

Sygn. akt I ACa 1437/14

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 21 marca 2017 r.

Sąd Apelacyjny w Łodzi I Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący: SSA Tomasz Szabelski

Sędziowie: SA Anna Beniak (spr.)

SO (del.) Bożena Rządzińska

Protokolant: st. sekr. sąd. Katarzyna Olejniczak

po rozpoznaniu w dniu 21 marca 2017 r. w Łodzi na rozprawie

sprawy z powództwa **S. K.**

przeciwko **Instytutowi Centrum (...) w Ł.**

przy udziale interwenienta ubocznego po stronie pozwanej **(...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W.**

o zapłatę

na skutek apelacji strony pozwanej

od wyroku Sądu Okręgowego w Łodzi

z dnia 24 lipca 2014 r. sygn. akt I C 873/08

1. oddała apelację;

2. zasądza od Instytutu Centrum (...) w Ł. na rzecz S. K. kwotę 10.800 (dziesięć tysięcy osiemset) zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.

Sygn. akt I ACa 1437/14

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem Sąd Okręgowy w Łodzi, w sprawie z powództwa S. K. przeciwko Instytutowi Centrum (...) w Ł. z udziałem interwenienta ubocznego (...) Spółki Akcyjnej w W. o zadośćuczynienie, odszkodowanie, rentę i ustalenie odpowiedzialności na przyszłość:

I. zasądził od Instytutu Centrum (...) w Ł. na rzecz S. K.:

1. kwotę 1.000.000,- (jeden milion) złotych tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę z ustawowymi odsetkami:

a) w zakresie kwoty 250.000 (dwieście pięćdziesiąt tysięcy) złotych od dnia 23 sierpnia 2008 roku do dnia 21 maja 2009 roku;

b) w zakresie kwoty 600.000 (sześćset tysięcy) złotych od dnia 22 maja 2009 roku do dnia 13 sierpnia 2012 roku;

c) w zakresie kwoty 1.000.000 (jeden milion) złotych od dnia 14 sierpnia 2012 roku do dnia zapłaty;

2. kwotę 38.448,48 złotych (trzydzieści osiem tysięcy czterysta czterdzieści osiem złotych czterdzieści osiem groszy) tytułem odszkodowania za okres od dnia 15 maja 2007 roku do dnia 31 października 2008 roku z ustawowymi odsetkami:

a) w zakresie kwoty 35.666,10 złotych (trzydzieści pięć tysięcy sześćset sześćdziesiąt sześć złotych dziesięć groszy) od dnia 23 sierpnia 2008 roku do dnia 5 czerwca 2014 roku,

b) w zakresie kwoty 38.448,48 złotych (trzydzieści osiem tysięcy czterysta czterdzieści osiem złotych czterdzieści osiem groszy) od dnia 6 czerwca 2014 roku do dnia zapłaty;

c) kwotę 53.178,14 złotych (pięćdziesiąt trzy tysiące sto siedemdziesiąt osiem złotych czternaście groszy) tytułem odszkodowania obejmującego koszty rehabilitacji, turnusów rehabilitacyjnych, zaopatrzenia medyczno - ortopedycznego za okres od dnia 1 listopada 2008 roku do dnia 31 grudnia 2013 roku z ustawowymi odsetkami od dnia 6 czerwca 2014 roku do dnia zapłaty;

3. rentę na zwiększone potrzeby w kwocie :

a) po 2.773,08 złotych (dwa tysiące siedemset siedemdziesiąt trzy złote osiem groszy) miesięcznie w okresie od dnia 1 listopada 2008 roku do dnia 31 grudnia 2008 roku płatną z góry do dnia 10 każdego miesiąca z ustawowymi odsetkami w razie uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat, z zastrzeżeniem że odsetki takie są należne w zakresie kwoty po 2.368,50 złotych (dwa tysiące trzysta sześćdziesiąt osiem złotych pięćdziesiąt groszy) miesięcznie, zaś w zakresie kwoty po 404,58 złotych (czterysta cztery złote pięćdziesiąt osiem groszy) miesięcznie od dnia 14 sierpnia 2012 roku do dnia zapłaty;

b) po 2.355,87 złotych (dwa tysiące trzysta pięćdziesiąt pięć złotych osiemdziesiąt siedem groszy) miesięcznie w okresie od dnia 1 stycznia 2009 roku do dnia 31 grudnia 2009 roku płatną z góry do dnia 10 każdego miesiąca z ustawowymi odsetkami w razie uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat,

c) po 3.011,64 złotych (trzy tysiące jedenaście złotych sześćdziesiąt cztery grosze) miesięcznie w okresie od dnia 1 stycznia 2010 roku do dnia 31 grudnia 2010 roku płatną z góry do dnia 10 każdego miesiąca z ustawowymi odsetkami w razie uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat, z zastrzeżeniem, że odsetki takie są należne w zakresie kwoty po 2.368,50 złotych (dwa tysiące trzysta sześćdziesiąt osiem złotych pięćdziesiąt groszy) miesięcznie, zaś w zakresie kwoty po 643,14 złotych (sześćset czterdzieści trzy złote czternaście groszy) miesięcznie od dnia 14 sierpnia 2012 roku do dnia zapłaty ;

d) po 3.425,08 złotych (trzy tysiące czterysta dwadzieścia pięć złotych osiem groszy) miesięcznie w okresie od dnia 1 stycznia 2011 roku do dnia 31 grudnia 2011 roku płatną z góry do dnia 10 każdego miesiąca z ustawowymi odsetkami w razie uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat, z zastrzeżeniem, że odsetki takie są należne w zakresie kwoty po 2.368,50 złotych (dwa tysiące trzysta sześćdziesiąt osiem złotych pięćdziesiąt groszy) miesięcznie, zaś w zakresie kwoty po 1.056,58 złotych (jeden tysiąc pięćdziesiąt sześć złotych pięćdziesiąt osiem groszy) miesięcznie od dnia 14 sierpnia 2012 roku do dnia zapłaty;

e) po 3.021,75 złotych (trzy tysiące dwadzieścia jeden złotych siedemdziesiąt pięć groszy) miesięcznie w okresie od dnia 1 stycznia 2012 roku do dnia 31 grudnia 2012 roku płatną z góry do dnia 10 każdego miesiąca z ustawowymi odsetkami w razie uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat, z zastrzeżeniem, że odsetki takie są należne w zakresie kwoty po 2.368,50 złotych (dwa tysiące trzysta sześćdziesiąt osiem złotych pięćdziesiąt groszy) miesięcznie w okresie od dnia 1 stycznia 2012 roku do dnia 13 sierpnia 2012 roku, zaś w zakresie kwoty po 3.021,75 złotych (trzy tysiące dwadzieścia jeden złotych siedemdziesiąt pięć groszy) miesięcznie od dnia 14 sierpnia 2012 roku do dnia zapłaty;

f) po 3.081,08 złotych (trzy tysiące osiemdziesiąt jeden złotych osiem groszy) miesięcznie w okresie od dnia 1 stycznia 2013 roku do dnia 31 grudnia 2013 roku płatną z góry do dnia 10 każdego miesiąca z ustawowymi odsetkami w razie uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat;

g) po 7.000,- (siedem tysięcy) złotych miesięcznie płatną z góry do dnia 10 każdego miesiąca z ustawowymi odsetkami w razie uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat, począwszy od dnia 1 stycznia 2014 roku i na przyszłość;

4. kwotę 6.520,59 złotych (sześć tysięcy pięćset dwadzieścia złotych pięćdziesiąt dziewięć groszy) tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego;

II. ustalił, że Instytut Centrum (...) w Ł. ponosi odpowiedzialność wobec S. K. za ewentualne dalsze następstwa zdarzenia mającego miejsce w dniu 15 maja 2007 roku ,

III. oddalił powództwo w pozostałym zakresie;

IV. nakazał pobranie od Instytutu Centrum (...) w Ł. na rzecz Skarbu Państwa reprezentowanego przez Sąd Okręgowy w Łodzi kwotę 3.891,14 złotych (trzy tysiące osiemset dziewięćdziesiąt jeden złotych czternaście groszy) tytułem części poniesionych wydatków ;

V. nakazał ściągnięcie z zasądanego na rzecz S. K. w punkcie I.2 wyroku roszczenia na rzecz Skarbu Państwa reprezentowanego przez Sąd Okręgowy w Łodzi kwotę 2.236,64 złote (dwa tysiące dwieście trzydzieści sześć złotych sześćdziesiąt cztery grosze) tytułem części poniesionych wydatków;

VI. nie obciążył S. K. i Instytutu Centrum (...) w Ł. nieuiszczoną opłatą sądową, przejmując ją na rachunek Skarbu Państwa.

W zakresie objętym apelacją, czyli co do zasady odpowiedzialności pozwanych i wysokości zadośćuczynienia Sąd Okręgowy, ustalił, że J. K. - Bar jesienią 2006 roku zaszła w ciążę. Była to jej trzecia ciąża - pierwsza zakończyła się w 33 tygodniu przez cesarskie cięcie, noworodek nie przeżył, zaś podczas drugiej doszło do zagnieżdżenia dwóch pustych jaj płodowych i wyłyżeczkowania. Z uwagi na powyższe okoliczności trzecia ciąża była od samego początku zakwalifikowana jako ciąża wysokiego ryzyka.

Podczas ostatniej ciąży u J. K. - Bar występowało do 3 miesiąca krwawienie. W związku z tym przyjmowała lek D.. Od 5 miesiąca ciąży odczuwała skurcze macicy, więc lekarz przepisał jej leki F., M. i I.. U J. K. - Bar istniały wskazania ortopedyczne do przeprowadzenia zabiegu cięcia cesarskiego.

W okresie od dnia 22 listopada 2006 roku do dnia 9 maja 2007 roku J. K. - Bar pozostawała pod opieką dr hab. n. med. P. K. (1) w (...) Centrum (...) w Ł.. W trakcie wizyt w dniach 15 listopada 2006 roku, 22 listopada 2006 roku, 5 grudnia 2006 roku, 30 grudnia 2006 roku, 16 stycznia 2007 roku, 15 lutego 2007 roku, 21 lutego 2007 roku, 1 marca 2007 roku, 9 marca 2007 roku, 19 marca 2007 roku, 23 marca 2007 roku, 3 kwietnia 2007 roku, 11 kwietnia 2007 roku, 24 kwietnia 2007 roku, 2 maja 2007 roku i 9 maja 2007 roku ciężarna była badana, oceniano obrzęki, żyłaki, badano ciśnienie, które było w normie. Oceniono czynność serca płodu: do 11 kwietnia 2007 roku wynosiło 140/min., w dniach 2 i 9 maja 2007 roku - 150/min.

Badano morfologię krwi ciężarnej. Wynik badania morfologii z dnia 2 maja 2007 roku wskazały: (...) 10,9, HB 11,8, (...) 269. Regularnie był także badany mocz. Od 3 kwietnia 2007 roku J. K. - Bar przyjmowała: I., F.. Natomiast od 2 maja: I., F.. Wykonane w dniu 20 listopada 2006 roku badania serologiczne wykazały: odczyn W. ujemny. HBs ujemny. Miano I. przeciwtoksoplazmowych: mniej niż 0,13. IgM: 0,2. Cytologia szyjki macicy wykonana w dniu 22 listopada 2006 roku - II stopień. Badanie cukru z dnia 14 listopada 2006 roku: 75mg%.

Zgodnie z wynikami badania USG J. K.-Bar przeprowadzonego w dniu 1 grudnia 2006 roku, w jamie macicy widoczny był 1 żywy płód, w położeniu zmiennym, kosmówka - głównie na ścianie przedniej z płatem dodatkowym jednorodna. Dolny biegun nie pokrywał UW. Objętość płynu owodniowego była prawidłowa. Prawidłowe zarysy kości czaszki

i mózgowia - spłotów naczyniówkowych, sierpu mózgu, kręgosłupa, kończyn górnych i dolnych. Twarzoczaszka wydawała się być prawidłowa. Widoczny był, w typowym miejscu, żołądek płodu, uwidoczniono pęcherz moczowy płodu do 4mm. Serce było typowo położone, prawidłowej wielkości, czterojamowe, połączenia komoro - tętnicze wydawały się zgodne. Rytm miarowy około 145/min. Podane wymiary były bez cech niedomykalności. W rzucie przydatków zmian patologicznych nie stwierdzono. Wnioski: 13,3 tydzień wg ostatniej miesiączki, 13,2 wg USG bez ewidentnych anomalii.

W dniu 5 stycznia 2007 roku wykonano u J. K. – Bar badanie biochemiczne płynu owodniowego, nie stwierdzono obecności patologicznego prążka .

Badanie USG przeprowadzone dnia 23 stycznia 2007 roku wykazało pojedynczy płód, w położeniu podłużnym główkowym, postawa I, łożysko na ścianie przedniej z płatem dodatkowym na ścianie tylnej. Pierwszy stopień dojrzałości według G.. Dolny biegun w bezpiecznej odległości od UW. Prawidłowa objętość płynu owodniowego (...) 12cm. Prawidłowe zarysy kości czaszki, twarzoczaszki, mózgowia, kręgosłupa kończyn dolnych i górnych, narządów klatki piersiowej, jamy brzusznej. Żołądek i pęcherz w miejscu typowym, prawidłowy profil płodu, prawidłowe ruchy płodu. Pępowina trójnaczyńkowa. Serce czterojamowe, prawidłowej wielkości, prawidłowa czynność serca, 2 symetryczne komory, 2 symetryczne przedsionki, prawidłowa korelacja dużych naczyń, prawidłowe przepływy przezsercowe. Płód wydolny krążeniowo. Rytm serca miarowe ok. 140/min. (...) 2,1mm. Biometria zgodna z ostatnią miesiączką, symetryczna. Średnio 21 tydzień ciąży, waga płodu 380g. Płód eutroficzny w 21 tygodniu bez ewidentnych anomalii. Ocena szyjki macicy: odległość UW od UZ średnio 35 mm, część pochwowa szyjki średnio 18 mm, kanał szyjki zamknięty, także przy próbie parcia.

Badanie USG przeprowadzone u J. K. - Bar w dniu 9 marca 2007 roku wykazało m.in.: pojedynczy żywy płód w położeniu podłużnym miednicowym, łożysko położone na ścianie przedniej, prawidłowa ilość płynu owodniowego. Kości pokrywy czaszki prawidłowo wykształcone, komory boczne mózgu symetryczne, nieposzerzone, sierp mózgu o prawidłowym przebiegu. Zarys twarzoczaszki prawidłowy, kręgosłup płodu symetryczny z zachowaną ciągłością. Serce czterołamowe, (...) miarowe 140/min. Żołądek, nerki, pęcherz moczowy w prawidłowym położeniu. Kończyny górne i dolne prawidłowo wykształcone.

W dniu 11 kwietnia 2007 roku J. K. - Bar przeprowadzone miała kolejne badanie USG, które wykazało: pojedynczy żywy płód w położeniu podłużnym główkowym, postawa 2. Łożysko na ścianie przedniej, dolny biegun w bezpiecznej odległości od UW - 2 stopień dojrzałości według G. o typowej budowie z płatem dodatkowym na ścianie tylnej, prawidłowa ilość płynu owodniowego (...) 11cm. Kości pokrywy czaszki, mózgowie prawidłowo wykształcone, komory boczne mózgu nieposzerzone. Zarysy twarzoczaszki, kończyn górnych i dolnych wydają się prawidłowe. Serce czterojamowe prawidłowej wielkości. Prawidłowa korelacja dużych naczyń. Czynność serca miarowa ok. 140/min. Żołądek, nerki, pęcherz moczowy płodu widoczny symetryczny. Kręgosłup o prawidłowym przebiegu, symetryczny, pępowina trójnaczyńkowa, biometria płodu, symetryczna 31 tydzień ciąży. Szacowana masa płodu 1710g. Prawidłowe przepływy. Wnioski: ciąża w 32 tygodniu. Eutrofia.

