

*Sygn. akt II K 632/11*

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

***Dnia 26 stycznia 2016 roku***

Sąd Rejonowy II Wydział Karny w Ś. w składzie:

***Przewodniczący SSR Joanna Zaganiacz***

***Protokolant Barbara Lesiak***

przy udziale Asesora Prokuratury Rejonowej w Świdnicy T. B.

po rozpoznaniu w dniach: 11 lipca 2012 r., 13 września 2012 r., 18 października 2012 r., 15 kwietnia 2013 r., 6 czerwca 2013 r., 21 listopada 2013 r., 24 kwietnia 2014 r., 26 maja 2014 r., 14 lipca 2014 r., 10 marca 2015 r., 25 marca 2015 r., 27 kwietnia 2015 r., 8 października 2015 r., 22 października 2015 r., 19 stycznia 2015 r. sprawy karnej

***J. K. (1)***

urodzonego (...) w Ś.,

syna A. i J. z domu Ł.

***oskarżonego o to, że:***

w okresie od 30 listopada 2008r. do 10 grudnia 2008r. w Ś., woj. (...), będąc lekarzem kierującym Oddziałem (...) (...) (...) w Ś., przeprowadził u P. W. w dniu 30 listopada 2008r. trybie ostrodyżurowym zabieg operacyjny zespolenia poprzecznego złamania trzonu kości piszczelowej lewej w 1/2 dalszej z przemieszczeniem i wieloodłamowego złamania trzonu strzałki lewej w 1/2 dalszej z przemieszczeniem, jednakże przedmiotowy zabieg nieprawidłowo przygotował albowiem zaniechał podania profilaktyki antybiotykowej okołoperacyjnej a nadto po pogarszającym się stanie zdrowia chorego i wzrastającej temperaturze ciała przy ponownym przyjęciu do szpitala w dniu 02.12.2008r. oraz narastającym ciśnieniu śródtkankowym zaniechał natychmiastowego rozcięcia opatrunku gipsowego dokonując tego dopiero w dniu 04.12.2008r. oraz zaniechał rewizji okolicy miejsca chirurgicznego i badania całego podudzia, co prowadziło do rozwoju zespołu przedziałowego oraz groziło martwicy tkanek i masywnym miejscowym zakażeniem mającym wpływ na dalszy rozwój postępującej martwicy mięśni doprowadzając do ubytku masy mięśniowej i powięzi w obrębie podudzia czym naraził P. W. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, albowiem w wyniku nieprawidłowego leczenia wym. doznał obrażeń ciała w postaci martwicy i ropowicy tkanek miękkich podudzia lewego w przebiegu rozległej martwicy skóry oraz przykurczu zgięciowego obu stawów kolanowych, które to obrażenia spowodowały ciężki uszczerbek na zdrowiu w postaci ciężkiej choroby długotrwałej oraz trwałego zeszpecenia,

***tj. o czyn z art. 160§ 2 kk i art. 156§1 pkt 2 kk w zw. z art. 11 §2 kk***

I. oskarżonego ***J. K. (1)*** uniewinnia od popełnienia czynu opisanego w części wstępnej wyroku;

II. koszty procesu zalicza na rachunek Skarbu Państwa.

## UZASADNIENIE

***Sąd ustalił następujący stan faktyczny:***

W dniu 30 listopada 2008 roku oskarżyciel posiłkowy P. W. w trakcie meczu piłki nożnej wskutek kopnięcia doznał urazu kości goleni lewej. Pogotowie ratunkowe przewiozło go do Szpitala (...) w Ś., najpierw do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, a następnie do Oddziału (...) (...), gdzie ustalono, że doszło do poprzecznego złamania trzonu kości piszczelowej lewej w 1/2 dalszej z przemieszczeniem odłamów, wieloodłamowego złamania trzonu strzałki lewej w 1/2 dalszej z przemieszczeniem odłamów i podjęto decyzję o leczeniu operacyjnym w trybie ostrożyżurowym. W dniu przyjęcia pacjenta oskarżony J. K. (1), pełniący w tym czasie funkcję lekarza kierującego Oddziałem, dokonał otwartej repozycji piszczeli płytą i śrubami. Kontrolne zdjęcie po zabiegu wykazało poprawne ustawienie odłamów. Przed wykonaniem zabiegu nie zastosowano wobec pacjenta okołoperacyjnej antybiotykoterapii dożyłnej, natomiast ranę przepłukiwano roztworem antybiotyku.

Po zabiegu operacyjnym kończyna została unieruchomiona w opatrunku gipsowym na podściółce z waty celem dodatkowego ustabilizowania zespolecia. W gipsie wycięto okienko umożliwiające kontrolę rany pooperacyjnej. W trakcie pobytu oskarżyciela posiłkowego w szpitalu stan zoperowanej kończyny był na bieżąco kontrolowany, czucie, ukrwienie i ruchomość palców w jej obrębie były zachowane. P. W. nie zgłaszał żadnych szczególnych dolegliwości, w szczególności już po ustaniu znieczulenia nie uskarżał się na dojmujący ból. Blokada po znieczuleniu ustąpiła w nocy z 30 listopada na 1 grudnia 2008 roku, a oskarżyciel w późniejszym czasie przyjmował leki przeciwbólowe (P. i T.). Oskarżyciel nie sygnalizował również ucisku ze strony opatrunku gipsowego.

W dniu 2 grudnia 2008 roku ok. godz. 11.00 P. W. został wypisany z zaleceniem leczenia ambulatoryjnego. W dacie wypisu oskarżyciel poruszał się samodzielnie, korzystając z balkonika, bez obciążania kończyny, zalecono mu naukę chodzenia o kulach.

Dowody:

Dokumentacja medyczna ze Szpitala (...) – k. 20-70, 216-222, 225

Opinia (...) w S. – k. 411-426, 774-779

Zeznania świadków:

- P. W. – k. 471v.-472

- W. W. – k. 480v.-482, 10

- J. M. – k. 487v., 102

- B. B. – k. 556-557

- J. J. (1) – k. 557v.-559

- R. Ł. – k. 562v.-564

Zakres obowiązków pracowniczych oskarżonego – k. 744-746

Wyjaśnienia oskarżonego – k. 298-305, 471, 686-687v.

Tego samego dnia ok. godz. 14.00 oskarżyciel posiłkowy zagorączkował do ok. 40 stopni, był rozpalony, spocony, miał zaczerwienioną skórę. Objawy te częściowo ustąpiły po podaniu środka przeciwgorączkowego. Matka oskarżyciela wezwwała pogotowie, które przewiozło go tego samego szpitala, gdzie został ponownie przyjęty do Oddziału (...) Urazowo-Ortopedycznej. W momencie przyjęcia nie zgłaszał dolegliwości bólowych ze strony zoperowanego podudzia. Czucie, ukrwienie i ruchomość palców były nadal zachowane. Ponieważ oskarżony podejrzewał wystąpienie u pacjenta infekcji lub zatorowości płucnej, zlecono badania poziomu (...) oraz D-D.. W obu przypadkach wyniki okazały się podwyższone ((...) 200,3, D-D. (...).00), wobec czego od 3 grudnia 2008 roku oskarżony zalecił podawanie

