologów - położników, których biegły zna, nie wymaga od pacjentek dodatkowego ambulatoryjnego nadzoru USG w terminie porodu (40 hbd) w przypadku ciąży niepowikłanej przebiegającej bez dolegliwości u pacjentki i bez zagrożeń dla dobrostanu płodu (prawidłowa aktywność ruchowa płodu, prawidłowa czynność akcji serca płodu), zwłaszcza, że badanie to obarczone jest ponadprzeciętnym błędem pomiaru jeżeli chodzi o biometrię czy masę płodu.

Co do przyczyny zaobserwowanego przez powódkę krwawienia wskazał, że równie dobrze mogło być to plamienie/krwawienie przepowiadające poród jak i krwawienie po stosunku płciowym, mechanicznym urazie śluzówek przedsionka pochwy przy czynnościach higienicznych czy krwawienie z wewnętrznych/zewnętrznych żyłaków odbytu po defekacji etc., etc. Z dokumentacji medycznej nie wynika, by szyjka w dniu 07 czerwca 2004 roku była przygotowana do porodu, a pacjentka krwawiła.

Biegły zwrócił uwagę, że lekarz Izby Przyjęć G.-Położniczej szpitala w R. stwierdził u powódki drożdżakowe zapalenie pochwy i sromu i być może wydzielinę drożdżakową pacjentka opisała jako plamienie.

W dniu 14 czerwca 2004 roku u skarżącej doszło do samoistnej regularnej czynności porodowej, czyli miało to miejsce w 41 i 4 dniu trwania jej ciąży.

Na podstawie dołączonej do akt sprawy dokumentacji medycznej nie wynika by u skarżącej występowały ewidentne, jednoznaczne wskazania do efektywnego zakończenia ciąży cięciem cesarskim ze względu na ciążę po terminie porodu w okresie pomiędzy 7 czerwca 2004 roku, a 14 czerwca 2004 roku, czego dowodem są seryjne rekordy zapisów KTG (łącznie 16 badań pomiędzy 07 czerwca, a 14 czerwca 2004 roku), w których nie stwierdził cech zagrożenia płodu za wyjątkiem ostatniego zapisu z godzin wczesnoporannych w dniu 14 czerwca 2004 roku, na podstawie którego zakwalifikowano powódkę do cięcia cesarskiego.

Brak było bezwzględnej, obligatoryjnej potrzeby wykonania u powódki w 40 tygodniu i 1 dniu trwania ciąży badania USG na Izbie Przyjęć G.-Położniczej, z zastrzeżeniem, że badanie położnicze zewnętrzne i wewnętrzne dostarczyły jednoznacznych danych co do prawidłowej pelwimetrii, prawidłowego położenia płodu i mechanizmu porodowego, wywiad położniczy nie wskazywał na istotną patologię ciąży, nie stwierdzono krwawienia z dróg rodnych, aktywność ruchowa dziecka była prawidłowa, a tętno płodu odsłuchane detektorem czy też analizowane kardiograficznie mieściło się w granicach oscylacji uznanej za prawidłową dla ciąży.

Takie badanie zostało jednak u powódki wykonane, co świadczy, że nadzór USG nad powódką w szpitalu został wdrożony.

Wykonywanie seryjnych ocen USG u hospitalizowanych ciężarnych byłoby działaniem optymalnym, jednak w praktyce codziennej, nawet w ośrodkach o wyższym stopniu referencyjności, nie jest praktykowane jako obligatoryjne,

bo nie byłoby to możliwe z punktu widzenia technicznego, logistycznego oraz ekonomicznego, zarówno dla każdego przypadku kwalifikacji pacjentki do porodu z Izby Przyjęć, nawet w przypadku ciąży po terminie, czy ciężarnych hospitalizowanych długoterminowo

W przypadku powódki szacunkowa masa płodu nie dyskwalifikowała jej z próby porodu drogami natury. Ciąża ta nie spełniała kryteriów ciąży wysokiego ryzyka położniczego w dniu przyjęcia do szpitala.