Dnia 9 maja 2007 roku J. K. - Bar została skierowana do szpitala, w skierowaniu zaznaczono, że z powodów ortopedycznych jest ona zakwalifikowana do porodu przez cesarskie cięcie. Prowadzący ciążę lekarz P. K. (1) stwierdził w dniu 9 maja 2007 roku, że płód jest w dobrostanie, nie stwierdził żadnych nieprawidłowości w jego rozwoju.

J. K. - Bar została przyjęta do Instytutu Centrum (...) w Ł. w dniu 15 maja 2007 roku o godzinie 5.39. Przy przyjęciu w Izbie Przyjęć J. K. – Bar została zbadana przez lekarza ginekologa P. B.. Było to standardowe badanie przez pochwę. Lekarz nie wykonał badania zewnętrznego pomiaru macicy.

Matka powoda została przywieziona na salę porodową o godzinie 6.00. O godzinie 6.31 pobrano krew do badania. O godzinie 6.45 dr A. S. przeprowadził badanie ginekologiczne matki powoda, które wykazało u pacjentki płynące wody płodowe (czyste) od 2 godzin. Ustalono, że pęcherz płodowy pękł o godz. 5.00. J. K. – Bar została podłączona do KTG ok. godz. 6.15.

Lekarz opiekujący się matką powoda dr P. K. (1) przed obchodem poinformował ją, iż będzie operowana w drugiej kolejności, gdyż pierwszy zabieg będzie przeprowadzany przez kierownika Kliniki, któremu będzie asystował. Podczas obchodu matka powoda nie została zbadana, po obchodzie zgłosiła położną bóle, poprosiła o środek znieczulający. W tym czasie nie była podłączona do KTG.

O godzinie 8.15 przeprowadzono kolejne badanie matki powoda, wykonał je dr J.. Ustalono: stan ogólny dobry, skurcze co 2-3 minuty, tętno płodu 140/min., R - (+), W - (-), PV O/7-8, główka przyparta do wchodu. Ze względu na wskazania ortopedyczne, zakwalifikowano pacjentkę do zakończenia porodu drogą cięcia cesarskiego. J. K. - Bar wyraziła zgodę na cesarskie cięcie. W dokumentacji medycznej wpis z dnia 15 maja 2007 roku, dotyczący badania matki powoda o godzinie 8.15 został podpisany przez dr J. i dr K..

O kolejności zabiegów decyduje kierownik Kliniki, wówczas był nim prof. O.. Przed J. K. - Bar, w dniu 15 maja 2007 roku, zabieg cesarskiego cięcia przeprowadzony był u K. P., która do Instytutu Centrum (...) w Ł. przybyła o godzinie 7.45. Poród u tej pacjentki nastąpił o godzinie 8.10. Zabiegu dokonał prof. O. z dr K.. W okresie od przybycia J. K. - Bar do pozwanego Instytutu około godziny 6.00 do jej porodu, nie było innych pacjentek oczekujących na zabieg cesarskiego cięcia.

W Instytucie Centrum (...) w Ł. są cztery bloki operacyjne, są trzy sale, na których wykonuje się cesarskie cięcia. O godzinie 8.40 rozpoczęto znieczulanie. Zabieg przeprowadzono w znieczuleniu podpajęczynówkowym. Z karty znieczulenia wynika, iż matce powoda podano M. H. 0,5% 3,5 ml, znieczulenie podoponowe, dożylnie K., D., F. i E..

Po przygotowaniu pola operacyjnego po wycięciu starej blizny, otwarto warstwowo powłoki jamy brzusznej, stwierdzono rozejście się mięśnia macicy w bliźnie po cięciu cesarskim na szerokości ok. 7 cm oraz pęknięcie dolnego odcinka macicy w kierunku pochwy, które zaopatrzono szwami typu Z. Macicę w miejscu rozejścia otwarto poprzecznie i w zagłówkach wydobyto płód żywy donoszony, którego po odśluzowaniu i odpepnieniu przekazano pediatrze.

Poród dziecka nastąpił o godzinie 8.47. Do mięśnia podano 10 jednostek O.. Łożysko wydobyto ręcznie. Wyłuszczono jamę macicy. Z. szwami typu Z. Wykonano toaletę jamy brzusznej i warstwowe szycie powłok. Na skórze założono szwy ciągłe. Macica była obkurczona. S. ogólny po operacji ustalono jako dobry. Utrata około 400 ml krwi.

J. K. - Bar przebywała w pozwanym Instytucie do dnia 19 maja 2007 roku, kiedy to została wypisana do domu w stanie ogólnym dobrym. Zalecono kontrolę w Poradni (...) za 6-8 tygodni. Podczas zabiegu operacyjnego oraz podczas pobytu w pozwanym Instytucie matce powoda nie była podawana krew.

Matka powoda przed porodem podłączona była w pozwanym Instytucie do aparatury wykonującej badanie KTG. Na oddziale porodowym dowodem zapoznania się przez lekarza z zapisem KTG są wpisy do karty. Zapis ten jest zawsze monitorowany, w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości powinna być reakcja personelu.

Z zapisu KTG wykonanego u matki powoda wynika iż czas jest błędnie podany, nie ma zaznaczonej daty badania, czas badania wskazany na zapisie KTG jest niezgodny z czasem rzeczywistym, nie zaznaczono godziny rozpoczęcia oraz jego zakończenia, co jest istotne bowiem długość czasu pomiędzy przyjęciem matki powoda na salę porodową a wykonaniem cesarskiego cięcia wynosi około 2 godziny 47 minut, a zapis dotyczy czasu wynoszącego 1 godzinę 12 minut. Z zapisu wynika przerwa w wykonywaniu badania, która wynosi ok. 15 minut.

W dokumentacji brak jest wpisów obserwacji lekarskich z czasu pobytu matki powoda na sali porodowej, nie ma też adnotacji na zapisie KTG. Zapis badania był reaktywny, oscylacja falująca, występowała regularna hipotoniczna czynność skurczowa macicy co 2-3 minuty. Nie zaobserwowano objawów bezpośredniego zagrożenia dla płodu w zapisie. Około 20 minut przed zakończeniem KTG czynność skurczowa macicy nie została zarejestrowana. Objawów bezpośredniego zagrożenia dla płodu w zapisie nie zaobserwowano. Hipotetycznie, jeśli przez ostatnie 15 minut, kiedy nie było zapisu KTG, w tym czasie mogło dojść do niedotlenienia.

Praktyka (...) jest taka, że urządzenie badające KTG odłączane jest jedynie na czas przetransportowania pacjentki na blok operacyjny. Jeżeli urządzenie jest odłączane to powinna być adnotacja o tym fakcie. W przypadku pacjentki podwyższonego ryzyka jaką była matka powoda monitorowanie winno się odbywać w sposób ciągły.

Wynikający z zapisu KTG brak czynności skurczowej mięśnia macicy około 20 minut przed zakończeniem zapisu KTG może być objawem niemego rozejścia się w bliźnie, jak również wskazywać na przesunięcie peloty z czujnikiem na brzuchu rodzącej. Z dokumentacji medycznej nie wynika jednak, by ktokolwiek z personelu medycznego zwrócił uwagę na brak czynności skurczowej mięśnia macicy w zapisie KTG.

Od przybycia do pozwanego szpitala (...) odczuwała silne bóle, o czym informowała personel medyczny.

Podczas zabiegu operacyjnego stwierdzono rozejście się mięśnia macicy w miejscu starej blizny na szerokości ok. 7 cm oraz pęknięcie podłużne macicy w kierunku pochwy. Pęknięcie macicy następuje w przypadku niemożliwej do pokonania przeszkody porodowej lub najczęściej - rozejścia ściany macicy w miejscu blizny po wcześniej przeżytym uszkodzeniu ściany macicy (rozejście się źle wygojonej blizny, zwłaszcza po przeżytym cięciu cesarskim, blizny po przebicciu macicy lub przebyciu operacji wyłuszczenia mięśniaków macicy oraz przebytych operacjach macicy, czasem po fizjologicznym rozciągnięciu macicy podczas ciąży, częściej wskutek rozciągnięcia podczas porodu. Pęknięcie może nastąpić również w zbliżowacialej ścianie macicy po przebytych procesach zapalno - destrukcyjnych (np. ciężkim zapaleniu błony śluzowej i mięśniowej macicy lub po poronieniu septycznym).

Pęknięcie macicy najczęściej poprzedzają objawy zagrożenia pęknięciem macicy, którymi są :

- wyraźnie nasilanie się czynności skurczowej aż do gwałtownych skurczów, prawie bez przerw, doprowadzając do tzw. skurczu tężcowego,
- wystąpienie pierścienia skurczowego i jego przemieszczenie się ku górze,
- podczas skurczów następują trudne do zniesienia bóle,
- okolica między pępkiem a spojeniem łonowym jest napięta i bardzo wrażliwa na ucisk,
- oba więzadła obłe są napięte,
- wyraz twarzy cierpiący (pacjentka bardzo niespokojna i blada),
- w badaniu przez pochwę: część przodująca sprężyste przyparta do wchodu miednicy.

Pęknięcie macicy może również występować bez objawów ostrzegawczych. Dotyczy to zwłaszcza rozejścia się macicy w bliźnie, która może rozejść się nawet podczas prawidłowej czynności skurczowej, a nawet sporadycznej w wyniku skurczów ciężowych. Rozejście się blizn, które przebiegają bezobjawowo najczęściej jest niekompletne.

Po dokonaniu rozejścia blizny przez dłuższy czas można nie obserwować objawów: skurcze najczęściej nie ustępują nagle, lecz słabną stopniowo, ból nie występuje, nie występuje krwawienie z dróg rodnych i często dopiero po jakimś czasie, gdy występują objawy krwotoku wewnętrznego (małe i szybkie tętno, objawy zapaści) nasuwa się podejrzenie pęknięcia macicy.

Pęknięcie macicy może być przyczyną niedotlenienia płodu, które może być powodem mózgowego porażenia dziecięcego.

Znieczulenia matki powoda do zabiegu dokonywała lekarz anestezjolog dr S. J. K. – Bar była znieczulona za pomocą tzw. blokady podpajęczynówkowej zwanej inaczej znieczuleniem rdzeniowym. Metoda ta polega na wprowadzeniu do przestrzeni podpajęczynówkowej kanału kręgowego poprzez cienką igłę środka znieczulenia miejscowego.

Rozmiar i rodzaj wykorzystanej do tego celu igły, jak i środek oraz jego objętość były prawidłowe. Ten rodzaj znieczulenia powoduje wystąpienie całkowitej blokady ruchowej i bólowej w operowanym obszarze ciała (przede wszystkim podbrzusza i kończyn dolnych) po upływie na ogół 2 do 3 minut. Taka blokada umożliwia wykonanie w sposób bezbolesny zabiegu w zakresie znieczulonego obszaru ciała. Ten rodzaj znieczulenia, który jest standardem w znieczulaniu cięć cesarskich oraz użyte do niego leki, w tym przypadku hiperbaryczny roztwór 0,5% bupiwakainy - preparat M. (...), nie mają wpływu na dobrostan dziecka.

Zgodnie z danymi umieszczonymi w karcie znieczulenia blokada została wykonana o godzinie 8:40. Dziecko zostało wydobyte, a więc urodziło się o godzinie 8:47. Tuż po jego urodzeniu (o godzinie 8:48 według protokołu znieczulenia) lekarz anestezjolog podał pacjentce dożylnie leki: znieczulenia ogólnego, w tym K.- lek anestetyczny wywołujący sen, następnie D. - lek uspakajający i mający ponad to działanie amnestyczne tzn. wywołujący niepamięć zdarzeń jakie mają miejsce w czasie jego działania oraz dodatkowo F.- silny środek opioidowy - przeciwbólowy. W dokumentacji podano, że leki te podane zostały po wydobyciu dziecka, a więc wtedy gdy nie istnieje już połączenie pomiędzy układem krwionośnym matki i dziecka. Gdyby tak było, to nie mogłyby mieć wpływu na organizm powoda, a tym samym nie mogły być przyczyną powikłań okołoporodowych.

W trakcie porodu powód S. K. ułożony był główkowo. Nie stwierdzono urazów porodowych, waga dziecka wynosiła 2.450g, długość 27/49, obwód głowy 34, obwód klatki piersiowej 30. Wykonano zabieg C..

W skali A. w pierwszej minucie po porodzie powód miał następujące parametry: czynność serca - 2, oddech - 0, napięcie mięśni - 1, odruchy - 1, zabarwienie skóry - 2 (łącznie 6), zaś w trzeciej minucie po porodzie parametr oddechu wzrósł do 2.

W kolejnych dniach waga dziecka wynosiła: 16 maja - 2410g, 17 maja - 2380g, 18 maja - 2400g, 19 maja - 2400g. Badanie wykonane w dniu porodu o godzinie 9.00 wykazało: stan dobry, dziecko żywotne, skóra różowa elastyczna, pokryta mazią płodową, tkanka podskórna słabo rozwinięta, ciemię 1/2, jama ustna bez zmian, obojczyki całe, serce -czynność miarowa, płuca - szmer pęcherzykowy prawidłowy, tony głośne, czyste, brzuch miękki bez oporów patologicznych, kończyny symetryczne, stawy biodrowe bez zmian, odruchy są, tętno na tętnicach udowych dodatnie, drożność przełyku zachowana, drożność odbytu zachowana.

W karcie zleceń powoda wpisano m.in.: inkubator, karmienie naturalne, morf, (...), grupa krwi, krew pępowinowa. podanie N. 1/2 amp. dom. (co wykonano wg wpisu o godzinie 8.49) Wykonanie badania krwi pępowinowej powoda zlecono o godzinie 8.50 i wg wpisu o tej samej godzinie je wykonano.

W dniu 15 maja 2007 roku o godzinie 9.05 u powoda wykonano badanie morfologiczne krwi: krwinki białe (...) 6,46, krwinki czerwona (...) 4,14, hemoglobina (...) 14,2, hematokryt (...) 41,9, płytki krwi (...) 360. Równowaga kwasowo-zasadowa pH 7,27, (...),3, BE -2,2 mmol/l, (...),7 mmol/l, PO2 15,8 mmHg, O2 saturacja 15,9%. W uwagach do wyników badań wpisano: krew pępowinowa.

W badaniu USG przeciemiążczkowego wykonanym w dniu 17 maja 2006 roku stwierdzono cechy zespołu niedokrwiennie – niedotlenionego. Rogi przednie komór bocznych zaokrąglone po przebytych zmianach o charakterze niedokrwiennie – niedotlenieniowym, na wysokości rogu przedniego prawego pojedyncza zmiana malacyjna średnicy 4 mm. (...) malacji stwierdzone w badaniu wykonanym w dniu 17 maja 2007 roku, świadczy o tym, że występuje niedokrwiennie - niedotleniowe uszkodzenie mózgu. Takie samo ognisko mogłoby być wtórne do krwawienia śródczaszkowego po wchłonięciu krwiaka. Nie można odpowiedzieć na pytanie w jakim czasie mogło powstać ujawnione w badaniu ognisko malacji. Takie ognisko malacyjne mogło powstać również w okresie wewnątrzmacicznym, jak i podczas porodu.