P. W. przeciwzakrzepowego leku C. oraz B.. W kolejnych dniach stan ogólny pacjenta był dobry. W dalszym ciągu nie informował o dolegliwościach ze strony zoperowanej kończyny aż do 4 grudnia 2008 roku, kiedy to podczas porannego badania zgłosił mrowienie palców lewej stopy i osłabienie czucia skóry na jej grzbiecie. Oględziny okolic rany pooperacyjnej wykazały obecność licznych powierzchownych pęcherzy wypełnionych treścią surowiczą. Przy ucisku na brzegi rany sączyła się z niej gęstawa krwista treść. Oskarżony podjął decyzję o rozcięciu opatrunku gipsowego. Skóra na bocznej powierzchni lewego podudzia była sinawo zabarwiona. Popuszczono wszystkie szwy z rany pooperacyjnej aż do kości. Tkanki były pozbawione napięcia, widoczny był obrzęk podskórnej tkanki tłuszczowej po bocznej stronie brzegów rany, tkanka była wodnista, sino zabarwiona, a mięśnie na wysokości rany były ciemne, kruche i bez krwawienia, co świadczyło o rozwinięciu się procesu martwiczego mięśni. Z rany pobrano materiał na posiew. Oskarżony podjął decyzję o wykonaniu fasciotomii (wycięcia) części włókien mięśniowych pozbawionych gry naczyniowej. Do rany założono gaziki z O., a jej brzegi rozchylono i założono opatrunek jałowy, a kończynę ułożono w longecie gipsowej podudziowej. Po założeniu opatrunku poprawiła się gra naczyniowa w lewej stopie. Jednocześnie stwierdzono brak czynnego zgięcia grzbietowego płaców lewej stopy, przy zachowanym prawidłowo zgięciu podszwawym. Przy ucisku na palce pacjent zgłaszał mrowienie. Rozpisano dożylnie P., M. oraz leki przeciwzakrzepowe – C..

Ok. godz. 12.30 chory został ponownie skonsultowany, znowu zrewidowano ranę pooperacyjną. Ponieważ zwiększyła się strefa niedokrwienia w kierunku bliższym, nacięto skórę na podudziu w kierunku bliższym do okolicy przynasady bliższej kości piszczelowej oraz powięź na dnie rany. Stwierdzono, że tkanki w dnie rany są bez obrzęku, niedokrwione. Pacjent zgłaszał bolesność przy ucisku na tkanki w głębi rany, w okolicy trzonu kości piszczelowej. Oskarżony dokonał wycięcia włókna mięśnia prostownika długiego palucha i prostownika długiego palców. Ranę wielokrotnie przepłukano roztworem wody utlenionej i O.. Tkanki miękkie na całej długości podudzia były pozbawione obrzęku, niebolesne. W okolicy stawu skokowo-goleniowego lewego od strony kostki bocznej na skórze widoczne było owalne jej ściemnienie na powierzchni o średnicy 3 cm. Oskarżony zdecydował o podaniu pacjentowi T. dożylnie, po uprzednim pobraniu krwi na posiew. Po założeniu opatrunku kończynę umieszczono na szynie B.. Zgięcie podszwawie palców było prawidłowe, czucie na tylnej powierzchni podudzia do pięty było w normie, po stronie podszwawiej stopy osłabione, brak go było po stronie grzbietowej.

W tym samym dniu ok. godz. 18.00 oskarżyciel posiłkowy, po wcześniejszym uzgodnieniu, został przewieziony karetką do komory hiperbarycznej Pracowni Tlenoterapii we W., przy ul. (...). Po powrocie był w stanie ogólnym ciężkim, bez dolegliwości bólowych, nie gorączkujący, ale spowolniały psychoruchowo.

W ciągu kolejnych dni (5-10 grudnia 2008 roku) pacjent nadal korzystał z zabiegów tlenoterapii w komorze hiperbarycznej we W., był konsultowany w Szpitalu im. (...). J. Ś. w T. z zaleceniem dalszego usuwania martwiczych tkanek boczego przedziału mięśniowego podudzia, w związku z czym oskarżony kontynuował fasciotomię. Uzyskane wyniki posiewów nie wykazały wzrostu flory bakteryjnej.

Dowody:

Dokumentacja medyczna ze Szpitala (...) – k. 20-70, 216-222, 225

Opinia (...) w S. – k. 411-426, 774-779

Zeznania świadków:

- P. W. – k. 471v.-472

- W. W. – k. 480v.-482, 10

- A. D. (1) – k. 480v., 90-92

- J. D. – k. 585v.-586

- J. M. – k. 487v., 102

- B. B. – k. 556-557

- J. J. (1) – k. 557v.-559

- R. Ł. – k. 562v.-564

- T. M. – k. 564

Wyjaśnienia oskarżonego – k. 298-305, 471, 686-687v.

W dniu 10 grudnia 2008 roku oskarżyciel posiłkowy po sesji tlenoterapii udał się na konsultację do szpitala w T., po której został przyjęty do tamtejszego Oddziału (...) Ogólnej z rozpoznaniem martwicy i ropowicy tkanek miękkich lewego podudzia. Był tam hospitalizowany do 21 stycznia 2009 roku. Kontynuowano tam leczenie celowanymi antybiotykami i tlenoterapię hiperbaryczną. Po opanowaniu zakażenia w dostatecznym stopniu, wykonano przeszczep krzyżowy z podudzia prawego, pokrywając 1/2 część dogłowego ubytku tkanek podudzia. Ubytek skóry podudzia pokryto przeszczepem z uda prawego, a następnie unieruchomiono kończyny w położeniu przymusowym. W późniejszym czasie oskarżyciel posiłkowy kontynuował leczenie rekonstrukcyjne podudzia oraz rehabilitację. Pomimo leczenia u oskarżyciela wystąpiło ograniczenie ruchomości w lewym stawie skokowym, stopa lewa znajdowała się w ustawieniu tzw. końskim (pod kątem 45 stopni), brak było czynnego ruchu zgięcia grzbietowego stopy i palców, brak odwodzenia i ruchu nawracania.

Dowody:

Dokumentacja medyczna ze Szpitala im. (...) J. Ś. w T. – k. 208-213

Dokumentacja z Ośrodka (...) we W. – k. 110-121

Opinia (...) w S. – k. 411-426, 774-779

Zeznania świadków:

- P. W. – k. 471v.-472

- W. W. – k. 480v.-482, 10

- A. D. (1) – k. 480v., 90-92

- J. D. – k. 585v.-586

- J. K. (2) – k. 497v., 151-152

- J. J. (2) – k. 586, 676-677

- A. D. (2) – k. 678-679

Oskarżony J. K. (1) nie przyznał się do popełnienia zarzucanego mu czynu. Odnośnie przebiegu leczenia oskarżyciela posiłkowego w kierowanym przez siebie oddziale złożył wyjaśnienia zgodne z opisanym wyżej stanem faktycznym. Wskazał, że stan zdrowia pacjenta od momentu ponownego przyjęcia 2 grudnia 2008 roku do 4 grudnia 2008 roku nie wskazywał na rozwijający się proces zespołu ciasnoty przedziałów powięziowych z uwagi na to, że oskarżyciel posiłkowy nie zgłaszał charakterystycznych dla tego schorzenia dojmujących dolegliwości bólowych, a zachowane pozostawały czucie, ukrwienie i ruchomość palców zoperowanej kończyny. Chory nie zgłaszał również ucisku ze strony opatrunku gipsowego. Zdaniem oskarżonego brak zatem było podstaw do podejmowania decyzji o niezwłocznym rozcięciu gipsu. Decyzję taką podjęto w dniu 4 grudnia 2008 roku, kiedy stwierdzono u pacjenta zaburzenia czucia

