

Sygn. akt V ACa 254/19

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 10 września 2020 r.

Sąd Apelacyjny w Warszawie V Wydział Cywilny w składzie następującym:

Przewodniczący: Sędzia SA Ewa Kaniok (spr.)

Sędziowie: SA Bogdan Świerczakowski

SO (del.) Elżbieta Wiatrzyk-Wojciechowska

Protokolant: Małgorzata Szmit

po rozpoznaniu w dniu 10 września 2020 r. w Warszawie

na rozprawie

sprawy z powództwa O. G.

przeciwko Szpitalowi (...) Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej w W.

z udziałem interwenienta ubocznego po stronie pozwanej - (...) spółki akcyjnej z siedzibą w W.

o zapłatę

na skutek apelacji powódki

od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie

z dnia 20 grudnia 2016 r., sygn. akt II C 121/07

I. **oddala apelację;**

II. **nie obciąża powódki kosztami postępowania apelacyjnego;**

III. **przejmuje na rachunek Skarbu Państwa nieuiszczoną opłatę od apelacji;**

Elżbieta Wiatrzyk-Wojciechowska Ewa Kaniok Bogdan Świerczakowski

Sygn. akt V ACa 254/19

UZASADNIENIE

Pozwem wniesionym w dniu 28 kwietnia 2003 r. O. G. wniosła o zasądzenie od Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala (...):

1. kwoty 44 225,94 zł tytułem odszkodowania wraz z ustawowymi odsetkami od daty wydania orzeczenia;
2. kwoty 200 000 zł tytułem zadośćuczynienia wraz z ustawowymi odsetkami od daty wydania orzeczenia;
3. kwoty 4 575,50 zł miesięcznie, począwszy od maja 2003 r. tytułem renty;

4. ustalenie, że Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital (...) będzie odpowiedzialny w przyszłości za dalsze szkody, które mogą wynikać u powódki w związku z popełnionymi przez pozwanego szpital błędami diagnostycznymi i terapeutycznymi;
5. zasądzenie od pozwanego kosztów postępowania.

Na rozprawie w dniu 9 września 2003 r. pozwany wniosł o oddalenie powództwa.

Na rozprawie w dniu 12 maja 2005 r. powódka zmodyfikowała powództwo w ten sposób, że wniosła o zasądzenie odsetek ustawowych od zadośćuczynienia i odszkodowania od daty wniesienia pozwu do dnia zapłaty.

W piśmie procesowym z dnia 14 grudnia 2007 r. powódka rozszerzyła powództwo o zadośćuczynienie w ten sposób, że wniosła o zasądzenie od pozwanego na swoją rzecz kwoty 700 000 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty.

W piśmie procesowym z dnia 17 stycznia 2008 r. i 4 lipca 2008 r. pozwany wniosł o przypozwanie ubezpieczyciela tj. (...) S.A. z siedzibą w W..

W piśmie z dnia 7 października 2008 r. (...) S.A. z siedzibą w W. zgłosił interwencję uboczną po stronie pozwanej i wniosł o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie od powódki kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Wyrokiem z dnia 20 grudnia 2016 r. Sąd Okręgowy w Warszawie w punkcie pierwszym oddalił powództwo; w punkcie drugim nie obciążył powódki kosztami procesu; w punkcie trzecim nieuiszczone koszty sądowe przejął na rachunek Skarbu Państwa.

Z ustaleń faktycznych jakie legły u podstaw tego rozstrzygnięcia wynika, że ciąża, której efektem było urodzenie O. G., była czwartą ciążą B. D.. W chwili porodu miała ona 39 lat, urodziła drogami natury dwoje dzieci, w 1980 i 1982 r. W 1984 r. przeżyła poronienie. W 1998 r. przeżyła zabieg subtotalnej strumektomii z powodu wola guzowatego obojętnego. W 1997 r. przeżyła zabieg usunięcia niezłośliwego guzka prawej piersi. B. D. w trakcie ciąży, w wyniku której urodziła się powódka O. G., odbyła pięć wizyt u prowadzącego ciążę dr M. C..

W grudniu 1999 r., w 22 tygodniu ciąży stwierdzono podwyższone ciśnienie tętnicze RR150/195 zlecono Dopegyt 2x1/2 tabl. W trakcie kolejnych wizyt ciśnienie tętnicze było prawidłowe. W dniu 7 stycznia 2001 r. wykonano drugie badanie ultrasonograficzne - wielkość płodu oceniono na 26 – 27 tygodni. W lutym, zgodnie z zaleceniem endokrynologa, zwiększono dawkę L-tyroksyny do 175 ug/dobę. Trzecie badanie ultrasonograficzne wykonane zostało 17 marca 2000 r., wielkość płodu oceniono na 36 tydzień. Ostatnia wizyta w gabinecie datowana jest na 20 marca 2000 r.

Do Izby Przyjęć Szpitala (...) zgłosiła się po raz pierwszy 14 kwietnia 2000 roku. Wykonano wtedy badanie KTG i badanie moczu nie stwierdzając odchyłań od normy. Zalecono powtórny wizytę na 21 kwietnia 2000 r. W tym dniu (8 dniu po terminie porodu wg reguły Naegelego, jeden dzień po terminie wyznaczonym na podstawie pierwszego badania ultrasonograficznego) B. D. zgłosiła się do Izby Przyjęć.

Wykonano badanie kardiolograficzne – zapis prawidłowy. Na żądanie pacjentki wykonano odpłatnie badanie ultrasonograficzne – obraz ciąży donoszonej, nieco zmniejszona objętość płynu owodniowego, dojrzałość łożyska I stopień, profil biofizyczny 7 pkt. Z notatki lekarza J. R. wynika, iż decyzją ordynatora B. D. miała zgłosić się w niedzielę 23 kwietnia 2000 r.

W dniu 23 kwietnia 2000 r. (była wtedy Wielkanoc) B. D. ponownie zgłosiła się na Izbę Przyjęć pozwanego Szpitala, gdzie wykonano badanie KTG, którego wynik był prawidłowy oraz zaproponowano pozostanie na Oddziale Patologii Ciąży celem obserwacji, na co matka powódki nie wyraziła zgody.

Do pozwanego szpitala (...) została przyjęta 25 kwietnia 2000 r. o godzinie 14.45. W chwili przyjęcia stwierdzono dno macicy pod łukami żebrowymi, płyn owodniowy zachowany, ruchy (+), napięcie macicy prawidłowe, FHR 140-150/min. Część pochwowa długości 1 cm, ujście wewnętrzne zamknięte.

W dokumentacji znajdują się dwa zapisy kardiokardiograficzne, pierwszy wykonany 25 kwietnia 2000 roku o godzinie 15:30 rozpoczyna się od zapisu typowego dla zespołu żyły głównej dolnej, następnie prawie 40 minutowy zapis reaktywny (prawidłowy). Na zapisie tym znajduje się adnotacja „na boku· co świadczy o tym, że w trakcie badania zmieniano pozycję ciężarnej. Drugi zapis – bez adnotacji, kiedy został wykonany - to ponad półgodzinny prawidłowy kardiogram.

W dniu 26 kwietnia 2000 r. pacjentka została zbadana przez dr M. C., zlecono wykonanie profilu biofizycznego, który oceniono na 6 punktów. Stwierdzono brak płynu owodniowego, ponadto obecność zbiornika płynu po stronie prawej w łączności z macicą (torbiel jajnika, płyn pomiędzy zrostami). Następnego dnia zrobiono test oksytocynowy. W trakcie wykonywania testu, o godzinie 10:30 odpłynął czysty płyn owodniowy – badanie dr S.. W opisie porodu, dokonywanym po urodzeniu dziecka znajduje się informacja o tym, że płyn owodniowy był zielony, zaś w karcie rozwoju noworodka, również wypełnianej po porodzie – zielony, cuchnący. Kolejne wpisy w historii choroby to rutynowe zapisy prawidłowego przebiegu porodu. O godzinie 17:00 B. D. urodziła córkę żywą donoszoną, o masie urodzeniowej 3820 g, długości 56 cm, w stanie ogólnym dobrym, na 9 – 10 punktów Apgar. Trzeci okres porodu, tak jak i okres połogu – niepowikłany.