Podczas dalszego pobytu powoda w szpitalu nie odnotowano żadnych komplikacji. Po wypisaniu powoda do domu w dniu 19 maja 2007 roku zalecono kontrole w poradni patologii noworodka, poradni okulistycznej, kontrolne USG głowy. Powód od dnia 25 czerwca 2007 roku pozostawał pod opieką Poradni Patologii Noworodka pozwanego Instytutu. W Zakładzie (...) pozwanego Instytutu wykonano powodowi w dniu 24 marca 2009 roku test metyzaacji DNA w kierunku zespołu (...). Na podstawie analizy molekularnej stwierdzono prawidłowy wzór metyzaacji w locus (...) na chromosomie 15, który wyklucza w 99% rozpoznanie zespołu (...).

W analizowanej dokumentacji porodu brak jest danych, na podstawie których można jednoznacznie ocenić, czy krew pępowinowa do tego badania została prawidłowo pobrana. Krew pępowinowa pobierana jest tuż po porodzie z naczyń pępowinowych, tzn. naczyń krwionośnych łączących układ krążenia dziecka w trakcie trwania ciąży z krwioobiegiem matki. Są to dwa główne naczynia: tętnica i żyła. Tętnica odpowiedzialna jest za dostarczanie krwi natlenowanej do organizmu płodu-dziecka, przez żyłę zaś odprowadzana jest krew odtlenowana z organizmu dziecka. Badania gazometryczne krwi pobrane z obu tych naczyń zasadniczo różnią się od siebie.

Krew pobrana z tętnicy powinna zawierać większe stężenie parcjalne tlenu i jednocześnie niższe stężenie dwutlenku węgla w porównaniu z próbką krwi pobraną z żyły. Poziom ciśnień parcjalnych tlenu i dwutlenku węgla odzwierciedla jakość wymiany gazowej pomiędzy organizmem matki i dziecka i służy ocenie tego, czy dziecko jest prawidłowo natlenione. Ważnym w interpretacji wyników jest wiedza, o tym czy analizowano krew była żylną, czy tętniczą. Ponadto, wiarygodność oceny analizy krwi pępowinowej jest ściśle związana z czasem jej pobrania. Krew ta musi być pobrana tuż po wydobyciu dziecka i podwiązaniu pępowiny. Pobiera się ją natychmiast po wydobyciu łożyska. Pobranie krwi z naczyń pępowinowych w okresie późniejszym i wykonanie jej analizy gazometrycznej, czyni to badanie całkowicie niewiarygodnym. W dokumentacji pacjentki brak jest informacji o tym z jakiego naczynia krwionośnego - żylnego, czy tętniczego krew była pobrana.

Znieczulenie podpajęczynówkowe lub rdzeniowe nie zawsze wszystkim pacjentkom zapewnia pełny komfort. Zdarza się, że podany lek jest niewystarczający, dlatego czasami anestezjologdy praktykują, po wyjęciu dziecka, podanie leków znieczulających, znoszących świadomość, aby poprawić komfort matki. F. ma za zadanie poprawienie analgezji – ma działanie przeciwbólowe. Nie zawsze jest jednakowy efekt po tej samej dawce u różnych pacjentów. Podanie tego leku mogło wynikać z faktu pęknięcia macicy, w związku z czym natężenie bólowe było większe. Zwykle jest tak, że w anestezjologii podaje się K., dodatkowo podaje się benzodwuzopiny i do nich należy M., którą pacjentka otrzymała, te leki mają działania – Etamina- usypiające, a M. uspokajające – te leki się uzupełniają a trzeci lek to lek przeciwbólowy. Lek przeciwbólowy jest stosowany kiedy jest potrzeba pogłębienia stanu przeciwbólowego. Zwyczajowo w karcie znieczulenia zaznacza się ile krwi straciła pacjentka. W cięciu cesarskim jest większa skłonność do krwawienia. Ilość utraconej krwi jest to istotna informacja dotycząca stanu zdrowia pacjentki.

N. podaje się dziecku jeżeli uważa się że może być pod wpływem działania środków opiodowych – narkotycznych, mogą to być silne środki przeciwbólowe np. F.. Leki opiodowe działają hamująco na ośrodkowy układ oddechowy i mogą wywołać bezdech. N., jak jest dostęp dożylny, to podaje się noworodkowi dożylnie lub domięśniowo. N. służy do leczenia bezdechu, kiedy przyczyną bezdechu jest działania opiodów. Z dokumentacji nie wynika, w jakim celu zastosowano N. u powoda.

Skala A. ocenia dobrostan dziecka w chwili urodzenia – ocenia się tam napięcie mięśniowe, zabarwienie skóry i oddech dziecka. 6 punktów oznacza obniżoną punktację, bo 10 jest oceną prawidłowego stanu dziecka. Krew u noworodka można pobrać z naczynia żylnego i tętniczego. W zależności od tego czy jest to krew żylna, czy tętnicza inaczej interpretuje się wartości dwutlenku węgla. Wtedy interpretacja badania jest inna. Aby wynik krwi był miarodajny, krew dziecka powinna być pobrana natychmiast po porodzie. Kiedy dziecko traci łączność z krwioobiegiem matki, nie możemy zinterpretować wartości badania, nie powie nam nic na temat natlenienia dziecka w chwili urodzenia. Krew do badania powinna być pobrana natychmiast po urodzeniu dziecka, gdyż każda minuta ma znaczenie dla wiarygodności wyniku oraz powinna zawierać oznaczenie, czy jest to krew żylna, czy też tętnicza.

Z dokumentacji nie wynika, czy pobrano krew żylną, czy tętniczą. Na podstawie przedstawionych wyników gazometrii i wyników badań nie można podjąć się wiarygodnej interpretacji, gdyż to co jest normą dla krwi tętniczej, nie jest normą dla krwi żylniej. Dziecko w łonie matki nie oddycha, jedynym miejscem, gdzie następuje wymiana gazowa to łożysko, które stanowi „płuca” dziecka, kiedy ono żyje w łonie matki, tam jest najwyższe stężenie krwi i tlenu. S. noworodka nie ocenia się tylko na podstawie stanu gazometrycznego i wyniku krwi pępowinowej. Najistotniejsze są badanie kliniczne.

Gdyby założyć hipotetycznie, iż nastąpiło pobranie krwi pępowinowej powoda w sposób prawidłowy, to wynik PO₂ 15.8 świadczyłby o bardzo niskim stężeniu tlenu. Saturacja w tym wypadku jest bardzo niska. Świadczy to o niedostatecznym dowozie tlenu do organizmu dziecka przez łożysko, czyli niedotlenieniu. Wynik (...) 7.27 jest nieznacznie obniżony, dziecko po urodzeniu ma prawo mieć takie (...), przy założeniu, że krew jest pobrana prawidłowo. Niższe (...) jest w krwi żylniej.

Ustalenie przyczyn stanu powoda utrudnia niewykonanie badania histopatologicznego łożyska. Uniemożliwia to wykluczenie albo potwierdzenie cech przedwczesnego odklejania łożyska lub innych jego nieprawidłowości, mogących przyczynić się do wystąpienia zmian u małoletniego powoda S. K.. Badanie łożyska powinno zostać wykonane, a jego brak nie pozwala na jednoznaczne rozstrzygnięcie, co było przyczyną wystąpienia zmian niedokrwiennie-niedotlenieniowych a w konsekwencji mózgowego-porażenia dziecięcego.

Reasumując, powyższe braki w dokumentacji medycznej nie pozwalają na odtworzenie postępowania medycznego wobec matki małoletniego powoda w okresie od jej przyjęcia na salę porodową do rozpoczęcia zabiegu cesarskiego cięcia, nie pozwalają na ocenę poprawności postępowania. Natomiast niewykonanie przytoczonych powyżej badań z kolei nie pozwala jednoznacznie rozstrzygnąć co było przyczyną wystąpienia zmian niedokrwiennie-niedotlenieniowych, a w konsekwencji najcięższej postaci czterokończynowego mózgowego porażenia dziecięcego.

W pozwanym Instytucie nie ma ogólnych zasad dotyczących obowiązku wykonania badania łożyska. Badanie takie wykonuje się, gdy lekarz zaobserwuje zmiany w łożysku, gdyż może ono odpowiedzieć, czy występują zmiany mające związek z chorobą matki lub dziecka.

Dokumentacja medyczna powoda budzi następujące zastrzeżenia: brak opisu badania zewnętrznego i wewnętrznego pacjentki podczas przyjęcia do szpitala uniemożliwia ocenę zaawansowania porodu w momencie jej przyjęcia do szpitala oraz porównania sytuacji i jego postępu przy zakwalifikowaniu jej do zabiegu operacyjnego.

W dokumentacji brak wpisów z obserwacji pacjentki podczas rozwijającej się akcji porodowej. Na wyniku badania KTG nie zaznaczono godziny rozpoczęcia badania. Brak jest także informacji co było przyczyną przerwy w zapisie czynności serca, jak również czynności skurczowej macicy (zdjęcie peloty?).

Brak czynności skurczowej mięśnia macicy przez ok. 20 min. przed zakończeniem zapisu KTG mógł być objawem niemego rozejścia się w bliźnie, jak również wskazywać na przesunięcie peloty z czujnikiem na brzuchu rodzącej. Z dokumentacji medycznej nie wynika by ktokolwiek z personelu medycznego zwrócił uwagę na brak czynności skurczowej mięśnia macicy w zapisie KTG. Nie ma również opisu stanu matki powoda w chwili przyjęcia na salę porodową oraz w chwili podjęcia decyzji o cesarskim cięciu.

Powyższe braki uniemożliwiają ocenę poprawności postępowania personelu medycznego pozwanego wobec J. K.-Bar. Wprawdzie z dokumentacji nie wynika, żeby występowały objawy ostrzegawcze pęknięcia macicy, jednakże wobec podanych powyżej braków nie wiadomo, czy objawy te nie występowały, czy ich nie opisano.

W tej sytuacji, wobec braków w dokumentacji medycznej nie można jednoznacznie stwierdzić czy lekarze podczas porodu matki powoda sprawowali nad nią w sposób prawidłowy opiekę medyczną i czy wpływało to na pojawienie się komplikacji okołoporodowych w postaci pęknięć macicy, a w rezultacie na stan dziecka opisywany po porodzie tj. zmiany niedokrwiennie-niedotlenieniowe.

Badania prenatalne wykonane u J. K. - Bar, w tym obarczone ryzykiem powikłań badania inwazyjne, wykluczyły obecność nieprawidłowości chromosomowych i wad budowy anatomicznej płodu. Wprawdzie istnieje szereg chorób o etiologii monogenowej i wielogenowej, których rozpoznanie prenatalne nie jest możliwe i wymaga dalszej diagnostyki i obserwacji dziecka po urodzeniu, z dostępnej dokumentacji nie wynika jednakże, by u powoda podejrzewano istnienie chorób o etiologii monogenowej i wielogenowej, które można by ewentualnie powiązać z wystąpieniem mózgowego porażenia dziecięcego. Zatem dostępne dane pozwalają wykluczyć patologie w okresie ciąży lub schorzenia wrodzone jako przyczynę wystąpienia mózgowego porażenia dziecięcego.

Jeśli chodzi o uszkodzenia poporodowe, to nie ma żadnych danych pozwalających na powzięcie takiego ustalenia. Małoletni powód został wypisany od pozwanego z zaleceniem kontroli w (...). Dane z dokumentacji medycznej nie dają podstaw do stwierdzenia by istniały u powoda takie patologie okołoporodowe jak krwawienie śródczaszkowe lub hiperbilirubinemia. W niniejszym przypadku należy zauważyć, że ciąża była zagrożona porodem przedwczesnym, poród rozpoczął się odpłynięciem płynu owodniowego 3 tygodnie wcześniej. U dzieci urodzonych przedwcześnie nawet w 37 tygodniu ciąży ryzyko zaburzeń oddychania po urodzeniu jest trzykrotnie wyższe niż u dzieci urodzonych w 40 tygodniu. Tak więc nie można również w sposób jednoznaczny wykluczyć przyczyn pozapoporodowych na obecny stan zdrowia i rozwoju dziecka.

W badaniu pediatrycznym powoda w dniu 6 października 2011 roku biegli stwierdzili: leżący, przytomny, pogodny podczas badania. Kończyny górne zgięte w stawach łokciowych. Szpotawość stóp. Ruchy czynne kończyn ograniczone. Napięcie mięśniowe w kończynach górnych i dolnych wzmożone bardziej po stronie prawej. Głowa kształtna, opukowo niebolesna, gałki oczne osadzone i ustawione prawidłowo, źrenice okrągłe, równe. Nos drożny, bez wydzieliny. Śluzówki jamy ustnej różowe, wilgotne, bez nalotów. Klatka piersiowa symetryczna, ruchoma oddechowo, szmer oddechowy pęcherzykowy prawidłowy. Akcja serca miarowa, około 85/min, tony czyste, o prawidłowej akcentacji. Brzuch miękki, niebolesny, narządy jamy brzusznej niepowiększone. Narządy moczowo-płciowe zewnętrzne bez nieprawidłowości.

W badaniu neurologicznym stwierdzono: ustawienie, osadzenie gałek ocznych prawidłowe. Szpary powiekowe symetryczne, źrenice okrągłe prawidłowe, prawidłowa ruchomość gałek ocznych, czucie twarzy nie do oceny. Symetria twarzy w spoczynku - opuszczony niższy kąt ust po stronie prawej. Kończyny górne: przykurcz zgięciowy w obu stawach łokciowych. Poza tym ukształtowane prawidłowo, ruchy czynne ograniczone. Osłabienie siły mięśniowej bardziej po lewej, wzmożone napięcie mięśniowe po prawej bardziej niż po lewej. Odruchy okostnowe symetryczne. Odruchy ścięgnowe symetryczne. Czynność ręki chwytna. Kończyny dolne ułożone dowolnie, ukształtowanie, ułożenie szpotawe stopy prawej. Ruchy czynne osłabione obustronnie. Siła mięśniowa osłabiona obustronnie. Napięcie mięśniowe wzmożone bardziej po prawej. Odruchy kolanowe symetryczne. Odruchy skokowe po lewej żywsze niż po prawej. Objaw B. dodatni obustronnie. Objawy oponowe ujemne. Badany siedzi z asekuracją, przeważa się na boki. Funkcje wyższe: wypowiada pojedyncze sylaby.

W badaniu specjalisty z dziedziny rehabilitacji stwierdzono: badany siedzi z asekuracją, chłopiec, w kontakcie, wodzi wzrokiem, nie mówi: kończyny dolne napięcie wzmożone, niewielki przykurcz zgięciowy w stawach kolanowych. W stawach skokowych przykurcz ścięgien A. obustronnie, stopy zrotowane do wewnątrz. Odruchy wygórowane. B. dodatni po prawej stronie. Odwraca się na boki. Napięcie na kończynach górnych wzmożone. Posadzony utrzymuje głowę i tułów podparty na rączkach - siad skrzyżny. Chłopiec wesoły, ograniczenie ruchomości stawu biodrowego lewego. W rtg podwichnięcie stawu biodrowego lewego.