i ruchomości w obrębie lewej stopy, a po rewizji rany stwierdzono proces martwiczy w obrębie tkanki mięśniowej, którą oskarżony zaczął stopniowo wycinać. Oskarżony sugerował, że martwica, która wystąpiła u oskarżyciela mogła być związana z doznanym urazem podudzia, wobec czego unieruchomienie nogi w opatrunku gipsowym nie miało wpływu na rozwój procesu martwiczego. Oskarżony stwierdził nadto, że dopiero w 2010 roku został w Szpitalu (...) opracowany program okołoperacyjnej profilaktyki antybiotykowej. Wskazania do jej stosowania występują w przypadku złamań związanych z uszkodzeniami skóry, rozległymi urazami wielonarządowymi. Jego zdaniem zastosowanie przepłukiwania rany roztworem antybiotyku okazało się w tym wypadku wystarczające, gdyż w badaniach posiewów przeprowadzonych zarówno podczas hospitalizacji pacjenta w Ś., jak też po jego przyjęciu do szpitala w T., nie uzyskano wyników wskazujących na zakażenie bakteryjne.

Wyjaśnienia oskarżonego – k. 298-305, 471, 686-687v.

Oskarżony nie był dotychczas karany sędownie.

Dowód:

Dane z K. – k. 742

### **Nadto Sąd zważył:**

Konstruując stan faktyczny w zakresie ustalenia przebiegu procesu leczenia oskarżyciela posiłkowego P. W. Sąd opierał się przede wszystkim na zabezpieczonej w toku postępowania przygotowawczego licznej dokumentacji lekarskiej, pochodzącej ze stacji Pogotowia (...) w Ś., izby przyjęć Szpitalnego Oddziału Ratunkowego oraz Oddziału (...) Urazowo-Ortopedycznej Szpitala w Ś., Ośrodka (...) we W. i Szpitala im. (...). J. Ś. w T.. Materiał dowodowy, na jaki składają się powyższe dokumenty źródłowe, jest kompletny, a jego treść i zawartość jest dla Sądu jasna i jednoznaczna uzupełnieniu go o zeznania przesłuchanych w sprawie poszczególnych świadków, mających udział w sporządzaniu tejże dokumentacji i w procesie leczenia oskarżyciela posiłkowego. Sąd uwzględnił także wnioski opinii instytutu naukowego – Zakładu Medycyny Sądowej (...) w S., sporządzonej przez biegłych – specjalistów z zakresu medycyny sądowej oraz ortopedii i traumatologii, którzy dokonywali oceny całokształtu procesu leczenia oskarżyciela posiłkowego, odnoszące się przede wszystkim do wymienionych wyżej dokumentów. W ocenie Sądu w swym całokształcie wskazane dokumenty medyczne zasługują na przymiot wiarygodności, którego żadna ze stron postępowania jej w toku całego procesu karnego nie zakwestionowała.

Okoliczności faktyczne wynikające z cytowanej dokumentacji medycznej znajdują odzwierciedlenie również w zeznaniach świadków – personelu medycznego zaangażowanego na różnych etapach w proces leczenia oskarżyciela w kilku placówkach, w których P. W. był hospitalizowany. W przeważającej mierze świadkowie ci już w toku śledztwa składali zeznania posiłkując się przedkładaną im dokumentacją, na jej podstawie odtwarzając okoliczności leczenia oskarżyciela. Zeznania świadków powołanych w części uzasadnienia obejmującej ustalenia faktyczne Sądu zostały uznane za wiarygodne, gdyż korespondując z treścią dokumentacji medycznej w pełni odzwierciedlają one okoliczności zdarzeń będących przedmiotem sprawy i dają kompletny obraz procesu leczenia oskarżyciela, a w takim zakresie, w jakim odnoszą się do jego leczenia w Szpitalu (...) w Ś. i w Szpitalu im. (...). J. Ś. w T. – odzwierciedlają również proces decyzyjny związany z podjętą wobec oskarżyciela posiłkowego diagnostyką oraz wdrożonymi procedurami leczniczymi (odnosi się to do zeznań świadków J. M., J. K. (2), B. B., J. J. (1), R. Ł., T. M., A. D. (3), J. J. (2)).

Zeznania oskarżyciela posiłkowego P. W. oraz świadków będących członkami jego rodziny, tj. jego matki W. W. oraz wujów A. D. (1) i J. D. dały Sądowi podstawę do poczynienia ustaleń faktycznych w zakresie samopoczucia oskarżyciela w okresie pomiędzy poszczególnymi pobytami w Szpitalu (...), w okresie kolejnych hospitalizacji, a także w zakresie dalszego procesu leczenia i rehabilitacji oraz aktualnego stanu zdrowia oskarżyciela. Zeznania oskarżyciela i W. W. miały szczególne znaczenie dla ustalenia, że P. W. w okresie po wykonaniu operacji zespolenia złamanej kości podudzia nie zgłaszał dojmującego bólu, który biegli obu zespołów opiniujących w niniejszej sprawie, jak też przesłuchiwani

na tę okoliczność świadkowie A. D. (3) i J. J. (2), ale także oskarżony, powoływali jako typowy wykładnik zespołu przedziałowego z martwicą tkanek miękkich, który zdiagnozowali u oskarżyciela posiłkowego opiniujący z C. M..