Po urodzeniu dziecko płakało stękająco, co może oznaczać adaptacyjne zaburzenia oddychania lub zakażenia. Ponadto miało nieznacznie powiększoną wątrobę, dlatego pobrano od małej material do badań.

Pierwsze niepokojące objawy u małej O. G. stwierdzono 27 kwietnia 2000 r. o godzinie 19:00. Badaniem fizykalnym – płuca i serce osłuchowo bz, skóra różowa. Zlecono posiew krwi, Augmentin, wlew glukozy 10% + Calcium w celu wyrównania hipoglikemii (27 mg%), po 1 h wlewu – 41 mg% o godz. 24.00 – 79 mg%, w godzinę po skończeniu wlewu – 39 mg%. Gazometria o godz. 21.20 – pH - 7,34, pCO₂ – 35,4, pO₂ – 43,7 mmHg. CRP w normie. O 23:00 zwiększono podaż tlenu do ciepłarki do 5 l/ min.

Następnego dnia 28 kwietnia 2000 r. w godzinach porannych stwierdzono stan ogólny dziecka dość dobry. Drżenia mięśniowe. Liczba oddechów - 68/min. Napięcie mięśniowe prawidłowe. Nad płucami osłabiony szmer pęcherzykowy, liczne trzeszczenia, czynność serca miarowa -120/min, tony czyste. Saturacja 96% - podawano tlen do ciepłarki. Brzuch miękki. Gazometria z godziny 7:52 – pH - 7,38 34 pCO₂ – 35,4, pO₂ 38,8 mmHg, glikemia – 28 mg%, wapń 9.6 mg%, CRP w normie.

W wykonanym badaniu RTG klatki piersiowej – zlewające się zagęszczenia miąższowe po stronie prawej o cechach zmian zapalnych w dolnym i środkowym polu płuca prawego i w okolicy wnęki prawej. Zlecono Luminal. Liczba oddechów 68/min, czynność serca miarowa, 112/min, tony czyste. Dodatkowo podano Netromycynę i Sandoglobulinę.

O godz. 16.00 noworodek był niewydolny oddechowo (bezdechy, zmiany osłuchowe w płucach, sinica) w związku z czym dziecko przeniesiono do OIOM w D..

W D., O. G. była leczona z powodu zapalenia płuc i krwawienia do ośrodkowego układu nerwowego. Po wykonaniu nakłucia lędźwiowego rozpoznano zapalenie opon mózgowych. Po dwutygodniowym leczeniu przeciwwzapalnym uzyskano normalizację zmian w płynie mózgowo - rdzeniowym.

Dziecko zostało wypisane z oddziału w dniu 2.06.2000 r. z rozpoznaniem: infekcja wewnątrzmaciczna. Wrodzone zapalenie płuc. Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. Wylew śródczaszkowy do - i okołokomorowy. Encefalopatia niedotlenieniowo-niedokrwienna. Obwód głowy 36 cm.

Po dwutygodniowym pobycie w domu, podczas którego nie obserwowano żadnych niepokojących objawów, w wieku 7 tygodni, małaletnia ponownie została przyjęta do oddziału w dniu 13.06.2000 r. w stanie dobrym, obwód głowy 36 cm, neurologicznie bez zmian ogniskowych, w CT i USG głowy bez progresji zmian. Obraz podobny jak poprzednio, nie stwierdza się ropni, układ komorowy miernie poszerzony, ewolucja zmian w kierunku malacji jedynie w okolicy potylicznej. Konsultacja psychologiczna – rozwój bez istotnych odchyień, brak wyraźnego odruchu na bodźce akustyczne. Dziecko zostało wypisane do domu w dniu 16.06.2000 r.

W wieku 4 miesięcy powódka po raz kolejny była hospitalizowana w D. w okresie od 21.08 do 1.09.2000 r. z rozpoznaniem: małogłowie (obwód głowy 38 cm). Obserwacja w kierunku mózgowego porażenia dziecięcego, obustronny niedowład połowiczny.

W dniach od 27.11 do 15.12.2000 r. dziecko było hospitalizowane w D.. Pojawiły się mioklonie i zaburzenia świadomości. Rozpoznano padaczkę i znacznego stopnia opóźnienie rozwoju psychomotorycznego. W badaniu USG głowy wykonanym przy małym ciemieniu umiarkowane wodogłowie dwukomorowe. Zapis elektroencefalograficzny (EEG) nieprawidłowy ze zmianami uogólnionymi, fala ostra – fala wolna (wariant nietypowej hypsarytmii).

W badaniu tomograficznym – CT wykazano rozległe zmiany malacyjne. W styczniu 2001 rozpoznano objawową padaczkę z napadami pierwotnie uogólnionymi, małogłowie, mózgowie porażenie dziecięce (obustronne porażenie połowiczne) oraz opóźnienie rozwoju psychoruchowego.

W okresie od 2 do 5 kwietnia 2001 r. małaletnia powódka ponownie przebywała w szpitalu w D. z rozpoznaniem: padaczka objawowa z napadami pierwotnie uogólnionymi, małogłowie, mózgowie porażenie dziecięce, opóźnienie rozwoju psychomotorycznego.

W dniu 17 kwietnia 2002 r. dziecko było leczone operacyjnie, ze względu na małogłowie wywołane kraniostenozą, wykonano wielopłatową kraniotomię rekonstrukcyjną sklepienia i podstawy czaszki.

W 36 tygodniu ciąży wymiar główki płodu był prawidłowy. Jest mało prawdopodobne aby małowodzie występujące w ostatnich tygodniach ciąży skutkowało małogłowiem płodu/novorodka, natomiast bardziej prawdopodobne wydaje się iż małogłowie stwierdzone u dziecka było następstwem przebytego zapalenia opon mózgowo – rdzeniowych.

Pomimo niewłaściwego kalendarza badań USG i lakonicznych opisów tych badań udowodniono, że przebieg wzrostu główki płodu był prawidłowy, a zatem O. G. ma nabyte małogłowie na skutek encefalopatii.

Pierwsze rozpoznanie niedowidzenia u małaletniej O. G. postawiono w styczniu 2002 roku. W dniu 6 czerwca 2002 r. rozpoznano ślepotę korową, uszkodzenie dróg wzrokowo-mózgowych, częściowe zaniki nerwów wzrokowych.

Orzeczeniem (...) ds. Orzekania o Stopniu Niepełnosprawności z dnia 7 lutego 2003 r. O. G. została zaliczona do osób niepełnosprawnych od urodzenia do dnia 27 kwietnia 2016 r. (kopia orzeczenia k. 82).