Podczas badania psychologicznego stwierdzono: chłopiec 4-letni, z mózgowym porażeniem dziecięcym. Urodzony z CII, Pił, 37H., 2450g/49cm, A. 6/8. W USG p/ciemieniowym stwierdzono zmiany o charakterze niedokrwiennoniedotlenieniowym. Rozwój psychomotoryczny od urodzenia przebiegał nieprawidłowo (w 22m-cu życia nie siedział samodzielnie, nie mówił). W badaniu stwierdzono:

Sfera ruchowa:

motoryka duża: posadzony siedzi z asekuracją, nie raczkuje, położony na brzuchu próbuje przemieszczać się (przez „przetaczanie się”), nie utrzymuje ciężaru ciała, nie stoi, nie chodzi;

motoryka mała: posługuje się głównie ręką prawą (większa sprawność), silne napięcie mięśniowe, brak chwytu pęsetkowego, przedmioty chwyta przywodząc palce dłoni do jej wnętrza czasem z udziałem kciuka, trudności z wykonywaniem ruchów celowych i precyzyjnych, często posługuje się wyłącznie palcem wskazującym np. sygnalizując na co chce zwrócić uwagę opiekuna, trudności w manipulowaniu przedmiotami, potrafi dopasować kształty w sorterze, nie potrafi ułożyć wieży z klocków, rysunek na poziomie bazgrot, podejmuje próbę zamykania koła, często rysuje bez kontroli wzroku - trudności z wykonywaniem czynności wymagających współdziałania ręki i oka.

Percepcja:

fiksuje wzrok na przedmiotach realnych oraz na desygnatach obrazkowych, odróżnia i prawidłowo wskazuje kształty, kolory; wskazuje prawidłowo przedmioty, czynności, rozpoznaje przedmioty na podstawie użytku.

Uwaga: uwagę skupia na krótko, potrafi kierować uwagę dowolną.

Mowa: niewykształcona mowa czynna, komunikuje się za pomocą dwóch słów (mama, bebe) oraz nieokreślonych wokalizacji, rozumienie mowy - dobre; zaburzona prakcja oralna. Myślenie: rozumie i wykonuje proste polecenia (także niepoparte gestem), potrafi dokonywać klasyfikacji obiektów ze względu na kształt, wzór; prawidłowo rozumie relacje wielkości (mniejszy-wiekszy), ma trudności z oceną relacją odległości (bliżej, dalej).

Samoobsługa:

myty i ubierany przez opiekuna, próbuje samodzielnie chwytać i kierować do ust większe kawałki chleba, próbuje utrzymać podany kubek, nie sygnalizuje potrzeb fizjologicznych.

Schemat ciała:

prawidłowo identyfikuje i wskazuje lewą i prawą stronę ciała. Rozwój emocjonalny i społeczny: nawiązuje kontakt wzrokowy, odzwierciedla uśmiech, dąży do kontaktu interakcyjnego z opiekunem, współpracujący, chętnie angażuje się w zabawy edukacyjne, pozytywnie reaguje na obecność innych dzieci (od około tygodnia chodzi na zajęcia do przedszkola na 4 godziny dziennie, zostaje tam chętnie), reaguje na imię.

W odniesieniu do aktualnego stanu zdrowia małego S. K. stwierdzić należy, że przyczynami mózgowego porażenia dziecięcego mogą być: patologie w okresie ciąży takie jak: infekcje wewnątrzłonowe (np. cytomegalia, toksoplazmoza, różyczka), konflikt serologiczny, zatrucie ciążowe, przewlekłe choroby matki, zagrażające poronieniu, przyjmowanie leków przez matkę, wady wrodzone matki itp.; patologie porodu takie jak: encefalopatia niedokrwienno-niedotlenieniowa, wcześniactwo, krwawienie śródczaszkowe, hiperbilirubinemia; uszkodzenia poporodowe w 1 r. ż. takie jak: infekcje ośrodkowego układu nerwowego, urazy mechaniczne, wodogłowie; czynniki genetyczne; wady wrodzone (...).

U powoda rozpoznano mózgowie porażenie dziecięce z niedowładem spastycznym czterokończynowym, zaburzony rozwój motoryki dużej i małej, w tym: chwytu, koordynacji wzrokowo - motorycznej, brak zdolności swobodnego manipulowania przedmiotami, brak rozwoju mowy czynnej, rozwój zdolności do myślenia i rozumowania pozostaje w granicach normy wiekowej, podwichnięcie lewego stawu biodrowego.

Uszczerbek na zdrowiu małego S. K. wynosi 160 %. Ustalono w oparciu o przepisy zawarte w Dziennik Ustaw Nr 234, poz. 1974 z dnia 28.12.2002 r. uwzględniając: za mózgowie porażenie dziecięce z niedowładem spastycznym czterokończynowym per analogiam do pkt 5 - 100%; za brak mowy czynnej per analogiam do pkt 11 b - 60%. Z uwagi na stan neurologiczny uniemożliwiający samodzielne poruszanie się, odstąpiono od oceny uszczerbku na zdrowiu związanego z podwichnięciem biodra lewego.

Obecnie małeletni powód jest całkowicie niezdolny do samodzielnej egzystencji. Stwierdza się u niego brak rozwoju mowy czynnej, zaburzony rozwój motoryki dużej i małej, w tym: chwytu, koordynacji wzrokowo-motorycznej, brak zdolności swobodnego manipulowania przedmiotami. Rozwój zdolności do myślenia i rozumowania aktualnie w granicach normy wiekowej.

Biegli wyłączyli uszczerbek na zdrowiu związany z podwichnięciem biodra lewego z uwagi na stan neurologiczny. To podwichnięcie jest wtórne do stanu neurologicznego. Nawet gdyby rozważać pocichnięcie stawu biodrowego jako niezależne, to brak jest możliwości ustalenia, czy ma ono związek z przedmiotowym zdarzeniem, bowiem takie podwichnięcia rozpoczynają się już w trakcie rozwoju wewnątrz macicznego.

W tej sytuacji odstąpiono od oceny uszczerbku na zdrowiu, dodatkowo, stan neurologiczny uniemożliwia precyzyjną ocenę dodatkowego stanu ortopedycznego. S. ortopedyczny z dużym prawdopodobieństwem jest niezależny od przedmiotowego zdarzenia. Wynik badania USG z dnia 12 czerwca 2007 roku przemawia za tym, że stan ortopedyczny w dużym stopniu może być konsekwencją stanu neurologicznego. W tym przypadku dziecko jest poddawane intensywnej rehabilitacji i było badane przez specjalistę z zakresu rehabilitacji, które obejmuje również badanie ortopedyczne, stwierdzono w tym badaniu ograniczenie ruchomości stawu biodrowego. Z uwagi na stan neurologiczny nie było możliwości określenia zakresu ruchu tego biodra ani wydolności tego biodra. Być może w przyszłości zajdzie konieczność przeprowadzenia operacji, ale w chwili obecnej nie można tego w sposób jednoznaczny ocenić. Celowe jest określanie uszczerbku na zdrowiu z uwagi na brak mowy czynnej. Określając uszczerbek na zdrowiu u powoda uwzględniono upośledzenie dwóch aspektów jego aktywności: ruchowego i brak mowy czynnej.

Orzeczeniem o niepełnosprawności z dnia 17 września 2008 roku powód został zaliczony do osób niepełnosprawnych do dnia 17 września 2011 roku.

W dacie orzekania przez Sąd I instancji powód miał 7 lat, jest dzieckiem, które nie mówi, nie wykonuje żadnych czynności samoobsługowych, nie siada, nie wstaje. Przez 6 dni tygodnia ma prowadzoną rehabilitację metodą E. B., trzy razy w tygodniu ma zajęcia rehabilitacji logopedycznej, raz w tygodniu logopedyczną komunikację alternatywną.

Pismem z dnia 25 lipca 2008 roku, doręczonym w dniu 22 sierpnia 2008 roku pełnomocnik przedstawiciela ustawowego małeletniego powoda zwrócił się do pozwanego Instytutu z prośbą o wypłatę zadośćuczynienia za doznaną krzywdę w wysokości 250.000 złotych z ustawowymi odsetkami od dnia 1 sierpnia 2008 roku, kwoty 110.072 złote tytułem odszkodowania oraz utraconych dochodów matki dziecka, renty na zwiększone potrzeby w kwocie po 4.635,68 złotych miesięcznie od dnia 1 sierpnia 2008 roku oraz renty wyrównawczej z tytułu utraconych dochodów w kwocie po 3.300 złotych miesięcznie, począwszy od dnia 1 sierpnia 2008 roku . k. 20-28)

Oceniając materiał dowodowy Sąd Okręgowy pominął opinię biegłego sądowego z zakresu ginekologii i położnictwa R. K., która jest tendencyjna, niekonsekwentna i nielogiczna. Biegły przeprowadził powierzchowną analizę dokumentacji medycznej, wskazując z jednej strony na szereg uchybień strony pozwanej, z drugiej zaś strony kategoriycznie wykluczył, aby zmiany malacyjne w mózgu powoda, skutkujące poważnymi powikłaniami neurologicznymi były wynikiem tych nieprawidłowości. Biegły w swej opinii odniósł się do wyjaśnień przedstawicieli małeletniego powoda, dokonał oceny ich wiarygodności pod kątem przeżywanych emocji, nie będąc do tego uprawnionym, co również nie może zostać bez wpływu na ocenę prawidłowości wniosków złożonej przez niego opinii (k.264-267).

Biegły R. K. bez jakiegokolwiek uzasadnienia wniosków wskazał, iż znaczenie dla stanu zdrowia powoda może mieć przeprowadzone badanie „wysoko ryzykownej amniopunkcji płodu na okoliczność wad wrodzonych płodu u szczególnie obciążonej wywiadem matki” (k. 265) , podczas gdy biegli z Katedry Medycyny Sądowej (...) M. K. w T. C. M. im. L. R. w B. jednoznacznie stwierdzili, iż badanie to nie miało ujemnego wpływu na stan dziecka. W opinii uzupełniającej dr M. P. (1) (k. 565) stwierdziła, iż ryzyko związane z wykonaniem badania inwazyjnego jakim jest amniopunkcji genetycznej wynosi 0.5-1 %, zaś najczęstszymi powikłaniami jest przedwczesne odpłynięcie wód płodowych, infekcja wewnątrzmaciczna, najgorszym poronienie.

Także rozważania wymienionego biegłego dotyczące przyczyn powstania u powoda ogniska malacji w mózgu nie zasługują na wiarę, nie mają żadnego uzasadnienia, a nadto pozostają w sprzeczności z pozostałym materiałem dowodowym, w tym z opinią Katedry Medycyny Sądowej (...) M. K. w T.. Podkreślić należy, iż biegły nie posiada specjalizacji z zakresu neurologii (neonatologii).

Niemniej jednak wskazać należy, iż i ten biegły stwierdził zasadnicze braki w dokumentacji medycznej, brak badania łożyska w sytuacji gdy występowała wada rozwojowa pod postacią płata dodatkowego usytuowanego po przeciwległej stronie jamy macicy, brak wykonania przed zakwalifikowaniem pacjentki do cesarskiego cięcia badania położniczego, w skład którego wchodzi pelwimetria, badania dna macicy i obwodu brzucha pacjentki (k.266) .

Sąd pominął również złożoną do akt prywatną opinię, wydaną na zlecenie matki powoda przez prof. Z. S.. Niewątpliwie prof. S. jest uznanym autorytetem w zakresie wiedzy położniczej, jednak odmówił sporządzenia opinii na prośbę Sądu (k.239), a przedłożona przez stronę powodową w dniu 28 grudnia 2011 roku ma wyłącznie walor dokumentu prywatnego. W rozumieniu art. 278 k.p.c. opinią biegłego jest tylko opinia złożona przez osobę wyznaczoną przez sąd. Jak wyjaśnił Sąd Najwyższy w orzeczeniu z dnia 29 września 1956 roku w sprawie o sygn. akt 3 Cr 121/56 (OSN 1958, nr 1, poz. 16) nie może być traktowana jako dowód w procesie opinia biegłego, choćby był nim biegły stały, sporządzona na polecenie strony i złożona do akt sądowych. (...) ekspertyzy opracowane na polecenie stron, czy to w toku procesu, czy to przed jego wszczęciem, należy traktować w razie przyjęcia przez sąd orzekający jako wyjaśnienie stanowiące poparcie , z uwzględnieniem wiadomości specjalnych, stanowiska stron.

Z tych samych względów Sąd pominął również złożone przez pełnomocnika powoda zaświadczenie o stanie zdrowia powoda wydane przez G. B. specjalistę z zakresu neurologii dziecięcej w zakresie dotyczącym przyczyn wystąpienia u powoda mózgowego porażenia dziecięcego (k. 535-538).

Sąd pominął dowód z zeznań świadka S. F., bowiem poza bezsporną okolicznością wynikającą z dokumentacji medycznej, iż świadek jako położna zajmowała się powodem po urodzeniu i pobierała krew pępowinową do badania, nie pamiętała okoliczności tego zdarzenia, co jest oczywiście możliwe z uwagi na znaczny upływ czasu oraz ilość zabiegów w jakiej uczestniczyła.

W ocenie Sądu, atrybut wiarygodności posiada opinia wydana przez Katedrę Medycyny Sądowej (...) M. K. w T. C. M. im. L. R. w B. zarówno zasadnicza, jak i opinie uzupełniające, poza twierdzeniami biegłego lekarza specjalisty chorób dzieci A. P. w zakresie, w jakim wypowiedziała się w opinii uzupełniającej na rozprawie w dniu 31 stycznia 2013 roku tj. kwestii związanych z analizą wyników badania krwi pępowinowej wykonanych u powoda. Wskazać należy, iż biegła przyznała, że nie jest neonatologiem i nie posiada wystarczającej wiedzy do wypowiedzania się na ten temat.

W pozostałym zakresie wymieniona opinia jest logiczna i konsekwentna. Została wydana przez wysokiej klasy specjalistów, którzy dokonali wszechstronnej i wnikliwej analizy dokumentacji medycznej zgromadzonej w aktach sprawy oraz oceny stanu zdrowia powoda, a przede wszystkim przyczyn wystąpienia u niego mózgowego porażenia dziecięcego. Fakt, iż biegli nie uwzględnili w swej pisemnej opinii zasadniczej kwestii związanej z wykonanym u powoda badaniem krwi pępowinowej, nie może rzutować na jej ocenę w pozostałych aspektach.

Biorąc pod uwagę obszerność dokumentacji biegli mogli pominąć wymieniony wynik, odnieśli się jednak do niego w opinii uzupełniającej. Nadto analizy wyniku dokonała biegła anestezjolog M. Z.. Wydana przez nią opinia jest w ocenie Sądu wiarygodna. Biegła w sposób szczegółowy odniosła się do przeprowadzonego u matki powoda zabiegu znieczulenia, wskazała jakie leki podano matce powoda przed jego urodzeniem i zaraz po. Z wymienionej opinii wynika, iż lek F. – silny środek opiodowy przeciwbólowy podano już po urodzeniu się dziecka (k. 626). Biegła wyjaśniła nadto, dlaczego wynik krwi pępowinowej pobranej u powoda nie może być wiarygodny dla oceny jego stanu w chwili urodzenia.