W znaczącym zakresie za wiarygodne Sąd uznał wyjaśnienia oskarżonego J. K. (1), złożone przez niego zarówno w toku śledztwa, jak i podczas rozprawy. Oskarżony w prezentował w swoich wyjaśnieniach wersję, zgodnie z którą zakres diagnostyki i sposób leczenia P. W. w okresie, gdy pozostawał on pod jego opieką lekarską, były pełne i stosowne do okoliczności tego konkretnego przypadku. Oskarżony powoływał się przy tym na ocenę stanu klinicznego tego pacjenta, która przy ponownym przyjęciu do oddziału chirurgii urazowo-ortopedycznej Szpitala (...) nie wskazywała na występowanie objawów ciasnoty przedziałów. Wskazywał, że u pacjenta zastosowano określony opatrunek gipsowy na podściółce z waty w celu uzyskania lepszej stabilizacji zespolonego złamania. Oskarżony wyjaśniał, że na wysokości rany pooperacyjnej w opatrunku zostało wycięte tzw. okienko, umożliwiające kontrolę stanu rany. Okoliczność ta znajduje potwierdzenie w zeznaniach członków personelu medycznego, mającego styczność z oskarżycielem posiłkowym w związku z jego hospitalizacją w (...) szpitalu. Nie została ona podważona odmiennymi relacjami oskarżyciela i członków jego rodziny, którzy faktu tego nie zapamiętali, bądź nie zwrócili na to uwagi, zatem Sąd nie znalazł podstaw do zakwestionowania twierdzeń oskarżonego w omawianym zakresie. Nadto z wyjaśnień oskarżonego wynikało, że stan pacjenta podczas jego kolejnego pobytu w kierowanym przez niego oddziale był na bieżąco kontrolowany, zwłaszcza w zakresie występowania objawów ciasnoty przedziałów. Oskarżony wskazywał, a jego wyjaśnienia w tym zakresie potwierdzili przesłuchani świadkowie, że aż do 4 grudnia 2008 roku sprawdzano oskarżycielowi posiłkowemu czucie, ukrwienie i ruchomość w zakresie zoperowanej nogi – i były one zachowane. Oskarżyciel nie manifestował objawów znaczącego bólu i jego stan zdrowia pozostawał ustabilizowany do wskazanej wyżej daty, kiedy to wobec zgłoszonych zaburzeń czucia w kończynie, oskarżony dokonał rozcięcia gipsu, a następnie fasciotomii. Kwestionując przedstawiony mu zarzut oskarżony w wyczerpujący sposób komentował ustalony w niniejszej sprawie sposób leczenia, zastosowany wobec oskarżyciela posiłkowego, odwołując się w tym zakresie do wiedzy medycznej oraz praktyki jej stosowania. Analiza całokształtu materiału dowodowego wskazuje, że wyjaśnienia oskarżonego okazały się w rezultacie w przeważającej mierze zbieżne z wnioskami sformułowanymi przez powołanych do opiniowania w niniejszej sprawie biegłych z Zakładu Medycyny Sądowej (...) w S. i okoliczność ta miała decydujący wpływ na ocenę ich w kategoriach wiarygodności. Z kolei ze względu na przedmiot sprawy i charakter zarzutu przedstawionemu oskarżonemu oraz potrzebę oparcia się na wiadomościach specjalnych z zakresu medycyny, niedostępnych Sądowi, to właśnie cytowana opinia była dowodem, który stał się podstawą dokonania ostatecznej oceny prawidłowości kwestionowanego przez oskarżycieli publicznego i posiłkowego postępowania oskarżonego w zakresie leczenia P. W.. Sporządzenie tejże opinii Sąd w składzie pierwotnie rozpoznającym niniejszą sprawę zlecił w wyniku uwzględnienia wniosku dowodowego obrońcy, po powzięciu wątpliwości co do trafności i zasadności wniosków sformułowanych w opinii zespołu biegłych z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej (...) J. w K.. Mimo, że tryb dopuszczenia tego dowodu na wstępnym etapie postępowania jurysdykcyjnego, jeszcze przed otwarciem przewodu sądowego, Sąd w aktualnym składzie orzekającym uznaje za wątpliwy, to jednak zdaniem Sądu wadliwość ta została konwalidowana w niniejszym postępowaniu. Sąd w nowym składzie prowadził proces od początku, tj. od otwarcia przewodu sądowego, poprzez odebranie wyjaśnień od oskarżonego, przeprowadzając całe postępowanie dowodowe oraz w jego ramach dopuszczając dowód z obu opinii znajdujących się w aktach sprawy. Celowość dopuszczenia dowodu z opinii innego instytutu znajdowała w pełni oparcie w ocenie opinii uzyskanej na etapie postępowania przygotowawczego jako niepełnej, sprzecznej z całokształtem dostępnego już wówczas materiału dowodowego, jak też wewnętrznie niespójnej. Pomimo swej wagi merytorycznej, wynikającej z oparcia ustaleń opiniujących zatrudnionych w C. M. o wiedzę specjalistyczną, opinia ta, będąca w istocie podstawą przedstawionego oskarżonemu zarzutu, podlegała takiej samej ocenie Sądu, jak pozostałe dowody przeprowadzone w toku niniejszego procesu. Stwierdzona przez Sąd jej sprzeczność z pozostałym materiałem dowodowym, brak logiki wywodu, oparcie go na ustaleniach czynionych ex post, bez uwzględnienia faktu, że dokonując oceny stanu zdrowia pacjenta oskarżony nie dysponował pełnią wiedzy, jaką daje aktualnie analiza całego procesu jego leczenia, a nadto brak obiektywizmu i sprzeczność tego wywodu nie tylko z wyjaśnieniami oskarżonego, ale i z twierdzeniami świadków – przede wszystkim personelu medycznego oddziału chirurgii urazowo-ortopedycznej Szpitala (...), dyskwalifikowały pierwotnie wydaną opinię i musiały stać się podstawą zakwestionowania jej wartości dowodowej.

W pierwszej kolejności Sąd pragnie wskazać, że cytowana opinia opiera się na niepełnym materiale dowodowym, którego ocena przez opiniujących musi dodatkowo budzić zastrzeżenia. Opiniujący już na wstępie swego wywodu zaznaczyli, że opierają się wyłącznie na dokumentacji lekarskiej, pomijając przy formułowaniu swych wniosków osobowe źródła dowodowe, do których oceny ich zdaniem powołany jest wyłącznie sąd orzekający. Stanowisko swoje podtrzymali pomimo zlecenia im przez Sąd opinii uzupełniającej, która miałaby uwzględniać również dowody ze źródeł osobowych. Tego rodzaju zastrzeżenie nie znajduje oparcia ani w przepisach procedury karnej, ani w poglądach doktryny, ani wreszcie w judykaturze prawa karnego, natomiast dyskwalifikuje wydaną opinię, bowiem powoduje, że diagnozując oskarżyciela posiłkowego opiniujący ignorują istotne ustalenia, mające zdaniem Sądu kapitalne znaczenie dla postawienia prawidłowej i nie budzącej wątpliwości diagnozy. Należy bowiem zauważyć, że cytowana opinia, kilkakrotnie uzupełniana, stawia kategoryczne rozpoznanie wystąpienia u oskarżyciela posiłkowego zespołu przedziałowego w martwicę tkanek miękkich, eksponując jednocześnie kliniczne wykładniki tego stanu, które – jak podkreślono – zawsze przebiegają sekwencyjnie, a na które powoływali się również specjaliści z drugiego zespołu wydającego alternatywną opinię, którzy jednocześnie zastrzegali, że stan P. W. w okresie od 2 do 4 grudnia 2008 roku nie był typowy dla klasycznie rozwijającego się zespołu ciasnoty międzypowięziowej. Biegli obu opiniujących zespołów wymieniali zgodnie wśród wykładników klasycznie przebiegającego zespołu ciasnoty przedziałów powięziowych przede wszystkim dojmujący ból, szczególnie w reakcji na bierne rozciąganie i wyprost, nieproporcjonalny do następstw wynikających z doznanych obrażeń, który po upływie 12-24 godzin zaczyna ustępować z powodu nieodwracalnego uszkodzenia włókien nerwowych, a wówczas pojawiają się zaburzenia czucia, możliwe do stwierdzenia badaniem przedmiotowym, podobnie jak brak ruchów czynnych w grupach mięśni znajdujących się w przedziale dotkniętym ciasnotą. Kolejnymi objawami rozwijającego się procesu martwiczego są w wypadku zespołu ciasnoty międzypowięziowej bladeść powłok skóry w miejscu niedokrwionym oraz brak wyczuwalnego tętna (choć w początkowym okresie może ono być zachowane). Biegli z C. M. z faktu wystąpienia u oskarżyciela posiłkowego rozległej martwicy mięśni wywodzą kategorycznie o istnieniu objawów, które nie zostały odnotowane w dokumentacji medycznej, kwestionując możliwość rozwinięcia się u oskarżyciela innego rodzaju schorzenia, również skutkującego martwiczymi zmianami. Stwierdzają, że stan pacjenta w zakresie wystąpienia poszczególnych wykładników zespołu ciasnoty międzypowięziowej był oceniany zbyt optymistycznie, zarzucają wreszcie, że dokumentacja medyczna jest w omawianym zakresie niepełna, a wręcz zawiera fałszywe zapisy, najprawdopodobniej nie dotyczące P. W.. Jednocześnie opiniujący odmawiają uwzględnienia przy formułowaniu swoich wniosków okoliczności wynikających nie tylko z wyjaśnień oskarżonego i podległego mu personelu medycznego, ale nawet z zeznań samego oskarżyciela posiłkowego i członków jego rodziny, wskazujące na to, że opisane wyżej klasyczne objawy zdiagnozowanego przez biegłych schorzenia u tego pacjenta nie występowały. Znamienne jest przede wszystkim, że sam oskarżyciel (ani pozostali powiązani z nim świadkowie) nie wskazują w swych relacjach, aby wystąpił u niego podstawowy wykładnik zespołu ciasnoty przedziałów, a mianowicie silny, nieproporcjonalny do następstw doznanego urazu i przebytego zabiegu ból. Wszak z zeznań P. W. i W. W. wynika, że po operacji został on spionizowany i poruszał się o własnych siłach, zaś odczuwany ból oceniał jako stanowiący następstwo przebytej operacji. Co znamienne biegli obu zespołów opiniujących zgodnie stwierdzali, że dolegliwości bólowe będące objawem rozwijającego się zespołu ciasnoty przedziałów międzypowięziowych nie mogą być uśmierzone normalnymi środkami przeciwbólowymi, również P. i T., jakie przyjmował oskarżyciel posiłkowy, a jedynie silnymi środkami opiatowymi, których oskarżyciel nie otrzymywał po operacji. Ból taki mógłby być blokowany skutecznie przez trwające znieczulenie podpajecznówkowe lub zewnątrzoponowe, które jednak nie mogło się utrzymywać tak długo po operacji, aby zniwelować całkowicie tego rodzaju dolegliwości (zapisy zawarte w indywidualnej karcie pielęgnacji pacjenta – k. 29 – z nocy 30.11.2008/1.12.2008 r. zawierają stwierdzenie o ustąpieniu blokady). Depozycje oskarżyciela posiłkowego nie wskazują również na to, aby odczuwał on ciasność i ucisk gipsu, czy zaburzenia czucia w operowanej kończynie (aż do 4 grudnia 2008 roku, kiedy to takie sygnały spowodowały podjęcie przez oskarżonego decyzji o rozcięciu opatrunku i wdrożeniu dalszych kroków mających na celu opanowanie procesu martwiczego). Dotychczasowe rozważania prowadzą zatem do wniosku, że biegli z C. M. popadają w sprzeczność stwierdzając z jednej strony, że wnioski zawarte w swej opinii formułują wyłącznie na podstawie dokumentacji lekarskiej, z drugiej – kwestionują jej walor dowodowy i wiarygodność, zarzucając jej niekompletność, a wręcz fałszywość. Jednocześnie poważne zastrzeżenia budzi formułowanie przez opiniujących wniosków ex post,