Obecna sytuacja zdrowotna O. G. jest konsekwencją niewydolności oddechowej wtórnej albo zespołu MAS i infekcji albo, co jest mniej prawdopodobne, samego zapalenia płuc. Niedotlenienie poporodowe stało się najprawdopodobniej przyczyną wylewów do mózgu. Niedotlenienie przedporodowe czy śródporodowe jest mniej prawdopodobne, bo nie było cech wskazujących na niedotlenienie ani w badaniach kardiograficznych ani ultrasonograficznych. Następstwem głębokich zaburzeń funkcjonowania ośrodkowego układu nerwowego są: mózgowie porażenie dziecięce z głębokim upośledzeniem umysłowym i niedowładem spastycznym czterokończynowym, padaczka lekooporna, ślepotę oraz liczne malformacje budowy ciała. Powódka jest leżąca, nie zmienia samodzielnie pozycji, nie spełnia poleceń. Reaguje na dźwięk i dotyk. Ze względu na narastające skrzywienie kręgosłupa piersiowo-lędźwiowego (powyżej 90%) zaniechano pionizacji biernej. Powódka jest całkowicie zależna od osób opiekujących się. Ostatnio nasilają się u powódki częste infekcje dróg oddechowych ze względu na nasilające się skrzywienie kręgosłupa piersiowo-lędźwiowego. Przyjmuje na stałe leki gastrologiczne, uspokajające oraz przeciwpadaczkowe. O. G. powinna korzystać ze sprzętu rehabilitacyjnego takiego jak: inhalator, łóżko rehabilitacyjne, wózek inwalidzki specjalny,

sznurówka-gorset miękki. O. G. ma przyznane 30 godzin rehabilitacji darmowej z NFZ. Pozostałe dwa turnusy rehabilitacyjne wyjazdowe rocznie to: turnus w M., do którego dopłata wynosi 3500 zł, C., do którego dopłata wynosi 1500 zł. pozostałą rehabilitację wykonuje matka w domu oraz raz w tygodniu terapeuta prywatnie za 100 zł (400 zł miesięcznie).

Z ustaleń Sądu wynika, iż personel pozwanego szpitala nie dopuścił się żadnych zaniedbań ze strony opieki położniczej. Nie istniały wskazania do wcześniejszej hospitalizacji, do wykonywania kolejnego badania ultrasonograficznego, do wcześniejszej indukcji porodu, ani do wykonania cięcia cesarskiego.

Ciąża B. D. nie była ciążą przenoszoną. Termin porodu winien być wyliczony na co najmniej 16 kwietnia 2000 r. (korekta według długości cyklu), a w rzeczywistości na 20 kwietnia 2000 (korekta na podstawie ultrasonograficznego wieku ciążowego w pierwszym trymestrze ciąży).

Terminarz badań USG wykonywanych u matki powódki, w analizowanej sytuacji nie miał znaczenia, gdyż tylko dla diagnostyki Zespołu Downa, ma znaczenie wykonanie badania USG między 10 a 13 tygodniem ciąży, ale z tym przypadkiem nie mamy w niniejszej sprawie do czynienia. Opis ostatniego badania USG z 17 marca 2000 r., choć jest nieprawidłowy z uwagi na swoją lakoniczność, to jest to dla niniejszej sprawy bez znaczenia, bowiem dokonanie opisu zgodnie ze standardem nie wpłynęłoby na postępowanie lecznicze. Gdyby w niniejszym przypadku było zakażenie wewnątrzmaciczne matka powódki miałyby objawy kliniczne zakażenia i nie zostałyby tym samym wypisana ze szpitala w trzecim dniu.

Nie udowodniono bezpośredniego związku zmian w mózgu noworodka z przebiegiem porodu, dlatego wydaje się mało prawdopodobne, aby pogorszenie stanu ogólnego dziecka w 2-jej dobie po urodzeniu wynikało wyłącznie z patologii ośrodkowego układu nerwowego. Pośrednim dowodem wydaje się fakt odroczenia specjalistycznych badań mózgu noworodka aż do 8-jej doby życia. Bezdech i sinica mogły wynikać z ogólnego ciężkiego stanu noworodka i niewydolności oddechowo-kръżeniowej.

Nie należy mówić o niedotlenieniu przed- i śródporodowym płodu „c” p. B. D.. Świadczą o tym dane obiektywne (wyniki badań dziecka) i oceny personelu medycznego (stan urodzeniowy i pourodzeniowy noworodka).

Pojęcie zakażenia wewnątrzmacicznego jest bardzo szerokie, obejmuje infekcje bakteryjne, wirusowe, pierwotniakowe, itp. Obraz kliniczny jest często bardzo trudny do wykrycia, nawet jeśli wiadomo o istniejącej infekcji. Z praktycznego punktu widzenia, przypuszczalne rozpoznanie stawia się na podstawie: ciepłoty ciała (>38C), ropnej wydzieliny z pochwy, obecności bakterii w wymazach z pochwy (badania tego nie wykonano u p. B. D.) i/lub płynu owodniowego (badanie wykonywane bardzo rzadko ze względu na inwazyjność). Dodatkowe cechy kliniczne to: tachykardia u matki i płodu, leukocytoza u matki, podwyższone CRP u matki. Sama obecność zakażenia błon płodowych nie dowodzi infekcji płodu. U pacjentek z zapaleniem błon płodowych preferuje się rozwiązanie drogami naturalnymi.

Śródporodowy zapis KTG O. G. zawiera elementy zapisu nieprawidłowego (oscylacja zawężona, deceleracje wczesne i zmienne). Nie miało to jednak wpływu na dziecko, którego stan urodzeniowy był bardzo dobry (ocena w skali Apgar 9 i 10 punktów).

Zapisy kardiograficzne wykonane w trakcie porodu nie mają cech, które wskazywałyby na zakażenie wewnątrzmaciczne u rodzącej. Zachorowanie powódki nie było związane z jakością opieki medycznej sprawowanej nad jej matką w okresie okołoporodowym. Wydaje się, że jeżeli rzeczywiście cechy płynu owodniowego wskazywały na infekcję wewnątrzmaciczną, to przyspieszenie porodu poprzez wykonanie operacji niewiele zmniejszyłoby ryzyko zakażenia płodu. Infekcji wewnątrzmacicznej przeczą jednak wszystkie inne zgromadzone w sprawie dowody. Nie było żadnych czynników, które obiektywnie można by było stwierdzić w przebiegu porodu i wskazać na rozpoczynające się zakażenie wewnątrzmaciczne. Personel szpitala nie mógł w żaden sposób zapobiec zakażeniu, ponieważ głównym źródłem zakażenia jest flora bakteryjna cięźarnej.

W trakcie porodu doszło do aspiracji smółki, w wyniku której rozwinęło się zapalenie płuc (brak danych, że było to zapalenie pierwotnie infekcyjne), a następnie rozwinęła się ostra niewydolność oddechowa prowadząca do zmian niedotlenieniowo – niedokrwiennych i krwotoku do i okołokomorowego.

Wtórne zmiany zapalne w układzie oddechowym na drodze krwiopochodnej doprowadziły do ropnego zapalenia opon mózgowo – rdzeniowych będącego kolejnym czynnikiem uszkodzającym oś. Uszkodzenia mózgu w wyniku zadziałania czynników niedotlenieniowo – niedokrwiennych, krwawienia i zakażenia były podłożem powstania ciężkiej postaci mózgowego porażenia dziecięcego.

Nie można precyzyjnie określić momentu, w którym doszło do kolonizacji powódki przez bakterię E.coli, jednak ze względu na jej powszechne bytowanie w drogach rodnych i na kroczu, można domniemać, że doszło do tego w trakcie porodu. Śródporodowo, u rodzącej, nie było objawów zapalenia wewnątrzmacicznego, również w okresie połogu nie wystąpiły żadne objawy zakażenia narządów płciowych, nie gorączkowała, nie stosowano u niej antybiotykoterapii i została szybko wypisana ze szpitala. Gdyby zaś B. D. miała rozwinięte zakażenie wewnątrzmaciczne w okresie porodu, jej stan z pewnością byłby gorszy i wymagałby leczenia.

Jeżeli na chorobę infekcyjną choruje kobieta w ciąży, to jest duże prawdopodobieństwo infekcji płodu, jednak podając antybiotyki matce, leczone jest także dziecko wewnątrzmacicznie.