Brak jest podstaw do uznania, iż gdy nie oznaczono naczyń z którego pobrano krew powodowi tzn., że pobrano ją z krwi żyłnej lub włośniczkowej. Twierdzenia strony pozwanej w tym zakresie uznać należy za tendencyjne. Ocena

wymienionej biegłej jest zgodna z poglądami medycyny. W pracy Położnictwo i Ginekologia pod red. G. H. B. (Wydawnictwo (...)) stwierdzono, iż badanie krwi pępowinowej bezpośrednio po porodzie pozwala na obiektywną ocenę utlenowania płodu podczas porodu. Najdokładniej stan płodu odzwierciedla badanie gazometryczne krwi z tętnicy pępowinowej. Natomiast badanie z żyły pępowinowej jest raczej wykładnikiem równowagi kwasowo – zasadowej matki i funkcji łożyska. Dlatego bezcelowe jest oznaczenie gazometrii wyłącznie z krwi żyły pępowinowej, gdyż nawet przy kwasicy może być ona prawidłowa. (k. 669- 670).

Sąd na podstawie przepisu art. 217§3 k.p.c. oddalił wniosek pełnomocnika strony pozwanej o przeprowadzenie dowodu z opinii innego biegłego anestezjologa na okoliczność czy w sposób prawidłowy pobrano krew pępowinową u powoda, bowiem brak w dokumentacji medycznej wpisu dotyczącego pobrania krwi pępowinowej u powoda, oznaczenia naczynia z jakiego została pobrana oraz czasu jej pobrania. Także świadek S. F. – położna, która zajmowała się powodem w swych zeznaniach nie pamiętała okoliczności pobrania krwi pępowinowej u powoda, a jej twierdzenia dotyczące zasad obowiązujących obecnie w tym zakresie nie mogą mieć znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy. Tym samym, wymieniony wniosek zmierzał jedynie do przedłużenia postępowania.

Sąd oddalił wniosek o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego z zakresu genetyki na okoliczność prawidłowości wyników badań genetycznych małoletniego powoda, gdyż okoliczność ta nie była kwestionowana przez stronę pozwaną i w ocenie Sądu nie wymagała przeprowadzania dodatkowego postępowania dowodowego. Nadto przedmiotowe badania genetyczne powoda były wykonane w pozwanym Instytucie.

W ocenie Sądu na wiarę zasługują zeznania przedstawicieli ustawowych małoletniego powoda, którzy w sposób szczerzy przedstawili okoliczności związane z urodzeniem małoletniego powoda w pozwanym Instytucie oraz przedstawili aktualną sytuację życiową powoda, koszty jego rehabilitacji, opieki, dojazdów, zakupu środków ortopedycznych i pomocniczych.

Sąd uznał co do zasady za wiarygodne zeznania świadków P. K. (1) B. J., P. B.. Wymienieni świadkowie starali się w sposób rzetelny przedstawić okoliczności faktyczne sprawy, jednak z uwagi na upływ czasu, mogli pewnych okoliczności nie pamiętać.

Sąd – na podstawie przepisu art. 302 § 1 k.p.c. – ograniczył dowód z przesłuchania stron do przesłuchania przedstawicieli ustawowych małoletniego powoda, zaś strona pozwana nie zgłaszała wniosku o przesłuchanie jej przedstawiciela w tym charakterze.

Dokonując oceny prawnej Sąd Okręgowy wskazał, że zgodnie z treścią art. 430 k.c., kto na własny rachunek powierza wykonywanie 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.

Przesłankami odpowiedzialności na podstawie powołanego przepisu są:

- wyrządzenie szkody osobie trzeciej przez podwładnego;
- wina podwładnego;
- wyrządzenie szkody przy wykonywaniu przez podwładnego powierzonej mu czynności.

Warunkiem ustalenia odpowiedzialności danego podmiotu jest kumulatywne spełnienie wszystkich wymienionych wyżej przesłanek.

Między osobą powierzającą wykonanie czynności a tym, komu czynność powierzono, musi istnieć stosunek zwierzchnictwa i podporządkowania. Zwierzchnikiem jest ten, kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy jej wykonywaniu podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek. W doktrynie i judykaturze przyjmuje się, że chodzi o pojęcie podporządkowania tylko ogólnooorganizacyjne. W kon-

sekwencji tego, stosunkiem podporządkowania obejmuje się także działania zatrudnionych w zakładzie fachowców, którym przysługuje stosunkowo szeroki zakres samodzielności w podejmowaniu decyzji, np. w odniesieniu do działania lekarzy w zakresie diagnozy i terapii (tak: teza 8 do art. 430 k.c. Komentarz do Kodeksu Cywilnego Księga Trzecia, Zobowiązania tom 1, pod red. Gerarda Bieńka, s. 389).

Jak przyjmuje się w doktrynie i orzecznictwie, samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, uzyskujące osobowość prawną z chwilą wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego, ponoszą odpowiedzialność deliktową jak każda inna osoba prawna na podstawie art. 415, 416, 429 i 430 k.c. (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 13 maja 2005 roku, sygn. akt I CK 662/04 opubl. LEX nr 301781; Sąd Apelacyjny w Katowicach z dnia 7 marca 2008 roku, sygn. akt I ACa 910/07, opubl. w Biuletynie Sądu Apelacyjnego w Katowicach z 2008 roku, nr 3 poz. 27).

W nauce prawa cywilnego i orzecznictwie, przyjmuje się, że lekarz ponosi winę za powstanie szkody, jeżeli nie zastosował właściwych środków w należyty sposób.

Przez „zastosowanie właściwych środków” rozumie się takie fachowe postępowanie (np. zastosowanie właściwej kuracji, przeprowadzenie określonego zabiegu), które w danej sytuacji było wskazane z medycznego punktu widzenia. Postępowanie odmienne określane zazwyczaj jest jako błąd w sztuce lekarskiej. Natomiast przez pojęcie „w należyty sposób” należy rozumieć dołożenie takiej staranności, jaka w określonej sytuacji była należna, wymagana i potrzebna(art.355 k.c.) .

Przez błąd lekarski należy rozumieć obiektywny element winy. Stwierdzenie błędu lekarza dostarcza tylko naukowych kryteriów oceny postępowania lekarza i oznacza jedynie, że postępowanie lekarza wywołuje określone zastrzeżenia z naukowego punktu widzenia. S. wyłącznie teoretyczną ocenę tego postępowania, którą następnie należy skonfrontować z pełnym zakresem powinności lekarza i konkretnymi warunkami, w jakich miało miejsce jego postępowanie. Taką definicję winy lekarza, zgodną z przyjmowaną przez prawo polskie normatywną koncepcją winy i błędu lekarza przedstawił M. S. („Cywilna odpowiedzialność lekarza”, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1977, s. 98-100).

W piśmiennictwie prawniczym istnieje rozróżnienie błędu diagnostycznego (rozpoznania), błędu prognozy (rokowania) oraz błędu w leczeniu (terapeutycznego).

Błąd diagnostyczny polega bądź na mylnym stwierdzeniu nieistniejącej choroby, bądź częściej na nie rozpoznaniu rzeczywistej choroby pacjenta. W toku postępowania, w którym powód zarzuca popełnienie błędu diagnostycznego należy ustalić, czy błędne rozpoznanie było usprawiedliwione występującymi objawami, czy też wynikało z przyczyn zawinionych przez lekarza (np. nieprzeprowadzenie dodatkowych badań, mylnego odczytania wyniku badania, zaniechania konsultacji z innym specjalistą). Mimo takiego błędu, lekarz nie odpowiada, gdy przedsięwziął wszystko, co w danych okolicznościach było konieczne i możliwe, gdyż nie można od niego wymagać nieomyślności.

Błąd terapeutyczny zachodzi w przypadku zastosowania niewłaściwej metody lub wadliwego sposobu leczenia. Błąd terapeutyczny może polegać także na przeprowadzeniu zabiegu pomimo istnienia w tym względzie przeciwwskazań lekarskich. Szczególną postacią błędu terapeutycznego jest tzw. błąd operacyjny, polegający na nieprawidłowym przeprowadzeniu zabiegu chirurgicznego. Tutaj także odpowiedzialność lekarza zależy od możliwości postawienia mu zarzutu.

W przekonaniu Sądu, zgromadzony w sprawie materiał dowodowy pozwala na jednoznaczne stwierdzenie, że zachodzą przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego Instytutu wobec powoda.

Z dokonanych przez Sąd ustaleń faktycznych wynika, iż u powoda S. K. doszło w trakcie porodu do zmian niedokrwiennie-niedotlenieniowych, a w konsekwencji do mózgowego-porażenia dziecięcego.

Biegli z (...) M. K. w T. C. Medium im. L. R. w B. Katedry Medycyny Sądowej wykluczyli patologię w okresie ciąży lub schorzenia wrodzone jako przyczynę wystąpienia mózgowego porażenia dziecięcego. Nadto wskazać należy, iż

matka powoda była w okresie ciąży poddawana systematycznym badaniom kontrolnym, w tym USG, podczas których nie stwierdzono żadnych zmian patologicznych w zakresie rozwoju powoda.

Z dostępnych danych nie wynika również, by u S. K. doszło do uszkodzeń poporodowych oraz by istniały u niego takie patologie okołoporodowe, jak krwawienie śródczaszkowe lub hiperbilirubinemia.

Jak wskazał biegły z (...) w T. C. Medium im. L. R. w B. Katedry Medycyny Sądowej P. R. (1), do niedotlenienia płodu mogło dojść wskutek pęknięcia macicy podczas porodu. W trakcie zabiegu cesarskiego cięcia stwierdzono, że doszło do rozejścia się mięśnia macicy w bliźnie po cięciu cesarskim na szerokości około 7 cm oraz pęknięcia dolnego odcinka macicy w kierunku pochwy.

Jak wskazali biegli, rozejście się macicy w bliźnie po cięciu cesarskim może być bezobjawowe, a więc niemożliwe do ustalenia przez personel medyczny. W niniejszej sprawie jednakże J. K. - Bar była podłączona do urządzenia monitorującego akcję serca płodu wraz z jednoczesowym zapisem czynności skurczowej mięśnia macicy (badanie KTG).

W trakcie badania doszło do przerwy w rejestracji zapisu. Zdaniem biegłych, brak czynności skurczowej mięśnia macicy na około 20 minut przed zakończeniem zapisu KTG może być objawem niemego rozejścia się w bliźnie, jak również wskazywać na przesunięcie peloty z czujnikiem na brzuchu rodzącej.

Wskazać należy, iż z rzetelnej opinii Katedry Medycyny Sądowej w B. jednoznacznie wynika, iż hipotetycznie mogło dojść do niedotlenienia dziecka podczas 15 minut, kiedy nie było zapisu KTG. Podkreślić należy, iż także czas zapisu KTG nie jest zgodny z czasem rzeczywistym. W dokumentacji medycznej nie znajduje się jednak jakikolwiek zapis wskazujący na to, że przerwa w zapisie została dostrzeżona przez personel szpitala, nie ma żadnej adnotacji co do jego przyczyn. W sytuacji, gdy ciąża J. K. - Bar była ciążą wysokiego ryzyka, powinna była ona podlegać wzmożonej obserwacji personelu medycznego, zwłaszcza iż matka powoda już w chwili przybycia do pozwanego Instytutu odczuwał silne bóle, o czym informowała personel medyczny, który jednak – do chwili rozpoczęcia cesarskiego cięcia nie reagował w sposób należyty, ignorując jej skargi.

Także dalsze braki w dokumentacji medycznej J. K. - Bar wskazują, w ocenie Sądu, bądź na nieprzeprowadzenie stosownych obserwacji pacjentki i badań, bądź na zaniechanie udokumentowania tych czynności. Brak również dokładnego opisu stanu matki powoda w chwili przybycia do pozwanego Instytutu jak i w momencie podjęcia decyzji o wykonaniu zabiegu cesarskiego cięcia.

Z tej przyczyny nie jest możliwe ustalenie rzeczywistego stanu zdrowia pacjentki i powoda w okresie okołoporodowym. Lekarze z pozwanego Instytutu nie wykonali również w sposób prawidłowy badania gazometrycznego krwi pępowinowej powoda, które mogłyby wyjaśnić przyczyny wystąpienia u powoda zmian niedokrwienno - niedotlenieniowych. W ocenie biegłej z zakresu anestezjologii wykonanie tego badania, z oznaczeniem naczyń krwionośnych oraz czasu pobrania było konieczne dla oceny rzeczywistego stanu powoda w chwili urodzenia. Natomiast z dokumentacji medycznej wynika, iż badanie takie zostało przeprowadzone, jednak nie zawiera ono danych dotyczących miejsca pobrania (krew żylna, krew tętnicza), co uniemożliwia prawidłową ocenę parametrów dotyczących dotlenienia powoda w chwili urodzenia, a co za tym idzie czy w związku z pęknięciem macicy, doszło do takich zmian w łożysku, które powodowały nieprawidłowe dotlenienie powoda.

Dodatkowo wskazać należy, iż matka powoda przybyła do pozwanego Instytutu w dniu 15 maja 2007 roku około godziny 5.39 z rozwiniętą czynnością skurczową macicy, pękniętymi błonami płodowymi i odpływaniem płynu owodniowego. W skierowaniu do szpitala miała wpis dotyczący wykonania cesarskiego cięcia z przyczyn ortopedycznych, nadto w związku z przebiegiem poprzednich ciąż była pacjentką obciążoną dużym ryzykiem. Mimo tego jednak lekarze pozwanego Instytutu nie podjęli decyzji o natychmiastowym rozwiązaniu ciąży cesarskim cięciem, ale opóźniali tę czynność.

Podnieść należy również, iż lekarze pozwanego Instytutu nie wykonali badania histopatologicznego łożyska, mimo iż posiadało ono dodatkowy płat, a powód urodził się w stanie ciężkim, nie oddychał (co wynika z oceny punktacji A – 6 punktów), dopiero po resuscytacji pojawiła się u powoda czynność oddechowa. Wykonanie powyższego badania uniemożliwiłoby prawidłową ocenę stanu łożyska w chwili urodzenia się powoda.

Dodatkowo wskazać należy, iż dokumentacja medyczna nie jest prowadzona w sposób rzetelny, o czym świadczy np. podpis dr K. o przeprowadzeniu badania matki powoda w dniu 15 maja 2007 roku o godzinie 8.15, podczas gdy uczestniczył przy porodzie, który zakończył się urodzeniem dziecka o godzinie 8.10. Mało prawdopodobne w ocenie Sądu - jest aby w czasie 5 minut lekarz opuścił salę operacyjną i wykonał badanie innej pacjentki, zachowując choćby podstawowe zasady reżimu sanitarnego.

Nie może ująć uwagi Sądu także okoliczność zlecenia podania powodowi po urodzeniu leku o nazwie N., który jak wskazała biegła anestezjolog M. Z. podaje się wówczas, gdy uważa się, że znajduje się ono pod wpływem działania środków opioidowych – narkotycznych jak np. lek F., który podano matce powoda, jak wynika z zapisu bezpośrednio po porodzie. Zatem, gdyby rzeczywiście matka powoda otrzymała wymieniony lek po urodzeniu się powoda (po odpepnieniu), wówczas nie byłoby potrzeby podawania N., co niewątpliwie miało miejsce. Nie bez znaczenia jest okoliczność, że leki opioidowe działają hamująco na układ oddechowy i mogą wywołać bezdech.