poprzez dopasowanie do postawionego rozpoznania objawów, jakie musiałyby je poprzedzić, połączone z całkowitym ignorowaniem faktów wynikających z relacji oskarżonego i świadków, w tym samego pacjenta, które wystąpieniu takich objawów przeczą. Biegli całkowicie pomijają możliwość wystąpienia u pacjenta innego schorzenia, którego wynikiem mógłby być zaawansowany proces martwicy, a które mogłoby być np. spowodowane samym urazem, jakiego oskarżyciel doznał, nie zaś rodzajem zaopatrzenia zoperowanego złamania. Biegli kwestionowali min. zapisy w dokumentacji medycznej z pobytu oskarżyciela w (...) szpitalu wskazujące na zachowanie ukrwienia, ruchomości i czucia w zoperowanej kończynie, wskazując, że konieczność wycięcia u pacjenta zmienionych martwiczo znacznych partii mięśni prostownika palców i palucha u stopy świadczy o zaawansowanym procesie martwiczym i czyni wątpliwą rzetelność tych zapisów. Sąd zauważa jednak, że usuwanie obumarłej tkanki odbywało się u oskarżyciela posiłkowego systematycznie na przestrzeni kilku kolejnych dni, począwszy od 4 grudnia 2008 roku praktycznie do końca jego pobytu w oddziale (tj. do 10 grudnia 2008 roku). Początkowo (4 grudnia 2008 roku) wycięto część włókien mięśniowych na wysokości lewego podudzia. Wówczas chory miał jeszcze zachowane czynne zgięcie podeszwowe palców lewej stopy. Dopiero przy ponownej kontroli rany ujawniono zwiększenie strefy niedokrwiennej i zdecydowano o wycięciu włókna prostownika długiego palucha i palców. Procedura ta była kontynuowana w kolejnych dniach i zdaniem Sądu świadczy o dynamice procesu chorobowego, którego przebieg był trudny do ustalenia z góry. Biegli pomijając osobowe źródła dowodowe nie odnieśli się do sygnalizowanego przez świadków B. B., J. J. (1), R. Ł. i T. M. faktu wycięcia w opatrunku gipsowym szerokiego okienka, które umożliwiałoby bieżącą kontrolę rany pooperacyjnej pod kątem jej prawidłowego gojenia, sączenia treści surowiczej czy obrzęku, których to objawów aż do 4 grudnia 2008 roku nie odnotowano.

Sąd nie mógł zaakceptować stwierdzenia opiniujących, iż już samo zaopatrzenie zoperowanej kończyny w pełny opatrunek gipsowy naraziło oskarżyciela posiłkowego na bezpośrednie niebezpieczeństwo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, które zmaterializowało się w postaci martwicy mięśni. Opiniujący uznali za nieprawidłowe pozostawienie pacjenta z pełnym opatrunkiem gipsowym aż do 4 grudnia 2008 roku, gdyż „przy narastającym ciśnieniu śródtkankowym prowadziło to do zespołu przedziałowego oraz groziło martwicą i masywnym miejscowym zakażeniem”. Z oceną taką nie można się zgodzić w kontekście braku symptomów wskazujących na występowanie u oskarżyciela posiłkowego narastającego ciśnienia śródtkankowego, takich jak obrzęk kończyny wokół rany, zaburzenia jej ukrwienia, nieprawidłowe czucie lub ruchomość. Objawy takie nie zostały odnotowane w dokumentacji medycznej, a przeczą im cytowane już wyżej osobowe źródła dowodowe. W pierwotnie wydanej opinii C. M. stwierdzono, że decydując się na założenie gipsu bezpośrednio po operacji należy się liczyć z narastaniem obrzęku kończyny w pierwszych dniach po zabiegu, co w konsekwencji prowadzi do wzrostu ciśnienia śródtkankowego, które może spowodować wtórne uszkodzenie tkanek włącznie z martwicą. Opiniujący przyznali, że „zdarzają się sytuacje, gdy (dodatkowe unieruchomienie kończyny w opatrunku gipsowym) jest konieczne, np. kiedy podczas operacji nie uda się uzyskać pełnej stabilizacji odłamów kostnych i zachodzi obawa ich wtórnego przemieszczenia”. Odnosząc się do analizowanego przypadku stwierdzili, że nie znają powodów, dla których takie rozwiązanie zastosowano u oskarżyciela posiłkowego ani też nie wiedzą, jaki był to rodzaj gipsu. Zdaniem Sądu pomocne dla rozstrzygnięcia tych wątpliwości mogło być wzięcie pod rozwagę przez biegłych przy sporządzeniu opinii dowodów z wyjaśnień oskarżonego i świadków, czego potrzeba została im zasygnalizowana w treści postanowienia o zasięgnięciu opinii uzupełniającej, a czego biegli nie uczynili.