Jest mało prawdopodobne, aby droga porodu miała wpływ na stan zdrowia dziecka. Bakterie obecne w płynie owodniowym mogły wnikać do płodu drogą aspiracji płynu, wywołując zapalenie płuc, a później proces uogólnił się, powodując nagłe pogorszenie stanu ogólnego dziecka, zaburzenia oddychania, objawy neurologiczne i dalsze objawy wstrząsu septycznego. Śmiertelność w tak ciężkiej, piorunującej sepsie jest bardzo duża, a powódka przeżyła tylko dzięki kompetentnej i troskliwej opiece lekarsko – pielęgniarzkiej. Na drodze krwiopochodnej doszło do ropnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, a w konsekwencji do trwałych następstw w postaci uszkodzenia centralnego układu nerwowego.

Zastosowanie oksytocyny u B. D. było indukcją porodu podjętą z powodu istniejących wskazań. Cel indukcji został osiągnięty, urodzono noworodka w stanie dobrym po kilku godzinach wlewu kroplowego z oksytocyną.

Zmiany malacyjne to skutek krwawienia do OUN, niedokrwienia, niedotlenienia tkanki mózgowej i tworzenia się obszarów malacyjnych – uszkodzonej tkanki mózgowej, a następnie rozpadu komórek tkanki mózgowej i powstanie jam malacyjnych. Należy przyjąć, że do powstania zmian malacyjnych doszło po urodzeniu O. G..

Przyczyną powstania małopłowia była kraniostenozą, czyli przedwczesne zarośnięcie szwów czaszkowych, które ujawniło się po okresie niemowlęcym. Kraniostenozą jest zaburzeniem rozwojowym. a przebyte zapalenie opon mózgowo - rdzeniowych nie miało żadnego wpływu na jej powstanie. W powstaniu małopłowia można jeszcze rozważyć mechanizm uszkodzenia mózgu w wyniku zadziałania w/w niekorzystnych czynników, co spowodowało zahamowanie zwiększania masy mózgu.

Postępowanie lekarza neonatologa bezpośrednio po porodzie dziecka z podejrzeniem infekcji wewnątrzmacicznej, było zgodne z obowiązującymi procedurami.

Postępowanie położnicze i przebieg porodu był zgodny z kanonami postępowania położniczego. Z informacji o przebiegu porodu wynika, że odejście wód płodowych nastąpiło kilka godzin przed porodem, co nie obligowało do przeprowadzenia jakichkolwiek badań wykluczających u pacjentki występowanie uogólnionego stanu zapalnego – polegających na badaniu CRP, leukocytozy z rozmazem, na podstawie których ewentualnie można by było profilaktycznie włączyć u rodzącej antybiotykoterapię w trakcie akcji porodowej.

Jeżeli matka powódki była pod stałą opieką lekarza endokrynologa i otrzymywała prawidłową dawkę substytucji, utrzymującą ją w eutyrozie, to usunięcie tarczycy nie miało żadnego wpływu na stan zdrowia i rozwój płodu.

Powyższy stan faktyczny Sąd Okręgowy ustalił na podstawie dowodów, w tym kopii dokumentacji medycznej, zaświadczeń i dokumentacji ubezpieczeniowej oraz opiniach biegłych. W swoich ustaleniach Sąd oparł się częściowo na zeznaniach świadków: M. C., J. S., M. P. (1), G. O., K. K., E. M. i M. E..

Biegły z zakresu ginekologii i położnictwa R. D. zarówno w opinii głównej jak i w opinii uzupełniającej stwierdził, że personel pozwanego szpitala nie dopuścił się żadnych zaniedbań ze strony opieki położniczej, bowiem nie istniały wskazania do wcześniejszej hospitalizacji, do wykonywania kolejnego badania USG, do wcześniejszej indukcji porodu ani do wykonania cięcia cesarskiego.

Biegła neonatolog H. O. i biegły ginekolog położnik J. O. zaopiniowali, że podstawę rozpoznania niedotlenienia okołoporodowego stanowi zwykle niska punktacja w skali Apgar w 5 minucie życia oraz zmniejszone pH i niedobór zasad we krwi pępowinowej. Tymczasem powódka otrzymała 9 punktów w skali Apgar w 1 minucie życia i 10 punktów w 5 minucie życia. Zdaniem biegłych nie ma podstaw do przyjęcia, że zmiany w mózgu noworodka mają związek z przebiegiem porodu.

Powyższą opinię potwierdza także opinia biegłego neurologa dziecięcego S. N., który stwierdził, że nie ma danych wskazujących na infekcję wewnątrzmaciczną. Również opinia biegłego M. N. potwierdza, iż zmiany w mózgu małej dziewczynki rozpoczęły się dopiero po porodzie.

Biegła I. P. w opinii głównej zaopiniowała, że droga porodu nie miała wpływu na stan zdrowia powódki, jednak wystąpienie objawów u dziecka w pierwszej dobie życia świadczyć może o tym, że do zakażenia doszło w okresie życia wewnątrzmacicznego. W ustnej opinii uzupełniającej biegła nie była w stanie określić czy do infekcji płodu doszło w trakcie porodu czy też w okresie życia wewnątrzmacicznego.

Biegły specjalista Z. J. stwierdził, że jedyną sytuacją, w której można było podejrzewać infekcję był moment porodu, w którym doszło do odejścia zielonych wód, a przebieg zakażeń bakteryjnych jest tak niespecyficzny, że ich rozwój rozgrywa się w ciągu kilku godzin. W ocenie biegłego przebieg porodu i postępowanie położnicze było zgodne z kanonami.

Biegły z zakresu ginekologii, położnictwa i mikrobiologii M. P. (2) zaopiniował, że wywołanie porodu przed dniem 27 kwietnia 2000 r. mogło się wiązać z podobnym ryzykiem wystąpienia choroby infekcyjnej i jej skutków dla zdrowia powódki jak poród w dniu 27 kwietnia 2000 r. Zdaniem tego biegłego, zachorowanie powódki nie było związane z jakością opieki medycznej sprawowanej nad jej matką w okresie okołoporodowym.

Biegły pediatra J. K. ocenił, że stan neurologiczny powódki wynika z całego przebiegu życia w okresie okołoporodowym i wczesnodziecięcym, a także potwierdził zasadność stosowania u powódki farmakoterapii i rehabilitacji.

Biegłe z zakresu rehabilitacji A. Ł. i M. S. określiły koszty lekarstw, sprzętu rehabilitacyjnego i koszty rehabilitacji, które powódka powinna stosować.

Biegły neurolog M. N. orzekł u powódki 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu i nie stwierdził nieprawidłowości w postępowaniu diagnostycznym i leczniczym neurologicznym małej dziewczynki.

Biegła endokrynolog M. R. zaopiniowała, że jeżeli pacjentka była pod stałą opieką lekarza endokrynologa i otrzymywała prawidłową dawką substancji utrzymującą ją w eutyrozii, to usunięcie tarczycy nie miało żadnego wpływu na stan zdrowia i rozwój płodu – noworodka.

Sąd uznał, że powyższe opinie zostały sporządzone przez osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje, ich treść koresponduje ze sobą, opinie te wzajemnie się uzupełniają i potwierdzają, że nie doszło do żadnych zaniedbań ze strony personelu pozwanego szpitala.

Biegła specjalista z zakresu diagnostyki i profilaktyki Wad Wrodzonych M. L. zaopiniowała, że kalendarz badań USG w ciąży był niewłaściwy, jednak należy zauważyć, że zastrzeżenie to odnosi się do okresu sprzed objęcia

powódki opieką przez pozwany szpital. Biegła oceniła, że przyczyną zapalenia płuc u małoletniej powódki było długotrwałe niedotlenienie wewnątrzmaciczne, oddanie smółki przez płód, aspiracja wód płodowych, zapalenie płuc i jego następstwa w postaci niewydolności oddechowej noworodka, wylew krwi do OUN w przebiegu niedotlenienia, jednak żaden z pozostałych biegłych opiniujących w sprawie nie podzielił tej opinii, dlatego Sąd uznał, że w tym zakresie opinia biegłej M. L. nie może stanowić podstawy ustaleń faktycznych w sprawie.