Nie miało żadnego znaczenia to, czy w ramach Oddziału Ginekologiczno-Położniczego Szpitala w R. skarżąca leżała na odcinku Patologii Ciąży, Ginekologii, Chirurgii, Reumatologii czy Interny. Przyjęcie do szpitala (...) miało charakter obserwacyjny. Szpital do którego została przyjęta ma II stopień referencyjności opieki perinatalnej. Nadzór nad pacjentką ciężarną jest zachowany na każdym oddziale szpitalnym i to nie tylko sprofilowanym pod kątem hospitalizacji ciężarnych.

Lekarze pracujący na oddziałach ginekologicznych są specjalistami z zakresu ginekologii i położnictwa, dyżurują w pionach położniczych, a w przypadku hospitalizacji ciężarnych na oddziałach o innych profilach niż perinatologiczny, udzielają na bieżąco świadczeń konsultacyjnych diagnostycznych.

(...) Szpital (...) C. spełnia kryteria II stopnia referencyjności perinatologicznej. Oddział Ginekologiczno-Położniczy Szpitala w R. dysponował/dysponuje siłami i środkami, specjalistycznym personelem medycznym, zapleczem diagnostycznym i wyposażeniem umożliwiającym zapewnienie ciężarnej R. K. oraz innym pacjentkom nadzoru nad ciążą porodem, a konkretny przypadek kliniczny skarżącej nie wymagał hospitalizacji w ośrodku o III stopniu referencyjności perinatologicznej.

W dokumentacji medycznej załączonej do akt sprawy nie stwierdzono u powódki obrzęków w ciąży do dnia 05 czerwca 2004 roku, w dniu przyjęcia do szpitala tj. 07 czerwca 2004 roku oraz w czasie jej pobytu do dnia rozwiązania tj. 14 czerwca 2004 roku. Jedyny wpis dotyczący obrzęków kończyn dolnych wprowadzony został do historii choroby przez konsultanta chirurga naczyniowego w dniu 22 czerwca 2004 roku, który stwierdził ich śladowe nasilenie, większe po stronie lewej. Natomiast w tym rekordzie medycznym odnotowano, że pacjentka stwierdzała u siebie obrzęki kończyn dolnych w okresie ostatnich 7 dni przed rozwiązaniem. Nie stwierdzono patologii w zakresie unaczynienia kończyn dolnych. Zlecono USG dopplerowskie naczyń, badanie układu krzepnięcia oraz profilaktykę zakrzepowo-zatorową heparyną drobnocząsteczkową.

Polskie Towarzystwo Ginekologiczne nie zalecało w 2004 roku rutynowego i obligatoryjnego pobierania wymazu bakteriologicznego z dróg rodnych ciężarnych w przebiegu ciąży niepowikłanej.

Jeśli chodzi o test Manninga wskazał, że obecnie uznaje się, że tego typu badanie ma mniejszą przydatność kliniczną, niż się poprzednio uważało, a autor tego testu w swoim publicznym wystąpieniu kongresowym przyznał się do jego niedoskonałości i braku wiarygodnego przełożenia wyników badania na faktyczny stan płodu

W okresie pomiędzy 08 czerwca, a 13 czerwca 2004 roku wykonywano inne badania mające na celu ocenę dobrostanu płodu i to częściej niż 2-krotnie w okresie tygodnia. Wykonywano je dwukrotnie w okresie dnia (KTG), które wchodzi w zakres badań dobrostanu/profilu biofizycznego płodu (test (...)). KTG w dniu 13 czerwca 2004 roku było wykonywane trzykrotnie w ramach pobytu powódki na trakcie porodowym- zapisy nie wskazywały na zagrożenie płodu.

Jeżeli pacjentka zgłasza zmianę swego stanu zdrowia lub czuje niepokój położniczy, wzywa personel medyczny za pomocą dzwonka lub udaje się do dyżurki i to ona decyduje, czy w godzinach odpoczynku nocnego w jej odczuciu stan jej budzi niepokój lub następuje jego zmiana na tyle istotna, by szukać wsparcia personelu medycznego. W momencie zgłoszenia tej zmiany powódka została zbadana i przekazana na trakt porodowy z ciążą

Sam fakt odpływania płynu owodniowego nie zawsze musi oznaczać gotowość porodową (jak w przypadku ciąż niedonoszonych powikłanych przedwczesnym odpłynięciem wód płodowych). Często pacjentki z płynącymi wodami

tygodniami oczekują na poród. Jednak w takiej sytuacji standardem jest intensywny nadzór perinatologiczny, laboratoryjny i antybiotykoterapia.