Odmienne ocenę w tym zakresie sformułowali specjaliści opiniujący w niniejszej sprawie z ramienia (...), którzy – jak wynika z treści opinii – uwzględnili pełny materiał dowodowy, a wnioski wywiedzione z jego analizy nie są tak kategoryczne i odbiegają od tych sformułowanych w opinii będącej podstawą aktu oskarżenia. Opiniujący w identyczny sposób określili wykładniki zespołu ciasnoty przedziałów, podkreślając, że wykluczone jest, aby mogło dojść do rozwinięcia się tego schorzenia w oderwaniu od bardzo silnych dolegliwości bólowych, których pacjent nie manifestował. Odnośnie doznania bólu zaś stwierdzili, że oskarżycielowi od momentu ustania znieczulenia po operacji nie były podawane leki, których działanie mogłoby zamazać obraz chorobowy zespołu ciasnoty przedziałów międzypowięziowych. Biegli stwierdzili, że stan chorego w tym przypadku nie był charakterystyczny dla klasycznie rozwijającego się zespołu ciasnoty przedziałów i wskazali, że stan ogólny pacjenta mógł sugerować infekcję ogólną, zatorowość płucną, odczyn alergiczny z opóźnioną reakcją czy nietypowo rozpoczynającą się infekcją powięziową, tzw.



martwicze zapalenie powięzi. Na takie rozpoznanie może zdaniem biegłych wskazywać wystąpienie u oskarżyciela przejściowej wysokiej gorączki, potliwości, rodzące podejrzenie stanu septycznego. W tym miejscu warto zauważyć, że w pierwotnie wydanej opinii C. M. również stwierdzono, że ustalenie szczegółowego powodu rozwinięcia się zespołu przedziałowego nie jest możliwe, a jego przyczyn biegli upatrywali bądź w narastaniu krwiaka, bądź to w znacznym zwiększeniu ciśnienia żylnego w zamkniętej przestrzeni opatrunku gipsowego (k. 199v.).

Odnośnie kwestii braku rozcięcia gipsu w związku z powtórnym przyjęciem oskarżyciela posiłkowego do szpitala w Ś. w dniu 2 grudnia 2008 roku opiniujący przyznali, że zaniechanie to mogło utrudnić postawienie pełnego rozpoznania, gdyż ocena skóry, czucia i ukrwienia byłaby pełniejsza w przypadku zastosowania łuski gipsowej. Tym niemniej obserwację rany przez wycięte okienko uznali za dopuszczalną i mieszczącą się w standardach postępowania medycznego. Biegli nie znaleźli w przedłożonym im materiale dowodowym bezwzględnych wskazań do natychmiastowego zdjęcia opatrunku gipsowego w dniu 2 grudnia 2008 roku. Ich zdaniem obserwacje odnotowane w dokumentacji medycznej nie wskazywały na wystąpienie u pacjenta objawów biernego ucisku spowodowanego przez gips. Ponieważ wnioski biegłych w tym zakresie korespondują z ustaleniami, jakie odnośnie przebiegu procesu chorobowego u oskarżyciela posiłkowego można poczynić w oparciu również o osobowe źródła dowodowe, zwłaszcza odnośnie braku wystąpienia u niego objawów jednoznacznie sugerujących rozwój zespołu ciasnoty przedziałów międzypowięziowych, Sąd uznał cytowaną opinię za miarodajną i wiarygodną.

Sąd nie podzielił także poglądu opiniujących z C. M., powtórnego w treści zarzutu sformułowanego w akcie oskarżenia, jakoby brak zastosowania przez oskarżonego w premedykacji okołoperacyjnej antybiotyku podanego dożylnie, a porzucenie na przemywaniu rany roztworem antybiotyku, stanowiło nieprawidłowość i narażało P. W. na bezpośrednie niebezpieczeństwo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w postaci zakażenia miejsca operowanego (aż do zapalenia kości włącznie). Sąd zwrócił uwagę, że podnosząc powyższy zarzut biegli nie wykazali, pomimo, że zostali do tego zobowiązani w postanowieniu dowodowym, z jakiego względu wywodzą w ten sposób i na jakich przesłankach opierają swój pogląd. Nie wiadomo również na podstawie tejże opinii, czy - i ewentualnie jaki w tym przypadku - zaniechanie profilaktyki antybiotykowej miało wpływ na ewentualne pogorszenie stanu zdrowia oskarżyciela posiłkowego. Niewątpliwie, Sąd może domniemywać, że ocena taką sformułowano uwzględniając badania dotyczące zakażeń szpitalnych, jakie stały się podstawą opracowania zasad antybiotykoterapii w dziedzinie ortopedii i traumatologii, które to zasady znalazły swój wyraz np. z opracowanych w 2004 roku (modyfikowanych w 2008 roku) zaleceń Krajowego Konsultanta w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządów ruchu, których tekst został Sądowi udostępniony przez aktualnego Konsultanta Krajowego w tej dziedzinie (vide k. 815-845). Z treści tego dokumentu wynika, że w operacjach nastawienia i zespolenia otwartych i zamkniętych złamań I i II stopnia zalecane jest zastosowanie profilaktyki antybiotykowej w postaci podania pacjentowi odpowiedniej dawki cefuroksymu, cefamandolu lub ceftriaxonu. Jak zaznaczył w piśmie skierowanym do Sądu Konsultant Krajowy, zasady te – choć mające charakter zaleceń – mogą być indywidualnie modyfikowane przez lekarzy. Okoliczność, że problem przeciwdziałania zakażeniom szpitalnym został dostrzeżony również w (...) szpitalu (...), gdzie P. W. był operowany przez oskarżonego, znajduje potwierdzenie w fakcie opracowania na przełomie 2009 i 2010 roku procedury stosowania okołoperacyjnej profilaktyki antybiotykowej. Z opracowanego dokumentu (k. 811-812) wynika, że w przypadku ran czystych (z jaką mamy do czynienia w niniejszej sprawie), a więc powstałych w warunkach sali operacyjnej, celem antybiotykoterapii jest zapobieganie przypadkowemu skażeniu ze strony tkanek sąsiednich. Zastrzeżenie to wydaje się dobrze odzwierciedlać skalę ewentualnych zagrożeń. Sąd zwraca uwagę, że kategoria operacji, jakiej został poddany w dniu 30 listopada 2008 roku P. W., nie została zakwalifikowana jako stanowiąca wskazanie do zastosowania profilaktyki antybiotykowej.