Powyższe - w ocenie Sądu - wskazuje na to, że personel medyczny pozwanego Instytutu mógł dopuścić się zaniedbań skutkujących powstaniem u powoda uszczerbku na zdrowiu w postaci mózgowego porażenia dziecięcego. Wymienione nieprawidłowości w działaniu pozwanego Instytutu, w tym brak wykonania badań jak i prowadzenia w sposób rzetelny dokumentacji medycznej nie mogą powodować dla powoda negatywnych skutków. Sąd rozpoznający sprawę w pełni podziela stanowisko wyrażone w uzasadnieniu wyroku z dnia 29 września 2005 roku wydanego przez Sąd Apelacyjny w Poznaniu w sprawie sygn. akt I ACa 236/05, iż dokumentacja medyczna jest istotnym dowodem, przy czym pamiętać należy, iż braki tej dokumentacji nie mogą być wykorzystywane na niekorzyść pacjenta.

Procedura cywilna nie zabrania opierania się na domniemaniach faktycznych (art. 231 k. p. c) i możliwość tę Sąd w tej sprawie wykorzystał. (Por. także uchwałę Pełnego Składu Izby Cywilnej SN z dnia 15 lutego 1971 roku III CZP. 33/70 OSN 1971 r. z. 4 poz. 59).

Zgodnie z treścią art. 231 k.p.c., Sąd może uznać za ustalone fakty mające istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy, jeżeli wniosek taki można wyprowadzić z innych ustalonych faktów. Orzeczenie sądu może być zatem oparte na tego rodzaju domniemaniu faktycznym tylko wówczas, gdy domniemanie to stanowi wniosek logicznie wynikający z prawidłowo ustalonych faktów stanowiących jego przesłanki (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 22 stycznia 1998 r., II UKN 465/97, OSNP 1999/1/24).

Należy podkreślić, że przywołany przepis nie oznacza przeniesienia na stronę pozwaną w procesie, którego przedmiotem są roszczenia odszkodowawcze, ciężaru wykazania, iż szkoda doznana przez powoda wynikła z przyczyn, za które strona pozwana nie odpowiada. Celem przepisu art. 231 k.p.c. jest natomiast umożliwienie stronie postępowania uzasadnienia jej twierdzeń w sytuacji, gdy z przyczyn od tej strony niezależnych nie są jej dostępne bezpośrednie środki dowodowe, a o prawdziwości twierdzeń strony można wnioskować jedynie na podstawie innych faktów. W takiej właśnie sytuacji znajduje się powód dochodzący naprawienia szkody w niniejszym postępowaniu.

W związku z powyższym, w orzecznictwie utrwalony jest pogląd, zgodnie z którym w tzw. procesach lekarskich, sąd może, po rozważeniu całokształtu okoliczności sprawy, w oparciu o art. 231 k.p.c. uznać za wystarczający wysoki stopień prawdopodobieństwa, nie wymagając od poszkodowanego ścisłego i pewnego udowodnienia, jaką drogą jego organizm został zainfekowany, taki bowiem dowód często nie jest możliwy do przeprowadzenia (por. m.in. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 lipca 1998 r., I CKN 786/97, niepubl.).

W rozpoznawanej sprawie nie jest możliwe przeprowadzenie pewnych dowodów potwierdzających nieprawidłową opiekę nad matką powoda w dniu 15 maja 2007 roku, jednak z całokształtu okoliczności sprawy wynika, iż takie nieprawidłowości miały miejsce.

Zakres odpowiedzialności pozwanych, a co za tym idzie wysokość należnego powodowi zadośćuczynienia określa art. 445 § 1 k.c., który stanowi, iż w wypadku uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia, sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Przez krzywdę rozumie się przy tym doznane cierpienia fizyczne i psychiczne, zarówno doznane, jak i przyszłe. Zadośćuczynienie ma ją zaś zrekompensować, ma przy tym charakter kompensacyjny. Jego przyznanie jest zależne od uznania sądu, a wysokość winna uwzględniać wszelkie okoliczności wpływające na rozmiar krzywdy.

W wyroku z dnia 30 stycznia 2004 roku wydanym w sprawie sygn. akt I CK 131/03, Sąd Najwyższy stwierdził, że powoływanie się przez Sąd przy ustalaniu zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na potrzebę utrzymania wysokości zadośćuczynienia w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa, nie może prowadzić do podważenia kompensacyjnej funkcji zadośćuczynienia (OSNC z 2005 roku, z. 2 poz. 40).

W świetle powyższego przy określaniu wysokości zadośćuczynienia należy wziąć pod uwagę całokształt okoliczności sprawy, zadośćuczynienie bowiem ma na celu naprawienie krzywd niematerialnych, więc trudno wymiernych i jego wysokość zależy od każdego, indywidualnego przypadku.

Wysokość zadośćuczynienia została określona mianem „odpowiedniej sumy”. Kwota ta powinna być ustalana indywidualnie przy uwzględnieniu całokształtu okoliczności sprawy. Z jednej strony należy więc brać pod uwagę, czas trwania oraz intensywność cierpień fizycznych i psychicznych, nieodwracalność skutków urazu (kalectwo, oszpecenie), stopień doznanego uszczerbku, wiek pokrzywdzonego. Z drugiej strony kwota zadośćuczynienia nie może stanowić zapłaty symbolicznej lecz musi stanowić odczuwalną wartość ekonomiczną, a jednocześnie nie może być nadmierna w stosunku do doznanej krzywdy. Należy również mieć na uwadze fakt, iż zadośćuczynienie musi mieć charakter całościowy i obejmować wszystkie cierpienia fizyczne i psychiczne zarówno te doznane, jak i te które wystąpią w przyszłości.

Określając wysokość zadośćuczynienia dla powoda, Sąd wziął pod uwagę wpływ nieprawidłowości zachowania personelu medycznego pozwanego Instytutu na jego stan zdrowia.

U powoda rozpoznano mózgowo porażenie dziecięce z niedowładem spastycznym czterokończynowym, zaburzony rozwój motoryki dużej i małej, w tym: chwytu, koordynacji wzrokowo - motorycznej, brak zdolności swobodnego manipulowania przedmiotami, brak rozwoju mowy czynnej, podwichnięcie lewego stawu biodrowego, rozwój zdolności do myślenia i rozumowania pozostaje w granicach normy wiekowej.

Uszczerbek na zdrowiu małoletniego powoda S. K. wynosi 160 %. Procent powyższy biegli ustalili w oparciu o przepisy Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2002 r. w sprawie szczegółowych zasad orzekania o stałym i długotrwałym uszczerbku na zdrowiu, trybu postępowania przy ustalaniu tego uszczerbku oraz postępowania o wypłatę jednorazowego odszkodowania (Dz. U. Nr 234 z dnia 28 grudnia 2002 r.), uwzględniając: za mózgowo porażenie dziecięce z niedowładem spastycznym czterokończynowym per analogiam do pkt 5 - 100%; za brak mowy czynnej per analogiam do pkt 11 b - 60%. Z uwagi na stan neurologiczny uniemożliwiający samodzielne poruszanie się, odstąpiono od oceny uszczerbku na zdrowiu związanego z podwichnięciem biodra lewego. Obecnie małoletni powód jest całkowicie niezdolny do samodzielnej egzystencji..

Biegli wyłączyli uszczerbek na zdrowiu powoda związany z podwichnięciem biodra lewego z uwagi na stan neurologiczny. W tej chwili nie wiadomo, na ile to podwichnięcie jest wtórne do stanu neurologicznego, na ile nie zależne od tego stanu. Z uwagi na stan neurologiczny nie było możliwości określenia zakresu ruchu tego biodra ani wydolności tego biodra. Być może w przyszłości zajdzie konieczność przeprowadzenia operacji, ale w chwili obecnej

nie można tego w sposób jednoznaczny ocenić. Celowe jest określanie uszczerbku na zdrowiu z uwagi na brak mowy czynnej. Określając uszczerbek na zdrowiu u powoda uwzględniono upośledzenie dwóch aspektów jego aktywności: ruchowego i brak mowy czynnej.

Rokowanie co do poprawy stanu zdrowia powoda jest niepomyślne. Mimo starań i wysiłków rodziców, prowadzenia intensywnej rehabilitacji ruchowej i logopedycznej powód samodzielnie nie siedzi, nie stoi, próbuje przemieszczać się przez przetaczanie, nie mówi. Za źle rokujące uważa się dzieci przemieszczające się tylko poprzez pełzanie i toczenie się wokół długiej osi ciała, jak ma to miejsce w przypadku małego powoda.

Dynamika dalszego rozwoju intelektualnego chłopca jest ściśle uzależniona od postępów w rozwoju ruchowym i rozwoju mowy, warunkujących dostęp do bodźców. Aktualny stan rozwoju motoryki oraz mowy stanowi bowiem ograniczenie możliwości komunikowania się, brak możliwości swobodnej eksploracji otoczenia, ograniczony dopływ informacji czuciowych, proprioceptywnych, utrudnienia w czynnościach konstrukcyjnych, grafomotorycznych, reprodukcji przestrzennej liter, cyfr, ocenie odległości, tworzenia wyobrażenia przestrzennego schematu otoczenia itp.

Niewątpliwie kolejne hospitalizacje, i konieczność uczestniczenia w zajęciach rehabilitacyjnych związana jest z dużym stresem dla małego powoda, jednakże dokładna ocena poziomu niedogodności i cierpienia związanych z niepełnosprawnością a odczuwanych przez małego powoda S. K. jest praktycznie niemożliwa z uwagi na jego wiek. Podkreślić należy, iż powód przez całe swoje życie będzie uzależniony od pomocy i opieki innych osób.

Mimo prawidłowego rozwoju umysłowego jego możliwości życiowe będą bardzo ograniczone, zaś aktywność fizyczna praktycznie niemożliwa (jazda na rowerze, rolkach, nartach, bieganie, pływanie). Także rozwój społeczny powoda nie będzie pełny, z uwagi na ograniczenia fizyczne jakie są wynikiem mózgowego porażenia dziecięcego z niedowładem spastycznym czterokończynowym. Podkreślić należy, iż powód wymaga obecnie stałej, całodobowej opieki, ciągłej rehabilitacji, jest karmiony, spożywa tylko rozdrobnione posiłki. Życie powoda uzależnione jest od stałej troski, opieki i pomocy innych osób. Nadto powód musi pozostawać pod stałą kontrolą lekarzy oraz korzystać z rehabilitacji.

Biorąc pod uwagę powyższe rozważania Sąd uznał, iż kwota 1.000.000 złotych jest odpowiednim zadośćuczynieniem za doznaną przez powoda krzywdę na skutek nieprawidłowości w procesie jego narodzin.

O odsetkach ustawowych Sąd orzekł w oparciu o przepis art. 481 §1k.c.

W myśl przepisu art. 455 k.c. jeżeli termin spełnienia świadczenia nie jest oznaczony, ani nie wynika z właściwości zobowiązania, świadczenie powinno być spełnione niezwłocznie po wezwaniu dłużnika do wykonania. Biorąc pod uwagę powyższe okoliczności, Sąd zasądził odsetki ustawowe od poszczególnych kwot, począwszy od dat, kiedy pozwany został wezwany do spełnienia świadczeń pieniężnych. W odniesieniu do pierwotnie żądanych należności Sąd zasądził odsetki za opóźnienie począwszy od dnia 23 sierpnia 2008 roku, bowiem dopiero w dniu 22 sierpnia 2008 roku strona pozwana została wezwana do ich zapłaty (dowód doręczenia k. 28).

W tym miejscu wskazać należy, iż wymagalność zadośćuczynienia z art. 445 §1 k.c. i związany z nią obowiązek zapłaty odsetek za opóźnienie przypadają na dzień doręczenia dłużnikowi wezwania do zapłaty przed wytoczeniem powództwa, albo odpisu pozwu (ewentualnie pisma rozszerzającego powództwo).

Z charakteru świadczenia z art. 445§1 k.c., którego wysokość zależna jest od oceny rozmiaru krzywdy, ze swej istoty trudno wymiernej i zależnej od szeregu okoliczności związanych z następstwami uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, wynika, że obowiązek jego niezwłocznego spełnienia powstaje po wezwaniu dłużnika i że od tego momentu należą się odsetki za opóźnienie (takie stanowisko zajął SN w wyroku z dnia 18 września 1970 roku, OSNCP 1971, poz 103, a także w innych wyrokach min. z dnia 8 sierpnia 2012 roku w sprawie sygn. akt I CSK 2/12, Lex nr 1228578, z dnia 18 lutego 2010 roku sygn. akt II CSK 434/09, Lex 602683, z dnia 8 lutego 2012 roku w sprawie sygn. akt V CSK 57/11 Lex 1147804).

Wobec faktu, że strona pozwana kwestionowała w apelacji przyjętą przez Sąd zasadę jej odpowiedzialności i zasądzenie zbyt wysokiego zadośćuczynienia, Sąd Apelacyjny nie będzie przytaczał szerokim rozważań Sądu Okręgowego dotyczących pozostałych roszczeń odszkodowawczych i roszczenia ustalającego odpowiedzialność pozwanego w przyszłości.