Przerwanie ciągłości pęcherza płodowego nie musi się manifestować nagłym odpłynięciem płynu owodniowego. W takim wypadku obserwuje się mniej lub bardziej nasilone sączenie wód płodowych. Jest ono zazwyczaj na tyle intensywne, że ciężarna zgłasza odczucie wilgoci lub wodnistej, okresowo nasilającej się wydzieliny z dróg rodnych.

Biegły wskazał jednak, że nie pamięta ciężarnej z odpływaniem płynu owodniowego, która nie zwróciłaby uwagi na ten wyraźny objaw. W dokumentacji medycznej nie stwierdził nigdzie jakichkolwiek rekordów wskazujących na odpływanie płynu owodniowego w przebiegu hospitalizacji skarżącej do momentu zakończenia jej ciąży cięciem cesarskim, zarówno dotyczących informowania o tym fakcie personelu medycznego przez powódkę, jak i zaobserwowania tego objawu przez personel medyczny.

Jest to o tyle dziwne, że w przypadku odpływania gęstych zielonych wód płodowych, które stwierdzono podczas cięcia, byłoby to zauważalne i przez skarżącą na łóżku porodowym jak i podczas wewnętrznego badania powódki, choćby w przebiegu jej pobytu na trakcie porodowym, a zwłaszcza w badaniu kwalifikującym ją do cięcia cesarskiego.

W ocenie biegłego lekarz wykonujący przyłożkowe badanie USG nie szukał obecności kieszonki płynu owodniowego, co sugeruje strona powodowa, ale chciał wykluczyć patologię łożyska pod postacią jego przedwczesnego odklejania.

Kwalifikacja do zabiegowego ukończenia ciąży powódki została przeprowadzona przez lekarzy dyżurnych we właściwym momencie, bez zwłoki, na podstawie nieprawidłowego zapisu KTG u ciężarnej trwającego około 30 minut, zwiększonej ciepłoty ciała rodzącej oraz zgłaszanych przez nią dolegliwości.

Najprawdopodobniej to infekcja wstępująca endogenną E.coli jest odpowiedzialna za niepowodzenie neonatologiczne u powódki. To właśnie E.coli a nie gronkowca skórno MRSA wyizolowano z rurki intubacyjnej córki R. K. usuniętej po jej zgonie z nosogardzieli (vide badanie mikrobiologiczne w historii neonatologicznej dołączonej do akt sprawy). W sposób bezsporny potwierdza to endogenny (ze strony flory jelitowej pacjentki) a nie egzogenny (szpitalny) charakter zakażenia płodu skarżącej.

Badanie bakteriologiczne wydzieliny z pochwy u powódki także wykazały obecność bakterii kałowej E.coli. Nie można więc wykluczyć, że dziecko skarżącej chorowało wewnątrzmacicznie już wcześniej, co mogło doprowadzić do jego obumarcia.

Rozpoznanie zakażenia wewnątrz owodniowego jest często trudne, a dobry stan zdrowia matki często nie wyklucza ciężkiej choroby płodu. Zespół lekarski Szpitala w R. mógł nie dysponować wcześniej wiedzą dotyczącą infekcji wstępującej u R. K. i ryzyka transmisji zakażenia E.coli od strony pochwy do worka owodniowego jej płodu. W aktach sprawy kryteria infekcji wewnątrzmacicznej (gorączka, x 2 pomiary w odstępie godziny) zostały spełnione dopiero na kilkadziesiąt minut przed zakończeniem ciąży porodem zabiegowym w dniu 14 czerwca 2004 roku.

W konsekwencji biegły wskazał, że przyczyna zgonu dziecka powódki prawdopodobnie ma charakter złożony, i jest konsekwencją fatalnego ciągu zdarzeń na które składa się zarówno wewnątrzmaciczna zamartwica płodu spotęgowana przez aspirację smółki do dróg oddechowych oraz infekcję wewnątrzmaciczną manifestującą się wysiękiem w drzewie oskrzelowym/płucach noworodka.