Oceniając zaniechanie oskarżonego w omawianym zakresie nie należy zdaniem Sądu tracić z pola widzenia celu, jakiemu miałyby służyć zastosowanie w premedykacji operacji, jakiej został poddany oskarżyciel posiłkowy profilaktycznego podania dawki antybiotyku. Nie ulega wątpliwości, że celem takim – jak już wyżej wskazano – miałyby być uniknięcie zakażenia okołoperacyjnego. Stan taki u oskarżyciela nie wystąpił. Posiewy uzyskane ze zrewidowanej rany pooperacyjnej okazały się jałowe, co oznaczało, że nie miało miejsce bakteryjne zakażenie i co z kolei prowadzi do wniosku, że proces martwiczy, jaki rozwinął się u pacjenta nie był wynikiem działania bakterii

patogennych. To samo badanie zostało wykonane w okresie pobytu oskarżyciela posiłkowego w (...) szpitalu oraz w szpitalu w T. i jego wynik był w obu przypadkach identyczny. Zdaniem Sądu brak jest zatem podstaw do podzielenia kategoriowej oceny opiniujących skoro nie doszło u oskarżyciela do zakażenia, a treść analizowanych dokumentów, obejmujących rekomendacje medyczne w zakresie profilaktyki antybiotykowej wskazuje, że w przypadku zabiegów z czystą raną, bez uszkodzenia skóry w związku z urazem ryzyko zakażenia rany wynosi poniżej 2%. Trudno zatem zgodzić się z poglądem o istnieniu bezpośredniego niebezpieczeństwa narażenia oskarżyciela w ten sposób na utratę życia lub doznanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Sformułowana przez biegłych ocena wydaje się nie przystawać do okoliczności niniejszej sprawy i stanowi wyraz podejścia stricte formalistycznego, choć i takie wydaje się nieuzasadnione w sytuacji, gdy zalecenie stosowania premedykacji antybiotykowej nie ma charakteru normatywnego.

Również i w omawianym zakresie za bardziej przekonującą uznał Sąd alternatywną opinię, wydaną przez specjalistów z Zakładu Medycyny Sądowej PUM. Wskazali oni, że stosowanie antybiotykowej profilaktyki okołoperacyjnej jest działaniem prewencyjnym, jednak o charakterze opcjonalnym. Zalecenie jej stosowania, wynikające z rekomendacji Konsultanta Krajowego, nie ma charakteru normatywnego. W opinii stwierdzono, że charakter urazu, jakiego doznał oskarżyciel posiłkowy, charakter zabiegu operacyjnego, jakiemu został poddany, a także jego młody wiek i ogólnie dobry stan zdrowia przed wypadkiem, nie były czynnikami zwiększającymi ryzyko infekcji okołoperacyjnej. Zdaniem opiniujących nie można zatem uznać, że odstępianie od premedykacji antybiotykowej było błędem decydującym o przebiegu leczenia i narażało oskarżyciela posiłkowego na bezpośrednie niebezpieczeństwo skutku, o jakim mowa w art. 160 § 1 kk.

Przechodząc do oceny prawnej zachowania oskarżonego w kontekście przedstawionego mu zarzutu Sąd zważył, że występki z art. 160 § 2 kk jest kwalifikowanym typem przestępstwa narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu osoby, wobec której sprawca ma szczególnie obowiązek opieki. Przestępstwo to może być popełnione zarówno przez działanie, jak i przez zaniechanie. Charakteryzuje się ono umyślnością i może być popełnione zarówno z zamiarem bezpośrednim, jak i z zamiarem wynikowym.

Oskarżyciel publiczny zarzucił oskarżonemu J. K. (1), że w okresie od 30 listopada 2008 roku do 10 grudnia 2008 roku w Ś., naraził P. W. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, w taki sposób, że będąc lekarzem kierującym oddziałem chirurgii urazowo-ortopedycznej Szpitala (...) przeprowadził u oskarżyciela posiłkowego pisany w zarzucie zabieg operacyjnego zespolenia poprzecznych, wieloodłamowych złamań kości piszczelowej i strzałkowej, przy czym zabieg ten nieprawidłowo przygotował odstępując od premedykacji antybiotykowej, a nadto przy ponownym przyjęciu pacjenta do szpitala w dniu 2 grudnia 2008 roku, przy pogarszającym się jego stanie zdrowia, wobec wzrastającej temperatury i narastającego ciśnienia śródtkankowego zaniechał natychmiastowego rozcięcia opatrunku gipsowego oraz rewizji rany i badania całego podudzia. Tego rodzaju zaniechanie miało doprowadzić oskarżyciela posiłkowego do rozwinięcia się u niego zespołu przedziałowego i martwicy tkanek, skutkujących ubytkiem masy mięśniowej i powięzi w obrębie podudzia oraz obrażeń ciała mających charakter ciężkiej choroby długotrwałej i trwałego zeszpecenia. Czyn zarzucany oskarżonemu został przez oskarżyciela publicznego zakwalifikowany kumulatywnie jako występki z art. 160 § 2 kk i art. 156 § 1 pkt. 2 kk.

Dla przyjęcia bądź też odrzucenia odpowiedzialności oskarżonego za czyn z art. 160 § 2 kk konieczne było wykazanie, że:

- 1) miał on świadomość, że ciąży na nim szczególnie obowiązek opieki nad P. W.;
- 2) swoją świadomością obejmował przynajmniej możliwość narażenia oskarżyciela posiłkowego na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu i chcąc tego albo przewidując taką możliwość godził się na takie skutki.

Zebrany w sprawie materiał dowodowy pozwolił na stwierdzenie, że oskarżony miał świadomość, że ciąży na nim szczególnie obowiązek opieki nad oskarżycielem posiłkowym, który w dacie zarzucanego oskarżonemu czynu wynikał bezpośrednio z przepisu art. 30 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodzie lekarza (Dz. U. Nr 28 z 1997 roku, poz. 152 ze zm.). Cytowany przepis stanowi, że lekarza ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku,

gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach nie cierpiących zwłoki. Z kolei zgodnie z art. 4 cytowanej ustawy lekarz ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami oraz środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Źródłem szczególnego obowiązku opieki oskarżonego wobec tego pacjenta były, oprócz powyższej ustawy, postanowienia wynikające z pisemnego zakresu jego obowiązków pracowniczych.

Natomiast co do istnienia po stronie oskarżonego zamiaru (bezpośredniego czy wynikowego) narażenia oskarżyciela posiłkowego na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu Sąd powziął wątpliwości. W sprawie nie zgromadzono żadnych dowodów pozwalających na poczynienie ustaleń tego rodzaju, zaś domniemywanie zamiaru oskarżonego byłoby niedopuszczalne. Należało w tej sytuacji rozważyć możliwość ewentualnego przypisania oskarżonemu nieumyślnej formy popełnienia zarzucanego mu czynu.

Przestępstwo z art. 160 § 3 kk charakteryzuje się nieumyślnością w znaczeniu wskazanym w art. 9 § 2 kk, co oznacza, że sprawca nie ma zamiaru narażenia człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, naraża go jednak na nie w wyniku niezachowania wymaganej w danych okolicznościach ostrożności, w sytuacji, w której takie narażenie przewidywał lub obiektywnie biorąc mógł przewidzieć. Na pojęcie wymaganej ostrożności składają się dwa elementy: obiektywna przewidywalność możliwości narażenia na niebezpieczeństwo lub uszkodzenia dobra prawnego oraz obiektywna sprzeczność zachowania z regułami postępowania wobec tego dobra. Sąd na rozprawie dokonał uprzedzenia stron o możliwości zmiany kwalifikacji prawnej czynów w tym kierunku, odbierając jednocześnie od oskarżyciela posiłkowego oświadczenie w zakresie wniosku o ściganie tego przestępstwa.