W ustalonym stanie faktycznym Sąd Okręgowy wskazał, że podstawę odpowiedzialności Szpitala, stanowią przepisy dotyczące odpowiedzialności deliktowej, to jest art. 415 k.c. i następne.

Zgodnie z art. 415 k.c. kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia. Zgodnie natomiast 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. Odpowiedzialność samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej na podstawie art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c. zachodzi tylko wówczas, gdy spełnione są wszystkie przesłanki tej odpowiedzialności deliktowej, a mianowicie: wyrządzenie szkody przez personel medyczny, zawinione działanie lub zaniechanie tego personelu, normalny związek przyczynowy pomiędzy tym działaniem lub zaniechaniem a wyrządzoną szkodą (art. 361 k.c.) oraz wyrządzenie szkody przy wykonywaniu powierzonej czynności. Ciężar dowodu w zakresie wykazania zarówno istnienia szkody i związku przyczynowego między powstaniem szkody a działaniem lub zaniechaniem sprawcy szkody, a także faktu, iż szkoda została wyrządzona z winy osoby pociągniętej do odpowiedzialności, spoczywa na poszkodowanym (art. 6 k.c.).

Biegły specjalista ginekolog, położnik i mikrobiolog M. P. (2) zaopiniował, że nie ma żadnych argumentów potwierdzających tezę, że u matki powódki wystąpiła infekcja wewnątrzmaciczna. Ponadto u B. D., w okresie połogu nie wystąpiły żadne objawy zakażenia narządów płciowych, nie gorączkowała i nie stosowano u niej antybiotykoterapii. Gdyby miała rozwinięte zakażenie wewnątrzmaciczne w okresie porodu, z pewnością jej stan w okresie połogu byłby gorszy i wymagałby leczenia. Biegły podkreślił, że wywołanie porodu przed dniem 27 kwietnia 2000 r. mogło się wiązać z podobnym ryzykiem wystąpienia choroby infekcyjnej i jej skutków dla zdrowia powódki jak poród w dniu 27 kwietnia 2000 r.

W opinii biegłego ginekologa R. D., nie wykazano, aby ukończenie ciąży cięciem cesarskim zmniejszyło ryzyko wystąpienia zespołu aspiracji smółki. Biegły ten wskazywał, że podnoszony przez powódkę argument, dotyczący zaniechania oceny dojrzałości płodu jest błędny, bowiem dojrzałość płodu nie jest w żadnej mierze wskazaniem do wywołania porodu, a świadczy jedynie o tym, że gdyby zaistniała konieczność ukończenia ciąży, to najprawdopodobniej dziecko będzie zdolne do życia pozałożonowego.

Biegły stwierdził, że o tym, że nie popełniono błędów w opiece położniczej świadczy urodzenie donoszonego dziecka w stanie ogólnym dobrym, nie budzącego w opinii neonatologów zastrzeżeń.

Biegła neonatolog H. O. i biegły ginekolog położnik J. O. zaopiniowali, że nie ma podstaw do przyjęcia, że zmiany w mózgu noworodka mają związek z przebiegiem porodu.

Biegły neurolog dziecięcy S. N. stwierdził, że nie ma danych wskazujących na infekcję wewnątrzmaciczną.

Biegła I. P. w opinii głównej zaopiniowała, że droga porodu nie miała wpływu na stan zdrowia powódki, jednak wystąpienie objawów u dziecka w pierwszej dobie życia świadczyć może o tym, że do zakażenia doszło w okresie życia wewnątrzmacicznego, jednak w ustnej opinii uzupełniającej biegła nie była w stanie określić czy do infekcji płodu doszło w trakcie porodu czy też w okresie życia wewnątrzmacicznego.

Biegły specjalista ginekolog Z. J. stwierdził, że jedyną sytuacją, w której można było podejrzewać infekcję był moment porodu, w którym doszło do odejścia zielonych wód, a przebieg zakażeń bakteryjnych jest tak niespecyficzny, że ich rozwój rozgrywa się w ciągu kilku godzin. Również w ocenie tego biegłego przebieg porodu i postępowanie położnicze było zgodne z kanonami.

Biegły neurolog M. N. orzekł u powódki 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu i nie stwierdził nieprawidłowości w postępowaniu diagnostycznym i leczniczym neurologicznym małoletniej powódki.

Zdaniem Sądu I instancji, w związku z treścią opinii biegłych, które wzajemnie się potwierdzały i uzupełniały, nie zawierają sprzeczności i są logiczne, zarzuty powódki dotyczące błędu terapeutycznego, diagnostycznego oraz niedołożenia należytej staranności w czynnościach leczniczych, są nieuzasadnione.

W świetle powyższych opinii biegłych, zdaniem Sądu należy uznać, że opieka ginekologiczno-położnicza przed, w trakcie i po porodzie powódki O. G., była prawidłowa, zgodna z kanonami i wiedzą medyczną, zaś powikłania poporodowe i obecny stan zdrowia małoletniej powódki był wynikiem zdarzenia losowego, o czym pisał w swojej opinii biegły mikrobiolog M. P. (2). Wskazał on bowiem, że prawidłowością biologii jest fakt, że określony odsetek populacji, nawet ten zupełnie zdrowy, bez udziału szczególnych czynników zewnętrznych ulegnie jakiemuś zakażeniu, a nawet skutkiem tego umrze. W szczególności dotyczy to noworodka, który od nawet całkowicie zdrowej matki nabywa różne elementy flory, w tym bakteryjnej, najczęściej flory oportunistycznej, czyli normalnie nieszkodliwej, ale potencjalnie chorobotwórczej.

Medycyna nie jest nauką ścisłą, każdy organizm jest nieco inny i może inaczej zareagować na takie samo leczenie, a powodzenie leczenia czy zabiegów medycznych zależy od bardzo wielu czynników, w tym wielu niezależnych od personelu medycznego. W przedmiotowej sprawie personel medyczny pozwanego zapewnił matce powódki i samej powódce właściwą opiekę medyczną, na bieżąco kontrolował ich stan zdrowia i nie popełnił błędów w trakcie porodu.

W konsekwencji Sąd uznał, że powódka nie wykazała, że w przebiegu porodu i w opiece okołoporodowej doszło do popełnienia błędu diagnostycznego lub terapeutycznego noszącego znamiona błędu w sztuce lekarskiej, a zatem nie wykazała przesłanek odpowiedzialności pozwanego Szpitala. Poród, w wyniku którego na świat przyszła powódka przebiegał prawidłowo, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. Lekarz musi dochować najwyższej staranności, choć nigdy nie może zostać uznany za odpowiedzialnego za rezultat tych starań (ww. wyrok SN z 7 listopada 2008 r., II CSK 259/08). Takiej niezbędnej staranności personel medyczny pozwanego Szpitala w niniejszej sprawie dochował.

W ocenie Sądu nieuzasadnione były zarzuty powódki dotyczące braku należytej informacji o potencjalnych komplikacjach ciąży i porodu ani o możliwościach diagnostycznych i terapeutycznych.

Zgodnie z art. 31 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza, lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach leczenia, dających się przewidzieć następstwach oraz rokowaniach.

Sąd Okręgowy stwierdził, że w niniejszej sprawie lekarze nie mieli żadnych podejrzeń co do złego stanu zdrowia powódki, bowiem kontrola dobrostanu płodu za pomocą badania KTG nie wskazywała na nic niepokojącego. O dobrym stanie dziecka bezpośrednio, przed i w czasie porodu świadczy jego stan bezpośrednio po urodzeniu, który został oceniony na 9 pkt w skali Apgar w pierwszej minucie życia i 10 pkt w piątej minucie życia.