Zastosowany u powódki algorytm postępowania nie odbiegał w 2004 roku od standardów przyjętych w innych szpitalach naszego kraju o zbliżonym poziomie referencyjności opieki perinatalnej. Wywiad ogólny i położniczy został zebrany. Dokonano badania ogólnego oraz zewnętrznego badania położniczego, miednicę kostną zmierzono cyrklem położniczym, kontrolowano parametry życiowe pacjentki. Wykonano USG. W trakcie hospitalizacji/porodu pacjentka była kilkakrotnie badana przez pochwę przez lekarzy/położne. Dobrostan płodu monitorowano aparatem KTG - przynajmniej 16-krotnie, oraz 3-4 x dziennie auskultacją. Wykonano 4 zapisy KTG w okresie jej pobytu na S. Porodowej. Decyzję o zabiegowym zakończeniu ciąży podjęto we właściwym czasie. Wdrożono intensywny

nadzór pooperacyjny nad położnicą. Odbyły się konsultacje specjalistyczne. Prowadzono nadzór laboratoryjny oraz farmakoterapię wielolekową. Pacjentka opuściła szpital w dobrej formie fizycznej.

Biegły nie stwierdził w postępowaniu personelu medycznego pozwanego szpitala wobec R. K. nieprawidłowości, które miały jakikolwiek istotny wpływ na jej tragiczny przypadek położniczy. Przyczyna zgonu córki powodów nie tkwiła bezpośrednio w nieprawidłowościach opieki/nadzoru nad R. K., tylko w ciężkiej chorobie wewnątrzmacicznej jej dziecka.

Medycyna nie dysponuje jeszcze na tyle czułymi metodami diagnostyki przed/śródpodrodowej, które byłyby w stanie dać jednoznaczną odpowiedź lekarzowi nadzorującemu ciążę i poród polegającą na wykluczeniu powikłania jakim jest ryzyko utajonego ciężkiego wewnątrzmacicznego zakażenia płodu prowadzące do okołoporodowego zgonu noworodka. Wystąpienie tego powikłania jest nieprzewidywalne, nawet w przypadku prawidłowo postępującego porodu. W większości wypadków powikłanie to traktowane jest jako fatalny, nieszczęśliwy zbieg okoliczności, bez istotnej winy personelu medycznego, często związany z czynnikami przedporodowymi lub okołoporodowymi, który doprowadzają do tragicznego finału ciąży (opinia k.766-815, 884-908)

W ocenie Sądy przytoczone wywody zawarte w obu opiniach korespondują ze sobą. Opinie biegłych nie związanych ze stronami są opiniami obiektywnymi, który wnioski wynikają z przedłożonego materiału dowodowego zawartego w aktach sprawy oraz z wieloletniego doświadczenia zawodowego i naukowego. Zostały opracowane w sposób jasny, zdecydowanie odnoszą się do zarzutów powodów, a poczynione wywody zawierają część opisową, przedstawione problemy i stanowisko biegłych z jego uzasadnieniem.

Dostarczyły Sądowi wiadomości specjalnych niezbędnych do rozstrzygnięcia niniejszej sprawy w oparciu o zasady logicznego myślenia i wiedzy powszechnej.

Pozwany szpital jest samodzielną osobą prawną i jednocześnie publicznym zakładem opieki zdrowotnej. Lekarze i personel pomocniczy są wykonawcami zobowiązań pozwanego i działają na jego rachunek, dlatego odpowiedzialność pozwanego należy rozważać zarówno na gruncie art. 430 k.c., jak i na podstawie art. 415 k.c.

Zgodnie z art. 430 k.c. kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności.

W orzecznictwie przyjmuje się, że powołany przepis znajduje zastosowanie w stosunku do odpowiedzialności jednostek szpitalnych, na rachunek, których lekarze zatrudnieni w tych jednostkach wykonują powierzone czynności medyczne (wyrok SA we Wrocławiu z dnia 02.03.2012r., I ACa 123/12, LEX nr 1238466).

Odpowiedzialność samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej na podstawie art. 430 k.c. zachodzi tylko wówczas, gdy spełnione są wszystkie przesłanki tej odpowiedzialności deliktowej, a mianowicie: 1) wyrządzenie szkody przez personel medyczny przy wykonywaniu powierzonej czynności medycznej, 2) zawinione działanie lub zaniechanie personelu medycznego, 3) normalny związek przyczynowy pomiędzy tym działaniem lub zaniechaniem, a wyrządzoną szkodą.