Wyrok został zaskarżony przez stronę pozwaną

Na podstawie art. 368 § 1 pkt 2 k.p.c. zaskarżonemu wyrokowi **zarzucam:**

I. naruszenie przepisów postępowania, które miało istotny wpływ na treść orzeczenia, tj.:

1. art. 233 § 1 k.p.c., polegające na:

a) dokonaniu nieprawidłowej oceny zgromadzonego w toku postępowania materiału dowodowego wyrażającej się w uznaniu, że lekarze z pozwanego Instytutu powinni podjąć decyzję o natychmiastowym rozwiązaniu ciąży cesarskim cięciem u matki powoda- J. K.- Bar, w sytuacji gdy z zebranego w sprawie materiału dowodowego, w szczególności zeznań świadków: B. J., P. B. oraz ustnej opinii uzupełniającej biegłego M. P. (1) wydanej na rozprawie w dniu 31 stycznia 2013 roku i opinii biegłego R. K. wynika, iż w przypadku matki powoda nie było wskazań do natychmiastowego rozwiązania ciąży;

b) dokonaniu nieprawidłowej oceny zgromadzonego w toku postępowania materiału dowodowego wyrażającej się w uznaniu, że lekarze z pozwanego Instytutu nie wykonali w sposób prawidłowy badania gazometrycznego krwi pępowinowej, opierając się na opinii biegłego anestezjologa M. Z., w sytuacji gdy biegłej, jak wskazała w ustnej opinii uzupełniającej z dnia 18 marca 2014 roku, nie jest znana technika pobierania krwi pępowinowej, a nadto pozostały zebrany w sprawie materiał dowodowy wskazuje, iż w/w wynik jest miarodajny,

c) dokonaniu nieprawidłowej oceny zgromadzonego w toku postępowania materiału dowodowego i pominięciu twierdzeń biegłej A. P. zawartych w ustnej opinii uzupełniającej złożonej na rozprawie w dniu 31 stycznia 2013 roku, iż wynik badania krwi pępowinowej powoda wyklucza niedotlenienie okołoporodowe, a w konsekwencji uznanie, iż u powoda doszło w trakcie porodu do niedotlenienia,

d) dokonaniu nieprawidłowej oceny zgromadzonego w toku postępowania materiału dowodowego i pominięciu dowodu z zeznań świadka S. F. z uwagi na fakt, iż świadek nie pamiętała przypadku powoda, w sytuacji gdy S. F. na podstawie okazanej jej dokumentacji medycznej- karty zleceń indywidualnych w sposób jednoznaczny i nie budzący żadnych wątpliwości wskazała, iż krew pępowinowa u powoda została pobrana na pewno z żyły o godz. 8:50 w dniu porodu;

e) dokonaniu nieprawidłowej oceny zgromadzonego w toku postępowania materiału dowodowego i pominięciu dowodu z opinii biegłego z zakresu ginekologii i położnictwa R. K., z uwagi na to, iż opinia ta w ocenie Sądu jest tendencyjna, niekonsekwentna, nielogiczna, w sytuacji gdy opinia ta jest spójna z pozostałym zebrany w sprawie materiałem dowodowym, w szczególności z zeznaniami świadków: B. J., P. B. oraz ustną opinią uzupełniającą biegłej M. P. (1) wydaną na rozprawie w dniu 31 stycznia 2013 roku co do faktu, iż w przypadku matki powoda nie było wskazań do natychmiastowego rozwiązania ciąży drogą cięcia cesarskiego i z opinią uzupełniającą biegłego P. R. (1) wydaną na rozprawie w dniu 19 lipca 2012 roku, iż zmiany malacyjne rozpoznane u powoda mogły powstać w okresie wewnątrzmacicznym,

f) dokonaniu newszechstronnej oceny zgromadzonego w toku postępowania materiału dowodowego poprzez pominięcie, pomimo uznania przez Sąd I instancji za wiarygodną opinię wydaną przez Katedrę Medycyny Sądowej (...) M. K. w T. C. M. im. L. R. z B., zarówno zasadniczą jak i opinii uzupełniających, wpływającego z niej wniosku, iż nie można w sposób jednoznaczny wykluczyć również przyczyn pozaporodowych na obecny stan zdrowia i rozwój powoda, a także, iż przyczyną mózgowego porażenia dziecięcego występującego u powoda może być fakt przyjmowania przez matkę powoda leków w okresie ciąży;

2. art. 227 w zw. z art. 278 § 1 w zw. z art. 286 k.p.c. w zw. z art. 217 § 3 k.p.c. poprzez oddalenie wniosku dowodowego pozwanego złożonego w piśmie procesowym z dnia 1 kwietnia 2014 roku o powołanie dowodu z innego biegłego anestezjologa na okoliczność czy w sposób prawidłowy pobrano u powoda krew pępowinową, w sytuacji gdy przeprowadzenie tego dowodu, w szczególności z uwagi na treść opinii biegłego anestezjologa M. Z., zarówno pisemnej jak i ustnej uzupełniającej, było niezbędne dla rozstrzygnięcia w niniejszej sprawie, a tym samym nie zmierzało do przedłużenia postępowania;

II. naruszenie prawa materialnego, tj. przepisów art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c., przez jego błędną wykładnię, polegającą na przyjęciu, że kwota **1.000.000 zł**, zasądzona na rzecz powoda tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę stanowi odpowiednią sumę z tego tytułu, w sytuacji, gdy kwota ta jest kwotą bardzo wysoką.

Na podstawie art. 380 k.p.c. wnoszę o zmianę postanowienia Sądu I instancji wydanego na rozprawie w dniu 5 czerwca 2014 roku poprzez dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego anestezjologa na okoliczność czy w sposób prawidłowy pobrano krew pępowinową od powoda oraz jakie wnioski płyną z analizy wyniku łnn pępowinowej i czy wskazują one by u powoda doszło do niedotlenienia okołoporodowego.

Strona pozwana wniosła o:

1. zmianę wyroku w zaskarżonej części przez oddalenie powództwa.
2. zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów postępowania za obie instancje. w tym kosztów zastępstwa procesowego, według norm przepisanych;
3. zwolnienie pozwanego od kosztów postępowania w całości.

W odpowiedzi na apelację strona powodowa wniosła o:

1. oddalenie apelacji w całości.
2. zasądzenie na rzecz powoda od pozwanego kosztów postępowania przed Sądem Drugiej Instancji według norm prawem przepisanych, z uwzględnieniem podwójnej stawki tych kosztów;
3. oddalenie wniosku o zmianę postanowienia Sądu Pierwszej Instancji wydanego na rozprawie w dniu 5 czerwca 2014r. poprzez dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego anestezjologa.

Sąd Apelacyjny ustalił dodatkowo, co następuje:

Na sali porodowej u matki powoda był wykonywane badanie KTG. K. to badanie w ramach, którego dochodzi do monitorowania akcji serca płodu wraz z jednoczesowym zapisem czynności skurczowej mięśnia macicy. Pozwala wcześniej wykryć sytuacje zagrożenia życia płodu i przeprowadzane jest w ramach intensywnej opieki przedporodowej. Zapis KTG zawiera skalę czasową (1 cm to 1 minuta) i na jego podstawie można określić ile minut trwał zapis. W przypadku zapisu wykonanego u matki powoda nie można określić czasu rozpoczęcia, bo czas odnotowany przez urządzenie nie był zgodny z czasem rzeczywistym, a nikt nie odnotował czasu podłączenia KTG, ani czasu jego odłączenia Zapis ma długość 85 cm, co oznacza, że trwał 85 minut, z tym, że była 15 minutowa przerwa w zapisie. Nie można stwierdzić co się działo z pacjentką w czasie niedokonywania zapisu. Praktyką jest monitorowanie rodzącej w czasie przerywanego zapisu KTG, ale w tym przypadku nie ma żadnego wpisu w dokumentacji wskazującego na prowadzenie czynności osłuchiwanie tętna przez położną asystującą przy porodzie, choć takie adnotacje powinny być dokonywane.

Zapis KTG przed przerwą był prawidłowy, a po przerwie wykazywał oscylację bardziej skaczącą, ale mieszczącą się w granicach normy. Występowały spadki krótkoterminowe, nie skorelowane z czynnością skurczową czynności macicy, które mogły wynikać z ucisku główki dziecka. W tym czasie nie było już czynności skurczowej macicy, a brak zapisu

czynności skurczowej mógł wynikać z rozejścia się blizny, albo zsunęcia peloty. Wobec późniejszego stwierdzenia rozejścia się blizny po poprzednim cieciu cesarskim, jak i pęknięcia macicy, biegli uznali, że brak zapisu KTG w zakresie czynności skurczowej macicy powinien być kwalifikowany jako wynikający z niemego pęknięcia macicy.

Na podstawie zapisu KTG nie można powiedzieć ile czasu minęło od niemego rozejścia się macicy do wydobycia dziecka. Generalnie objawy pęknięcia macicy zagrażające dziecku są bardzo wyraźne. Występuje bardzo płaski deskowaty brzuch z pierścieniem mięśniowym, kobieta jest w stanie wstrząsu. Ma słabo wyczuwalne tętno. Zgłaszany przez matkę powoda silny ból mógł być bólem porodowym, ale nie można też wykluczyć, że był to ból wynikający z pęknięcia macicy. Nieme objawy rozejścia się blizny są bardzo niebezpieczne i trudne do rozpoznania. W przypadku matki powoda doszło zarówno do pęknięcia macicy i jak i do rozejścia się blizny. S. J. K. -Bar był bardzo poważny i niebezpieczny dla matki i dziecka (opinia (...) wyrażona podczas wideokonferencji przez dr M. P. od 00:23:44 do 00:34:00 minuty oraz od 00:53:00 do 01:05:00 minuty, a także od 02:06:30 minuty).

Każdy noworodek zaraz po urodzeniu podlega ocenie w skali A.. Jest to używana powszechnie w medycynie skala, mająca na celu określenie stanu noworodka w 1, 5, i 15. minucie życia.

Z dokumentacji medycznej wynika, że powoda oceniano w 1 i 3 minucie życia. W pierwszej minucie uzyskał 6 pkt w skali A. , a w 3 minucie 8 pkt w skali A.. W pierwszej minucie za oddech było „0”, a w 3 minucie wpisano za oddech są 2 pkt. W tej skali każdy element jest oceniany od „0” do „2”. Jeżeli punktacja z 3 minuty jest dobra, to nie odnotowuje się 5 minuty chyba, że dojdzie do pogorszenia.

Z zapisu można odczytać, że przy oddechu w pierwszej minucie zapisano „1” i przeprawiono na „0”. Z kolei przy zabarwieniu skóry prawdopodobnie było „1”, a jest pogrubione na „2” Gdyby zsumować te pierwsze punkty przeprawione, to też w sumie byłoby 6 pkt. Z zapisów nie wynika czas przeprawienia, ani to, kto go dokonał. Poniżej jest podpis lekarza, ale nazwisko nie jest czytelne. Przeprawianie w dokumentacji punktacji w skali A. nie powinno mieć miejsca. Jak jest pomyłka, to wpis powinien być przekreślony n nadpisaniem wartości właściwej z podpisem lekarza nawet z pieczętą.

Zabarwienie skóry na „2” przy oddechu „0” mogło być zawyżone, ale z drugiej strony krótkotrwałe zaburzenie oddechu nie musi skutkować zmianą zabarwienia skóry. Z książeczki zdrowia dziecka wynika, że powodowi podano tlen. Nie wiadomo od kiedy do kiedy, ani w jakim stężeniu, nie wiadomo w której minucie podano tlen. Nie ma też żadnego opisu stanu dziecka z 5, 15 minuty, czy późniejszego czasu. (opinia (...) wyrażona podczas wideokonferencji przez dr P. K. od 00:34:16 do 00:49: minuty).

W dokumentacji powoda wpisano, że o godzinie 8.50 zlecono pobranie od powoda krwi pępowinowej. Badanie wykonano o godzinie 9.11, ale z dokumentacji i wydruku wyniku badania morfologicznego krwi nie wynika z jakiego naczynia krwionośnego pochodzi krew. Można jedynie stwierdzić, że jest wysoce prawdopodobne, że była to pępowinowa krew żylna, jako że w 80-90% przypadków pobierana jest krew z żyły pępowinowej.

Wartości badań gazometrycznych w żyły i tętnicy pępowinowej nie są takie same, nawet jeżeli są pobierane jednocześnie. Dla dokonania oceny stanu dziecka najlepiej byłoby gdyby krew pobrano jednocześnie z obu naczyń.

Wynika to stąd, że krew pobrana z żyły pępowinowej dostarcza informacji o stanie krążenia matczyno-łożyskowego, czyli o stanie matki. Natomiast krew pobrana z tętnicy pępowinowej dostarcza informacji o stanie płodu. Żyłą płynie krew od łożyska do płodu, tętnicą od płodu do łożyska. (opinia uzupełniająca (...) k-1216v- 1217).

Wynik badania krwi pobranej z tętnicy pępowinowej w zakresie (...) powinien być niższy, od wyniku (...) krwi pobranej z żyły pępowinowej. Według podręcznika prof. S. wynik (...) z krwi żyłnej i tętnicznej mogą się różnić między 0,02 do 0,004. Zbliżenie się tych wyników może oznaczać złe pobranie, hiperwentylację, alkalozę u matki lub inne nieprawidłowości (opinia (...) dr P. K. wyrażona podczas wideokonferencji od 1:39:50 minuty).

Prawidłowe wartości krwi pępowinowej powinny być następujące:

- z żyły pępowinowej:

pH > 7,25 (jeżeli poniżej 7,15 to duże ryzyko niedotlenienia)

pC_{O2} > 20 mmHg,

BE < 8 mEq/l,

pC_{CO2} < 45 mmHg.

- z tętnicy pępowinowej

pH > 7,19,

pO₂ > 10 mmHg,

pCO_i < 55 mmHg,

BE < 10 mEq/l. (opinia pisemna (...) k- 1220 v)

Porównanie powyższych danych z wynikiem badania krwi pępowinowej wskazuje, że niezależnie od tego, czy przyjęmie się, iż badano krew pępowinową żylną, czy tętniczą, to nie wykazuje wystąpienia kwasicy metabolicznej.

Niedotlenienie niewątpliwie występowało, ale wynik gazometrii nie dawał jednoznacznych podstaw do przyjęcia, że stan powoda wynikał z niedotlenienia okołoporodowego. Innymi słowy wynik gazometrii niewątpliwie nie dowodzi przewlekłego, ciężkiego niedotlenienia, choć świadczy o występowaniu niewielkich zaburzeń w utlenowaniu i dostarczaniu tlenu do płodu. Stwierdzić należy jednak, że bywają sytuacje, w których alkalozja czy hiperwentylacja u matki może mieć istotny wpływ na wynik gazometrii u dziecka, zwłaszcza przy pobraniu krwi z żyły pępowinowej. W takich wypadkach wynik może mieścić się w granicach normy, choć u dziecka występuje niedotlenienie. (opinia (...) wyrażona podczas wideokonferencji przez dr P. K. od 00:08:00 minuty)

Tym samym wynik gazometrii nie może być uznany za wykluczający niedotlenienie okołoporodowe jako przyczynę występującego u niego porażenia mózgowego czterokończynowego. Powyższe badanie zwłaszcza przy pobraniu krwi z żyły nie daje 100 % pewności, co do stanu płodu. Uzyskany wynik jest następstwem stanu matki, bo de facto jest wykładnikiem równowagi kwasowo zasadowej u matki. Wynik może wykazywać wartości prawidłowe, nawet przy kwasicy u dziecka (opinia (...) wyrażona podczas wideokonferencji przez dr P. K. od 02:00:24 do 02:06:29 minuty).

Choć wpisano dokumentacji, że dziecku nie podawano leków, to jednocześnie odnotowano, że podano N., lek domięśniowy, który ma odwrócić działanie opioidów podawanych matce, w tym wypadku F.. Leki opioidowe mogą powodować depresję ośrodka oddechowego u dziecka. W dokumentacji odnotowano podanie domięśniowo N. o godzinie 8.49. Jeżeli ten lek byłby podany dożylnie, to jego działanie byłoby natychmiastowe. Przy podaniu domięśniowym, działanie N. mogło nastąpić po 1-3 minutach. Lek musiał wchłonąć się z tkanki skórnej do krwioobiegu i dotrzeć do ośrodkowego układu nerwowego. Czas zadziałania leku, zależy od miejsca podania na skórze, ukrwienia tego miejsca, a tym samym szybkości dostania się do krwi i szybkości przepływu krwi i dostania się do (...)(opinia (...) wyrażona podczas wideokonferencji przez dr A. G. od 01:08:07 minuty). .

W dokumentacji powoda odnotowano dwie godziny wydobycia dziecka 8.45 i 8.47. Jeżeli N. podano o 8.49, to zapis o odzyskaniu oddechu w 3 minucie życia może nasuwać wątpliwości. Jeżeli powód urodził się o 8.45, a oddech uzyskał po 3 minutach, to podawanie N. o 8.49 byłoby bezcelowe. Jeżeli powód urodził się o 8.47, N. podano domięśniowo o 8.49, to lek musiałby zadziałać w najkrótszym możliwym czasie (1 minuty), by powód mógł uzyskać oddech w 3 minucie życia.

W dniu 17 maja 2007 roku u powoda wykonano przeciemiążkowe badanie USG, w którym stwierdzono cechy zespołu niedokrwiennie – niedotlenieniowego. Opisano, że rogi przednie komór bocznych zaokrąglone po przebytych zmianach o charakterze niedokrwiennie – niedotlenieniowym, a na wysokości rogu przedniego prawego pojedyncza zmiana malacyjna średnicy 4 mm.