Rozpatrując kwestię odpowiedzialności oskarżonego Sąd zważył, że przestępstwa z art. 160 kk mają charakter skutkowy, zatem dokonując ustaleń w zakresie odpowiedzialności oskarżonego za przestępstwo z art. 160 § 2 i 3 kk nie można pominąć również kontekstu normatywnego sprawstwa przestępstwa skutkowego popełnionego przez zaniechanie. W świetle treści art. 2 kk odpowiedzialności karnej za takie przestępstwo podlega tylko ten, na kim ciążył prawny szczególny obowiązek zapobiegnięcia skutkowi. Warunkiem odpowiedzialności jest zatem nie tylko powiązanie przyczynowe między zachowaniem a skutkiem, dla stwierdzenia którego decydujące znaczenie ma ustalenie, że zachowanie sprawcy było warunkiem sine qua non zaistnienia skutku, ale również określony w przepisie związek normatywny łączący zaniechanie ze skutkiem. Uregulowanie takie ogranicza krąg osób odpowiadających za przestępstwo skutkowe popełnione przez zaniechanie tylko do tych, którym przepis prawa nadaje status gwaranta, tj. nakłada na nich szczególny obowiązek zapobiegnięcia skutkowi, czyli podjęcia zachowania, które odwraca niebezpieczeństwo dla dobra prawnego. W judykaturze prawa karnego przyjmuje się, że w przypadku, gdy przestępcze zachowanie ma polegać na nieumyślnym zaniechaniu ciążącego na sprawcy obowiązku zapobiegnięcia skutkowi, warunkiem pociągnięcia go do odpowiedzialności karnej za przestępstwo z art. 160 § 2 i 3 kk jest obiektywne przypisanie mu takiego skutku. Warunek ten będzie spełniony wyłącznie wtedy, gdy zostanie dowiedzione, że pożądane zachowanie alternatywne, polegające na wykonaniu przez oskarżonego ciążącego na nim obowiązku zapobiegłoby realnemu i znaczącemu wzrostowi stopnia narażenia na wystąpienie skutku z art. 160 § 1 kk (tak: postanowienie Sądu Najwyższego z 3 czerwca 2004 roku, V KK 37/04, OSNKW 2004/7-8/73). Pogląd ten Sąd orzekający w niniejszej sprawie całkowicie podziela. W okolicznościach niniejszej sprawy należało zatem ustalić w pierwszym rzędzie, czy zakres diagnostyki oskarżyciela posiłkowego oraz zakres działań podjętych przez oskarżonego w celu wdrożenia prawidłowego leczenia były właściwe i uzasadnione w danym przypadku, a w razie stwierdzenia jakichkolwiek błędów i uchybień, wskazanych w zarzucie aktu oskarżenia, niezbędne było ustalenie istnienia związku przyczynowego pomiędzy zaniechaniem prawidłowego działania ze strony oskarżonego w ramach ciążących na nim obowiązków, a zaistnieniem skutku w postaci narażenia oskarżyciela posiłkowego na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

Ocenę prawidłowości zakresu diagnostyki i działań terapeutycznych podjętych przez oskarżonego Sąd przeprowadził już powyżej, wskazując dowody, na których się oparł oraz względy, dla których odmówił wiary opinii dopuszczonej jako dowód na etapie śledztwa. Przenosząc powyższe rozważania na grunt oceny prawnej Sąd stwierdził, że w zachowaniu

oskarżonego nie można jednoznacznie dopatrzeć się błędów bądź zaniechań, które mogłyby skutkować narażeniem P. W. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Raz jeszcze Sąd podkreśla, że materiał dowodowy zgromadzony w niniejszej sprawie dał podstawę do przyjęcia, że zastosowane przez oskarżonego metody leczenia oskarżyciela zarówno w związku z przeprowadzeniem operacji zespolenia złamanych kości, jak też w zakresie zaopatrzenia pacjenta dodatkowo w opatrunek gipsowy, nie mogą być jednoznacznie ocenione jako nieprawidłowe. Podobnie Sąd ocenił działania podjęte przez oskarżonego w okresie od 2 do 4 grudnia 2008 roku, związane z diagnozowaniem stanu zdrowia pacjenta, a w szczególności z brakiem stwierdzenia jednoznacznych objawów wskazujących na rozwijający się zespół ciasnoty przedziałów międzypowięziowych. Należy w tym miejscu wskazać, że działania podjęte przez oskarżonego w dniu 4 grudnia 2008 roku i kolejnych w związku z rozpoznaniem u oskarżyciela posiłkowego martwicy mięśni nawet w opinii C. M. nie budził zastrzeżeń. Niezrozumiałe w tym kontekście jest objęcie zarzutem również okresu pomiędzy tą datą a 10 grudnia 2008 roku. Sąd zważył, że zespoły obu instytutów opiniujących w niniejszej sprawie nie wykazały w zakresie oceny postępowania oskarżonego jedności, a stanowisko jednego z nich opierało się na niepełnym materiale dowodowym, ignorując ustalenia możliwe do poczynienia na podstawie osobowych źródeł dowodowych, wskazujących na brak występowania u oskarżyciela posiłkowego klasycznych wyznaczników zespołu ciasnoty przedziałów. W tych okolicznościach kategoryczna teza, że postępowanie oskarżonego podjęte w związku z leczeniem P. W. było nieprawidłowe, budziła poważne wątpliwości. Sąd w kontekście przeprowadzonych dowodów nie zdołał również potwierdzić poglądu o istnieniu bezpośredniego związku przyczynowego pomiędzy ewentualnym zaniechaniem ze strony oskarżonego a wywołaniem stanu zagrożenia życia lub wystąpienia ciężkiego uszczerbku na zdrowiu u oskarżyciela posiłkowego. Okoliczności tej oskarżyciel nie zdołał jednoznacznie wykazać, gdyż podstawą sformułowania zarzutu wobec oskarżonego była opinia instytutu, której niepełność i niespójność z pozostałym materiałem dowodowym Sąd wyżej wykazał. Reasumując wcześniejszy wywód raz jeszcze Sąd podkreśla, że w zgromadzonym materiale dowodowym brak jest przesłanek do przyjęcia, że oskarżony błędnie zinterpretował objawy manifestowane przez oskarżyciela posiłkowego w związku z powtórny jego przyjęciem do szpitala. Wątpliwości, jakie nasuwają się w tym zakresie nie można usunąć formułując – jak stało się to w opinii zespołu (...) – wnioski *ex post*, bez wglądu w dane, jakimi oskarżony dysponował w okresie od 2 do 4 grudnia 2008 roku na podstawie obserwacji stanu pacjenta, a które nie wskazywały na rozwijający się zespół ciasnoty przedziałów międzypowięziowych oraz proces martwicy.

Powyższa ocena prowadziła do stwierdzenia, że w zachowaniu oskarżonego brak jest cech wskazujących na realizację przez niego nie tylko znamion zarzucanego mu występku (z uwagi na brak w zakresie strony podmiotowej cech winy umyślnej), jak i również znamion przestępstwa z art. 160 § 3 kk, popełnionego z winy nieumyślnej. Okoliczności tego rodzaju musiały skutkować wydaniem rozstrzygnięcia uniewinniającego oskarżonego.

Zawarte w pkt. II wyroku orzeczenie o kosztach procesu stanowi konsekwencję rozstrzygnięcia uniewinniającego oskarżonego.