Przy czym, jak trafnie wskazał Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 5 kwietnia 2012 roku, II CSK 402/11, LEX nr 1168538, w tzw. procesach lekarskich nie jest konieczne wykazanie związku przyczynowego o charakterze bezpośrednim i stanowczym, lecz wystarczy przyjęcie wystąpienia związku o odpowiednim stopniu prawdopodobieństwa.

Biorąc zatem powyższe pod uwagę oraz okoliczności, na które powoływali się powodowie, istotę w rozstrzygnięciu niniejszej sprawy stanowiło ustalenie czy w procesie nadzoru nad ciężarną R. K. prowadzonego w pozwanym szpitalu, lekarzom tej jednostki i pozostałemu personelowi medycznemu można przypisać błąd w sztuce lekarskiej w zakresie podjęcia właściwego leczenia oraz poprzez niezapewnienie dostępności do leczenia, zgodnego z wymaganiami aktualnej wiedzy i nauki medycznej, powszechnie przyjętej praktyki lekarskiej.

Zgodnie z art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, lekarz ma obowiązek wykonywać zawód starannie zgodnie ze wskazaniami wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Przepis ten zawiera podstawowe dyrektywy postępowania lekarza i pod ich kątem następuje badanie bezprawności i zawinienia lekarza w każdym wypadku powstania tzw. szkody medycznej. Należy też wyjaśnić, że błąd w sztuce medycznej jest powszechnie zaliczany do obiektywnych przesłanek zawinienia. Błędem w sztuce medycznej nazywamy takie postępowanie, które jest obiektywnie sprzeczne z powszechnie uznanymi zasadami wiedzy i praktyki medycznej.

Przebieg opieki medycznej nad powódka został poddany weryfikacji przez biegłych i prowadzi do wniosku, iż brak jest podstaw do przyjęcia, że w trakcie pobytu powódki w pozwanym szpitalu nie zachowano należytej staranności i dopuszczono się błędów w procesie leczenia.

Biegli uznali, że postępowanie medyczne wdrożone na Oddziale G.-Położniczym (...) Szpitala (...) było prawidłowe, nie odbiegało od obowiązujących standardów.

Brak było podstaw do przyjęcia, że do wewnątrzmacicznego zakażenia płodu doszło w wyniku zakażenia pochodzenia szpitalnego. Nie stwierdzono w postępowaniu personelu medycznego pozwanego szpitala wobec R. K. nieprawidłowości, które miał jakikolwiek istotny wpływ na jej tragiczny wypadek położniczy. Przyczyna zgonu córki powodów nie tkwiła bezpośrednio w nieprawidłowościach nadzoru nad R. K., tylko w ciężkiej chorobie wewnątrzmacicznej jej dziecka

W konsekwencji Sąd uznał, iż powodowie nie wykazali w niniejszej sprawie przesłanek odpowiedzialności pozwanego zakładu opieki zdrowotnej w postaci zawinionego działania lub zaniechania zatrudnionych tam osób, błędów organizacyjnych, zaniedbań w zakresie utrzymania należytej czystości .

Tak więc żądanie pozwu oparte na podstawie art. 446 k.c. w zw. z art. co do zapłaty odszkodowania jak i zadośćuczynienia na podstawie art. 24 w zw. z art. 448 k.c. nie mogło zostać uwzględnione i należało je oddalić (pkt 1 wyroku).

Rozstrzygnięcie o kosztach procesu oparto na podstawie art. 98 k.p.c. Ponieważ powodowie przegrali spór Sąd obciążył ich obowiązkiem zwrotu kosztów procesu na rzecz strony pozwanej na które składa się zwrot kosztów zastępstwa procesowego w wysokości po 3600,00 złotych (ustalone na podstawie z § 6 pkt. 6 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych (...) Dz.U. 2013.490 ze zm., (pkt 2 wyroku)

W punkcie 3 wyroku Sąd na podstawie art. 83 i 113 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych art. 98 k.p.c. i 105 kp.c nakazał pobrać od powodów dna rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Radomiu tytułem zwrotu wydatków kwotę 20.708,56 zł - ustalonych postanowieniami sądu wynagrodzeń biegłych (k. 437, 509, 573, 575, 970, 1031, 1092).