W ocenie Sądu, w sytuacji braku niepokojących symptomów, udzielane pacjentowi informacje nie mogą być nadmiernie szczegółowe – wymaganie od Szpitali żeby przy każdym porodzie opisywali dokładnie jego przebieg, możliwe do wykonania badania diagnostyczne i możliwe powikłania, prowadziłyby do absurdu.

Jednocześnie Sąd uznał, że wobec braku jakichkolwiek wskazań do wcześniejszego ukończenia porodu za pomocą cięcia cesarskiego, informowanie o takiej metodzie matki powódki, było nieuzasadnione.

Nie ulega wątpliwości, że matka powódki miała prawo do rzetelnej informacji o przebiegu porodu i stanie zdrowia dziecka. Sąd uznał, że właśnie takie, rzetelne informacje matka powódki otrzymała.

Wobec nie wykazania przez powódkę przesłanek odpowiedzialności pozwanego szpitala, Sąd oddalił powództwa w całości.

O kosztach procesu, Sąd orzekł na podstawie art. 102 k.p.c.

Apelację od powyższego wyroku wniosła powódka zaskarżając go w części tj. co do pkt 1 zarzucając naruszenie:

1. art. 233 k.p.c. poprzez dokonanie błędnej oceny zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, sprzecznej z zasadami logiki i doświadczenia życiowego oraz przekroczenie zasady swobodnej oceny dowodów i dokonanie tej oceny w sposób dowolny przejawiające się w nieuzasadnionym i nieuprawnionym przyjęciu, iż:

a. zmniejszający się dobrostan płodu uwidoczony w badaniu USG z dnia 21 kwietnia 2000 roku (profil biologiczny - 7) nie stanowił przesłanki do podjęcia decyzji o zakończeniu ciąży poprzez cesarskie cięcie;

b. fakt wykonania zapisu KTG matki powódki w dniu 25 kwietnia 2000 roku w pozycji „na boku” nie stanowi o tym, że istniały przesłanki do przyspieszenia zakończenia ciąży z uwagi na stan zdrowia dziecka;

c. nie doszło do zakażenia wewnątrzmacicznego gdyż matka powódki nie miała objawów klinicznych zakażenia;

d. nie doszło do niedotlenienia przed i śródporodowego powódki;

e. odejście wód płodowych nastąpiło o 10.30 rano w dniu 27 kwietnia 2000 i że wody te były czyste;

f. nieprawidłowości w zapisie śródporodowego KTG nie miały wpływu na stan urodzeniowy powódki i nie świadczyły o złym stanie zdrowia powódki;

g. fakt oceny stanu zdrowia powódki bezpośrednio po urodzeniu na 9 i 10 punktów w skali Apgar świadczy o tym, że powódka w chwili urodzenia była zdrowa;

h. że ewentualne przyspieszenie porodu niewiele zmniejszyłoby ryzyko zakażenia płodu;

i. w trakcie porodu doszło do aspiracji smółki w wyniku, której rozwinęło się zapalenie płuc u powódki, następnie ostra niewydolność oddechowa prowadząca do dalszych zmian;

j. odpłynięcie wód płodowych na kilka godzin przed porodem nie stanowiło przesłanki do podjęcia profilaktyki antybiotykowej u matki powódki lub do zakończenia ciąży cesarskim cięciem;

k. diagnozy lekarskie dokonane bezpośrednio po urodzeniu powódki przez lekarzy zajmujących się powódką i znających jej stan zdrowia a określające, że doszło do zakażenia wewnątrzmacicznego są niewłaściwe zaś opinie biegłych sporządzane wiele lat po urodzeniu się powódki są bardziej miarodajne niż bezpośrednie diagnozy lekarskie;

l. ciąża matki powódki nie była ciążą przenoszą i ciążą wysokiego ryzyka;

m. nie istniały przesłanki do indukcji porodu i cesarskiego cięcia w sytuacji, gdy w dniu 26 kwietnia 2000 roku stwierdzono brak wód płodowych;

i w konsekwencji uznaniu, że personel medyczny pozwanego Szpitala dochował należytej staranności i nie doszło do popełnienia błędu medycznego, co skutkowało oddaleniem powództwa;

2. art. 233 k.p.c. poprzez niewyjaśnienie wszystkich okoliczności sprawy i:

a. zaniechaniu ustalenia dlaczego małaletnia powódka bezpośrednio po urodzeniu została umieszczona w inkubatorze, co nie jest praktykowane w przypadku urodzenia się zdrowego dziecka;

- b. zaniechaniu ustalenia dlaczego personel medyczny nie wykonał badań mających na celu ustalenie, jaka była przyczyna tego, że dziecko urodziło się w zielonych i cuchnących wodach płodowych tj. co spowodowało, że wody te takie były;
- c. zaniechaniu ustalenia, dlaczego powódce w drugiej godzinie zlecono posiew krwi i podano antybiotyk, skoro - jak stwierdza Sąd pierwszej instancji - dziecko było zdrowe;
- d. zaniechaniu ustalenia, dlaczego w drugiej dobie życia podano powódce Luminal i podawano jej tlen skoro - jak stwierdza Sąd pierwszej instancji - dziecko było zdrowe;
- e. zaniechaniu ustalenia co było pierwotną przyczyną zmian malacyjnych u powódki
- f. zaniechaniu ustalenia, dlaczego lekarze zajmujący się powódką bezpośrednio po urodzeniu diagnozowali zakażenie wewnątrzmaciczne;
- g. zaniechaniu wyjaśnienia przyczyn różnic w zapisach w dokumentacji medycznej dotyczących historii rozwoju noworodka nr 1690 złożonej do pozwu i tej przesłanej przez pozwany szpital;

3. art. 233 k.p.c. poprzez oparcie rozstrzygnięcia:

- a. w sposób wybiórczy na zebranych w sprawie materiale dowodowym i nie wzięciu pod uwagę opinii i zeznań przemawiających za uznaniem, że u małoletniej powódki doszło do zakażenia wewnątrzmacicznego wskutek błędów personelu medycznego pozwanego szpitala w szczególności na w zasadzie całkowitym pominięciu zeznań neonatolog E. M. i G. O. w tym zakresie oraz opinii pisemnej i ustnej Z. J. oraz biegłej I. P.;
- b. oparcie rozstrzygnięcia o opinie biegłych, które zostały podważone w sprawie tj:
 - z uwagi na ich sporządzenie bez zapoznania się z pełną dokumentacją medyczną z akt sprawy -dotyczy to opinii biegłych O. oraz P.;
 - z uwagi na podważenie bezstronności - dotyczy opinii biegłego D. - z uwagi na jego znajomość z lekarzami, których postępowania dotyczyła opinia;
 - z uwagi na podważenie bezstronności - dotyczy opinii biegłego N. - na zachowanie którego powódka złożyła skargę w toku procesu

4. art. 5 k.c. poprzez jego nie zastosowanie i oddalenie powództwa wbrew zasadom współżycia społecznego;

W konkluzji skarżąca wniosła o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez uwzględnienie powództwa w całości, ewentualnie o uchylenie wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi pierwszej instancji, nadto o zasądzenie kosztów postępowania według norm przepisanych, w tym kosztów zastępstwa procesowego, za postępowanie przed sądem pierwszej i drugiej instancji. W przypadku ewentualnego oddalenia apelacji skarżąca wniosła o nie obciążanie powódki kosztami postępowania w tym zastępstwa procesowego na rzecz strony przeciwnej z uwagi na sytuację osobistą powódki oraz charakter sprawy.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

apelacja nie jest zasadna i podlega oddaleniu na podstawie art. 385 k.p.c.

Ustalenia faktyczne poczynione przez sąd I instancji są prawidłowe i Sąd Apelacyjny przyjmuje je za własne. Prawidłowe są także rozważania prawne sądu I instancji i Sąd Apelacyjny je podziela.

Zarzut naruszenia art. 233 par. 1 k.p.c. nie jest trafny. Sąd Okręgowy wszechstronnie rozważył cały zgromadzony materiał dowodowy i wyciągnął z niego poprawne wnioski nie naruszając zasad wiedzy, logiki i doświadczenia życiowego.

Okoliczności faktyczne dotyczące przebiegu porodu i opieki okołoporodowej podnoszone w apelacji zostały uwzględnione przez biegłych sądowych w sporządzonych przez nich opiniach i przez sąd w poczynionych przez niego ustaleniach faktycznych.

Rozstrzygnięcie sprawy wymagało wiadomości specjalnych, sąd I instancji zasięgnął takich wiadomości powołując wielu biegłych, którzy wyczerpująco ustosunkowali się do zarzutów powódki. Sąd I instancji poddał opinie biegłych prawidłowej i wnikliwej ocenie. Zdaniem sądu Apelacyjnego brak jest podstaw do przyjęcia, że opinie biegłych są niefachowe, nierzetelne lub niekompletne, oraz do poczynienia na ich podstawie ustaleń pozwalających na przyjęcie, że doszło do błędu medycznego skutkującego rozstrojem zdrowia powódki i w konsekwencji jego trwałym uszczerbkiem.

Biegły M. P. (2), specjalista w ginekologii i położnictwie, mikrobiolog, stwierdził, że wynik badania profilu biologicznego z 21.04.2000r. nie sugerował infekcji (k.1706 -1707 opinia), wbrew zarzutom powódki nie stanowił zatem przesłanki do podjęcia decyzji o zakończeniu ciąży poprzez cesarskie cięcie. Powyższe potwierdził biegły O. (k. 619-620). Jednocześnie biegły O. stwierdził, że śródporodowy zapis KTG O. G. zawiera elementy zapisu nieprawidłowego. Nie miało to jednak wpływu na dziecko gdyż jej stan urodzeniowy oceniono na 9 i 10 punktów w skali Apgar (k.628). W ocenie zapisu KTG z dnia porodu można dopatrzeć się cech nieprawidłowych ale nie w kontekście zakażenia wewnątrzmacicznego ale co najwyżej podejrzenia niedotlenienia płodu, które w ostateczności nie uzyskało potwierdzenia ponieważ dziecko urodziło się w stanie dobrym (biegły k.1776).

Biegły P. stwierdził również, że brak jest podstaw do przyjęcia, że doszło do zakażenia wewnątrzmacicznego u matki powódki. Nie wskazywały na to: tętno, temperatura ciała, wydzielina z pochwy, fakt, że w okresie połogu nie wystąpiły żadne objawy zakażenia narządów płciowych, nie gorączkowała, nie stosowano u niej antybiotykoterapii i została szybko wypisana ze szpitala do domu. Jeśli miałyby zakażenie wewnątrzmaciczne w okresie porodu, jej stan w okresie połogu byłby gorszy i wymagał leczenia (opinia k.1704-1705). Zapisy kardiograficzne wykonane w trakcie porodu nie mają cech, które wskazywałyby na zakażenie wewnątrzmaciczne u rodzącej (k.1705i 1396). W sprawie nie występowały jakiegokolwiek wykładniki mogące sugerować obecność zakażenia wewnątrzmacicznego u rodzącej i uzasadniające tym samym wykonanie ukierunkowanych badań laboratoryjnych (biegły k.1397).

Wbrew zarzutom apelacji sąd I instancji nie ustalił, że fakt oceny stanu powódki bezpośrednio po urodzeniu na 9 i 10 punktów w skali Apgar świadczy o tym, że w chwili urodzenia była zdrowa. Ocena w skali Apgar świadczy o tym, że dziecko urodziło się w dobrym stanie, co oznacza między innymi, że nie wykazywało cech niedotlenienia (tak biegły P. k.2075 oraz biegły O. k. 621). Podstawę rozpoznania niedotlenienia okołoporodowego stanowi zwykle niska punktacja w skali Apgar w 5 minucie życia oraz zmniejszone pH i niedobór zasad we krwi pępowinowej. Prawidłowe jest zatem ustalenie sądu, że nie doszło do niedotlenienia przed i śródporodowego powódki. (zob. biegły O. k.622). Gdyby tak było byłyby duże odchylenia w badaniu ogólnym dziecka, w tym w napięciu mięśniowym (k.2191 biegły N.). Z dokumentacji i z opinii biegłych wynika, że zaburzenia oddychania wystąpiły u powódki w drugiej dobie życia.

Zdaniem biegłych brak jest danych wskazujących na infekcję wewnątrzmaciczną. W trakcie porodu doszło do aspiracji smółki, w wyniku której rozwinęło się zapalenie płuc a następnie rozwinęła się ostra niewydolność oddechowa prowadząca do zmian niedotlenieniowo niedokrwiennych i krwotoku do i okołokomorowego. (k.633 i 656 biegły S. N. –neurolog dziecięcy, pediatra). Powódka w apelacji nie zgłosiła żadnych zarzutów pod adresem biegłego S. N. a Sąd Apelacyjny nie znajduje podstaw by opinii tej odmówić mocy dowodowej. Biegły O. stwierdził, że gdyby do zakażenia doszło już u płodu, to tachykardia czyli szybsza akcja serca byłaby stwierdzona już u płodu a tego nie można przyjąć (k.818). Nie było wskazań do cesarskiego cięcia wcześniej, nie było żadnych błędów przy rozpoczęciu porodu i prowadzeniu akcji porodowej (k.818).

Odejsie wód płodowych kilka godzin przed porodem nie obligowało do przeprowadzenia jakichkolwiek badań wykluczających u rodzącej występowanie uogólnionego stanu zapalnego, na podstawie których można by było profilaktycznie włączyć antybiotykoterapię u rodzącej w trakcie akcji porodowej (biegły Z. J. ginekolog położnik k.1195).

Nie jest prawdą, że biegły P. nie zapoznał się z pełną dokumentacją medyczną z akt sprawy. Zlecając sporządzenie opinii Sąd Okręgowy przesłał biegłemu akta sprawy wraz z historią choroby (k.1388). Nie jest również prawdą, że biegły J. O. nie zapoznał się z pełną dokumentacją medyczną. Brakujące dokumenty zostały biegłemu przesłane i stanowiły podstawę opiniowania, co wynika z k. 608 i 610 oraz z treści opinii). Biegły ten wyraźnie wskazał, że ciąża u B. D. (matki powódki) nie była przeterminowana, dziecko urodziło się w 41 tygodniu rzeczywistego czasu trwania ciąży (k.6130). Z opinii tego biegłego wynika również, że wyłącznie na podstawie testu biofizycznego nie można mówić o niedotlenieniu płodu, oraz że obniżona punktacja w teście biofizycznym nie stanowiła wskazania do natychmiastowego ukończenia ciąży (k.619). Określenie „brak płynu owodniowego” w badaniu USG oznacza zmniejszenie jego objętości poniżej 5 cm. Stwierdzenie bakterii w posiewie wydzieliny z ucha noworodka pobranym bezpośrednio po urodzeniu może wynikać z kolonizacji dróg rodnych matki. Escherichia coli jest najczęściej stwierdzanym z pochwie ciążarnych patogenem typowym dla dróg moczowych. (k.619).

Świadek G. O. zeznała, że stękający płacz dziecka musiał minąć skoro dziecko dostało 10 punktów Apgar, oraz że w rozpoznaniu zostało napisane „infekcja wewnątrzmaciczna” ale jest to pojęcie ogólne, świadek nie była w stanie określić kiedy doszło do infekcji (k.1048). Świadek K. K., zeznała, że dziecko urodziło się w stanie bardzo dobrym ale miała podejrzenie zakażenia gdyż wątroba była trochę powiększona, dziecko urodziło się w zielonej mazi, miało hipoglikemię i stękająco płakało, dlatego zleciła posiew krwi i antybiotykoterapię (k.1068). Po porodzie dziecko nie trafiło do matki tylko do ciepłarki bo zdaniem świadka wymagało obserwacji. Biegli odnieśli się w swoich opiniach do w/w okoliczności wskazanych przez świadków. Okoliczności te znajdują potwierdzenie we wpisach do dokumentacji medycznej, nie ma podstaw do przyjęcia, że kwestie te nie zostały wyjaśnione i że biegli zbagatelizowali je. Biegły S. N. stwierdził, że powódka otrzymała antybiotyk w pierwszej dobie życia z powodu podejrzenia infekcji wewnątrzmacicznej (k.658) a biegły O. odniósł się do stękającego płakania analizując wpisy dotyczące obrazu klinicznego noworodka (k.625). Świadek E. M. zajmowała się powódką w D. od 13 doby jej życia, zatem swoją wiedzę na temat jej stanu tuż po porodzie i o przebiegu porodu czerpie wyłącznie z dokumentacji lekarskiej. Jej zeznania złożone w charakterze świadka nie stanowią dowodu podważającego ustalenia biegłych. Wyrażona przez nią opinia, że u dziecka musiało dojść do niedotlenienia wśród macicznie a być może do infekcji wewnątrzmacicznej (k.991) nie stanowi opinii biegłego sądowego. Świadek sama zresztą zaznaczyła, że „to są dylematy dla uczonych”.

Ustalenia w jakim momencie doszło do zakażenia powódki i jakie mogły być przyczyny tego zakażenia nie można dokonywać wyłącznie na podstawie zeznań świadków, tym bardziej że podnoszone przez świadków twierdzenia nie mają charakteru stanowczego, zawierają jedynie przypuszczenia. Miarodajne w tym zakresie pozostają opinie biegłych a te nie zostały przez powódkę podważone. Różnice w zapisach w dokumentacji medycznej dotyczących historii rozwoju noworodka dołączonej do pozwu i przesłanej przez szpital nie wpływają na konkluzję biegłych, zatem prowadzenie dochodzenia w celu ustalenia przyczyn tych różnic było zbędne. Jeśli chodzi o przyczyny zmian malacyjnych u powódki, to biegły M. N. wskazał, że są one skutkiem krwawienia i zaczęły się po porodzie (k2191 00:03:18 i 00:07:49). Zarzut jakoby sąd I instancji tej kwestii nie wyjaśnił jest chybiony.

Biegła I. P. zeznała, iż nie jest w stanie stwierdzić jak długo rozwijała się infekcja u powódki (k.1318). Bakteria była prawdopodobnie w drogach rodnych matki (k.1319). Przez cięcie cesarskie też dziecko może zarazić się bakterią od matki. Dziecko w momencie stresu porodowego oddaje smółkę do wód płodowych i dlatego wody mogą być zielone i namnażają się bakterie. Cuchnący zapach mógł świadczyć o stanie zapalnym. Stan zapalny mógł się rozwinąć przez trzy godziny (k.1319). Opinia w/w biegłej zgodna jest opiniami pozostałych biegłych. Podobnie opinia biegłego Z. J. wskazuje, że postępowanie położnicze i przebieg porodu były zgodne z kanonami (k.1212). Jediną sytuacją, w której można było podejrzewać infekcję był moment porodu (biegły k.1316). Nie można było domniemywać na podstawie

zmniejszenia wód płodowych, że zachodzi podejrzenie zakażenia u powódki, bo to normalne że w ostatnich tygodniach ciąży dochodzi do zmniejszenia się wód płodowych (k.1316).

W ocenie Sądu Apelacyjnego nie możliwe jest ustalenie ze 100% pewnością w jakim momencie doszło do zakażenia powódki, czy było to zakażenie wewnątrzmaciczne czy powstało dopiero w czasie porodu. Z opinii biegłych wynika, że istnieje większe prawdopodobieństwo, iż do zakażenia doszło w czasie porodu. Niezależnie jednak od momentu, w którym do zakażenia doszło biegli są zgodni, że powódka nie urodziła się z oznakami niedotlenienia, że opieka lekarska przed porodem i w jego trakcie oraz postępowanie z powódką po porodzie były prawidłowe, że personel pozwanego szpitala nie mógł zapobiec zakażeniu bo głównym źródłem zakażenia była flora bakteryjna matki, że nie występowały wskazania medyczne do przyspieszenia porodu, że u matki powódki nie wystąpiły cechy zakażenia wewnątrzmacicznego i w związku z tym nie było danych do podjęcia działań, które mogłyby zapobiec zakażeniu. W okolicznościach niniejszej sprawy biegli nie zauważyli nieprawidłowości w postępowaniu personelu medycznego. Opinia biegłej M. L. (k.393 i nast.) jest w świetle opinii pozostałych biegłych nieprzekonująca a poza tym niejednoznaczna i jako taka nie może stanowić podstawy do przyjęcia zawinienia po stronie pozwanego. Z jednej strony biegła przyjmuje, że punktem wyjścia zapalenia płuc wydaje się długotrwałe niedotlenienie wewnątrzmaciczne, z drugiej wskazuje na oddanie smółki i aspirację wód płodowych (k.398). Na pytanie czy można było zapobiec uogólnionej infekcji i jej następstwom biegła wskazała, iż nie może udzielić jednoznacznej odpowiedzi (k. 398).

W ocenie Sądu Apelacyjnego powódka nie wykazała, że biegli sporządzający opinie w niniejszej sprawie byli stronniczy, że nie zapoznali się z pełną dokumentacją medyczną z akt sprawy, że nie wyjaśnili wszystkich okoliczności mogących mieć znaczenie dla oceny czy doszło do popełnienia błędu medycznego. Rację ma sąd I instancji, że zasadniczo opinie biegłych są zbieżne, że sporządzone zostały rzetelnie i fachowo oraz, że są wystarczające dla poczynienia ustaleń faktycznych niezbędnych dla rozstrzygnięcia sporu. Zarzuty podniesione w apelacji mają charakter ogólnikowy i abstrahują od rzeczywistej treści opinii biegłych. Apelująca nie przedstawiła materiału podważającego treść opinii biegłych a tym samym treść ustaleń faktycznych poczynionych przez Sąd Okręgowy.

Mając powyższe na uwadze Sąd Apelacyjny nie znalazł podstaw do uwzględnienia apelacji i na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił ją. W szczególności art. 5 k.c. wskazany przez apelującą nie może stanowić podstawy uwzględnienia powództwa. Nie jest prawdą, że przyczyna zakażenia powódki musiała istnieć wewnątrz szpitala. Jak wynika z opinii biegłych powódka zakażyła się najprawdopodobniej bakterią bytującą w drogach rodnych matki, zaś personel szpitala nie mógł temu zakażeniu zapobiec. Artykuł 5 k.c. nie może stanowić samoistnej podstawy roszczenia. W sprawie niniejszej podstawę taką stanowi art. 415 k.c., jednak powódka nie wykazała zaistnienia przesłanek z tego artykułu, co sąd I instancji prawidłowo ustalił i wyłożył.

O kosztach postępowania za II instancję Sąd Apelacyjny orzekł na podstawie art. 102 k.p.c. mając na względzie trudną sytuację zdrowotną i życiową powódki oraz skomplikowany charakter sprawy.

Elżbieta Wiatrzyk – Wojciechowska Ewa Kaniok Bogdan Świerczakowski