Aby doszło do ogniska malacji widocznego w USG, to przyczyna jego powstania musi wystąpić znacznie wcześniej. Przebieg porodu nie mógł być przyczyną malacji stwierdzonej w USG w II dobie życia (opinia (...) wyrażona podczas wideokonferencji przez dr P. K. od 00:13:26 minuty).

Generalnie trzeba stwierdzić, że w przypadku badania USG wiele zależy od interpretacji wyniku. Jeśli stwierdzona zmiana była jamą poudarową, a badanie było zrobione zaraz po porodzie to oczywistym jest, że przyczyna musiała wystąpić co najmniej 3-4 tygodnie przed porodem.

Wyniki kontrolnych badań USG z 17 maja 2007 roku, 13 czerwca 2007 roku i 20 sierpnia 2007 roku nie wskazują na leukomalację okołokomorową. W tych wynikach opisywano ognisko leukomalacji ale one nie ma żadnego wpływu na objawy u dziecka. To było tylko drobne ognisko 4 milimetrowe. Jedno takie ognisko przy komorze nie może dawać takich objawów jakie wystąpiły u powoda. To co było później opisywane, czyli rozszerzenie istoty białej wokół komór, wskazywało, że w mózgu dziecka coś się działo, ale nie była to malacja czyli niszczenie struktury. Podnieść tu trzeba, że badanie USG nie jest dokładne i nie daje jednoznacznego wyniku. W tym badaniu najważniejsza jest interpretacja i doświadczenie opisującego. Jak nie ma rozpadu, to nie ma malacji, ani martwicy. Ta mała jamka, jak ta którą stwierdzono 17 maja na pewno nie mogła dać takich objawów, jakie wystąpiły u powoda. Ta zmiana z pewnością nie mogła być przyczyną (...) i to w najcięższej postaci.

O. 4 mm jamka mogłoby dawać objawy ogniskowe jakieś drobne zmiany, ale nie takie mózgowe porażenie czterokończynowe, jakie występuje u powoda (opinia (...) dr P. R. wyrażona podczas wideokonferencji od 01:25 do 01:30: 50 minuty).

U powoda przeprowadzono pierwsze badanie (...) mózgowia w dniu 20 listopada 2015 roku. Badanie wykazało komory boczne o nierównych ścianach, nieco poszerzone w zakresie trzonów i rogów potylicznych. P. obustronnie widoczne zmiany hyperintensywne w sekwencji F. sięgające okolic podkorowych na pograniczach czołowo ciemieniowych. Ciało modzelowate wykształcone, nieco sścieńczałe w grzbietowej części trzonu. Pozostałe struktury mózgowia i mózdzku zmian nie wykazują. Pień mózgu prawidłowy. K. III i IV nieposzerzone. Szerokość przestrzeni płynowych przymózgowych prawidłowa. Cech restrykcji dyfuzji wody nie stwierdzono. Wniosek: Obraz encefalopatii niedotlenieniowo - niedokrwiennnej z okresu okołoporodowego (wynik badania RM k- 1158).

Oceniając powyższy wynik dr I. T. (1) pediatra, neurolog dziecięcy, elektroencefalografista kliniczny uznała, że świadczy on o obustronnym zlokalizowanym uszkodzeniu istoty białej mózgu, które powstało w przebiegu zawału okołokomorowego i zmian martwiczych w okolicach podkorowych. Są one w tym przypadku (tj. zawał i martwica) skutkiem regionalnych zaburzeń krążenia mózgowego w zakresie unaczynienia tętnic środkowych mózgu prowadzących do niedokrwienia i wtórnie niedotlenienia. Najczęstszą ich przyczyną u noworodków jest przedwczesne odklejenie się łożyska ale może być to też skutek pęknięcia macicy, czy zaburzeń krążenia u matki. Wtedy ogromne znaczenie rokownicze ma czas wydobycia płodu.

Dr T. podała, że należy wyraźnie zaznaczyć, iż u większości dzieci z (...) mimo istniejącej patologii okołoporodowej, nie ma dowodów biochemicznych dokumentujących uogólnione niedotlenienie płodu. Tym samym dla postawienia w/w rozpoznania i ustalenia czasu wystąpienia urazu niedotlenieniowo-niedokrwiennego wynik gazometrii może nie mieć znaczenia , ponieważ prawidłowy go nie wyklucza. Tak jest w analizowanym przypadku.

Do dnia porodu stan płodu oceniany był jako dobry i nie ma dowodów na występowanie u dziecka innej choroby lub zdarzenia medycznego mogących być przyczyną mózgowego porażenia dziecięcego, dlatego w kontekście wywiadu,

całokształtu obrazu klinicznego, zmian w (...) i danych z piśmiennictwa uważam, że obustronna hemiplegia u S. K. jest wynikiem pęknięcia macicy i relatywnie długiego czasu jaki upłynął do wydobycia płodu.

Rozpoznanie: mózgowie porażenie dziecięce pod postacią obustronnej hemiplegii. (opinia prywatna dr I. T. wykonana na zlecenie przedstawicieli ustawowych powodów k- 1166) .

Powyższy wynik badania (...) na płycie CD, opis radiologa i opinię dr I. T. (1) Sąd Apelacyjny przesłał do (...) celem zapoznania się z nim przez lekarzy wydających opinię w imieniu Instytutu, jako nowym dowodem w sprawie oraz zapoznania się z dokonaną przez dr I. T. oceną wyniku .

Dr P. R. (1) specjalista neurolog wchodzący w skład zespołu lekarzy wydających opinię imieniu (...), w pełni zaakceptował opis wyniku badania dokonany przez radiologa i potwierdził, że wynik (...) wykazuje encefalopatię niedokrwiennie-niedotlenieniową. Dr R. nie miał pewności co do etiologicznego rozpoznania encefalopatii, jako zdarzenia okołoporodowego, bo jego zdaniem istniejąca encefalopatia niedokrwiennie-niedotlenieniowa hipotetycznie mogłaby wystąpić również wskutek nagłego zatrzymania krążenia. Biegły nie kwestionował wniosku radiologa opisującego badanie (...), stwierdzającego istnienie encefalopatii niedokrwiennie niedotlenieniowej z okresu okołoporodowego, zastrzegając, że mogą być jakieś markery, które specjaliści liczą. Podsumowując swoją wypowiedź biegły potwierdził, że on nie ma żadnych wątpliwości, co do tego, że wynik (...) zawiera obraz encefalopatii niedokrwiennie niedotlenieniowej, choć podawał, że nie potrafi ocenić momentu jej powstania. Dr P. R. nie podważał, ani w żaden sposób nie kwestionował prywatnej opinii wyrażonej przez dr I. T. (1).

Biegły stwierdził również, że wątpliwe jest, by zmiany które doprowadziły do (...) występowały już przed porodem. Dziecko nie urodziło się objawami neurologicznym. W (...) opisano scieżczące ciała modzelowate. Tego typu zmiany rozwijają się długo, ale nic nie przemawia za uznaniem, że przyczyn (...) należy upatrywać w życiu płodowym (opinia (...) dr P. R. wyrażona podczas wideokonferencji od 01:31 do 01:38 minuty).

Jako dokumentację medyczną z pobytu powoda w (...) w dniach 16 – 19 maja przedłożono kartkę z czterema wpisami wykonanymi różnymi charakterami pisma, opatrzonymi datami 16 – 19 maja. Nie ma na nich adnotacji dotyczącej nazwiska lub jakichkolwiek danych identyfikujących pacjenta, żadnego podpisu lekarza. Z powyższych wpisów nie wynika godzina badania, kogo badanie dotyczyło, i przez kogo było wykonywane. Dopiero pod piątym wpisem dotyczącym wypisu noworodka (bez podania jego nazwiska) znajduje się podpis i pieczęć lekarza. W ocenie Sądu charakter pisma z piątego wpisu nie odpowiada żadnemu z poprzednich wpisów.

W dokumentacji powoda znajduje się druk nazwany „Karta obserwacji i pielęgnacji noworodka”. Odnotowano na niej nazwisko matki, płęć i wagę dziecka. Z tej karty nie wynika prowadzenie kontroli napięć mięśniowych dniach 15-17, a 18 maja wpisano P, czyli prawidłowe (dokumentacja k-216).

Dokumentacja powoda i jego matki jest bardzo skąpa i jest w niej dużo braków. Nie odpowiada standardom z 2007 roku, które co trzeba zaznaczyć były znacznie niższe niż obecnie (opinia pisemna i opinia ustna (...)).

Sąd Apelacyjny zważył co następuje:

Apelacja nie jest zasadna i podlega oddaleniu .

Sąd Apelacyjny podziela i uznaje za własne ustalenia faktyczne poczynione przez Sąd I instancji z uszczegółowieniami i uzupełnieniami wykonanymi w postępowaniu apelacyjnym na podstawie uzupełniających opinii - pisemnej i ustnej Zakładu Medycyny Sądowej w B. (...) im. M. K. w T. oraz na podstawie nowych dowodów w postaci wyniku badania (...) powoda z dnia 20 listopada 2015 roku i jego opisu, z którym zapoznali się biegli z (...) i do którego się ustosunkowali.

W rozpatrywanej apelacji strona pozwana podniosła zarzuty naruszenia prawa procesowego i materialnego. W pierwszym rzędzie Sąd odniesie się do twierdzeń o naruszeniu prawa procesowego, jako że tylko prawidłowo ustalony stan faktyczny daje możliwość właściwego zastosowania prawa materialnego.

Strona pozwana zarzuciła w apelacji nieprawidłową ocenę zgromadzonego w toku postępowania materiału dowodowego wyrażającą się w niesłusznym uznaniu, że lekarze z pozwanego Instytutu powinni podjąć decyzję o natychmiastowym rozwiązaniu ciąży cesarskim cięciem u J. K.- Bar sytuacji gdy materiał dowodowy wskazuje, że nie było takiej konieczności.

Odnosząc się do tego zarzutu w pierwszym rzędzie należy stwierdzić, że Sąd I instancji wcale nie przyjmował, że od chwili zgłoszenia się matki powoda do szpitala istniały wskazania do natychmiastowego przerwania ciąży i wydobycia powoda. Taka potrzeba wystąpiła po ok. 2 godzinach, a cięcie cesarskie niewątpliwie zostało wykonane zbyt późno.

Zgodzić się należy zatem ze skarżącym, że w chwili przyjęcia do szpitala nie było wskazań ginekologicznych do natychmiastowego przerwania ciąży, a zatem umieszczenie matki powoda na sali porodowej, podłączenie do KTG, które wykazywało prawidłową pracę serca płodu i czynność skurczową macicy było działaniem prawidłowym. Ten stan na przestrzeni kolejnych 2 godzin ulegał jednak zmianom, które nie wywołały koniecznej reakcji lekarzy.

Postępująca akcja porodowa, wzrastająca częstotliwość i siła skurczy zwiększały ryzyko rozejścia się macicy w miejscu blizny i jej pęknięcia. Gdyby cięcie było przeprowadzone odpowiednio wcześniej, a nie w sytuacji bardzo zaawansowanej fazy porodu (skurcze co 2-3 minuty przy rozwarciu 7-8 cm) nie doszłoby do tych ciężkich powikłań zagrażających matce i dziecku. Reasumując, jakkolwiek w początkowej fazie po przybyciu do szpitala postępowanie lekarzy było prawidłowe, to późniejsze odwołanie wykonania cięcia narażało rodzącą i płód na doznanie ciężkich uszkodzeń i późniejszych powikłań.

Jak wynika z wydanych opinii, stwierdzone u matki powoda pęknięcie dolnego odcinka macicy w kierunku pochwy i jej rozejście się w miejscu blizny po poprzednim cięciu mogło być przyczyną niedotlenienia płodu i skutkować mózgowym porażeniem dziecięcym. Tym samym odwołanie przeprowadzenia cięcia do godziny 8.40 i podjęcie go w stanie dużego zaawansowania akcji porodowej już po pęknięciu macicy i po rozejściu się blizny było poważnym błędem lekarzy pozwanego. Na to wszystko nakłada się brak ciągłego podłączenia do KTG oraz monitorowania uzyskiwanego zapisu (w karcie nie ma żadnego wpisu lekarza), a także niezauważenie zaniku akcji skurczowej macicy, co najprawdopodobniej nastąpiło po rozejściu się blizny.

Podsumowując należy stwierdzić, że jakkolwiek stan ginekologiczny radzącej w chwili przyjęcia do szpitala nie wymagał natychmiastowego operacyjnego zakończenia porodu, to w okresie kolejnych 2 godzin, taki stan już wystąpił. Cięcie cesarskie rozpoczęte około o 8.40 wykonywane w warunkach rozejścia się blizny i pęknięcia macicy, musi być kwalifikowane jako wykonane zbyt późno.

Kwestią budzącą w niniejszej sprawie najwięcej kontrowersji i wokół której strona pozwana skoncentrowała najistotniejsze zarzuty procesowe było badanie krwi pępowinowej. Badanie to pozwala na ustalenie czy doszło do okołoporodowego niedotlenienia płodu. Krew pobiera się bezpośrednio po urodzeniu łożyska i wykonuje się badanie gazometryczne (...) i równowagi kwasowo-zasadowej (pH).

Czas pobrania krwi pępowinowej Sąd Okręgowy ustalił na godzinę 8.50 na podstawie wpisu z indywidualnej karty zleceń. W tej karcie nie odnotowano, czy krew pobrano z żyły czy z tętnicy i na tę okoliczność strona pozwana zgłosiła dowód z zeznań S. F.. Świadek nie pamiętała wykonywania tych czynności, ale na podstawie karty zleceń podała, że skoro nie ma adnotacji o pobraniu krwi z innego naczynia, to należy wnioskować, że pobierała ją z żyły.

Oceny wyniku badania gazometrycznego dokonywała biegła dr Z., która - jak słusznie wywodziła strona pozwana w apelacji - niewłaściwie określiła funkcje naczyń tętniczych i żylnych biegnących w pępowinie.

Podważyło to kompetencje biegłej i wobec powyższego Sąd Apelacyjny uwzględnił zawarty w apelacji wniosek strony pozwanej o dopuszczenie dowodu z opinii kolejnego biegłego anestezjologa. Jednocześnie Sąd dopuścił dowód z opinii specjalisty neonatologa, jako że wydająca opinię biegła z zakresu pediatrii prof. A. P. podała w opinii ustnej, że nie jest

neonatologiem i nie zna dokładnie norm badania krwi pępowinowej i nie umie odpowiedzieć na pytania dotyczące wyniku saturacji PO₂ (k-565v).

Przy takich stwierdzeniach biegłej, powstawała zasadnicza wątpliwość co do trafności ocen wcześniej wyrażonych przez biegłą, a dotyczących powoda będącego noworodkiem. Skoro neonatologia jest odrębną dziedziną medycyny, zajmującą się schorzeniami, wadami wrodzonymi oraz prawidłowym rozwojem dzieci w okresie noworodkowym, to opieranie się na wiadomościach specjalnych lekarza pediatry, który stwierdza, że nie ma wiedzy co do norm występujących u noworodków, nie mogło by być uznane przez Sąd Apelacyjny za wystarczające.

W tym kontekście zupełnie niezrozumiałe wydaje się stanowisko strony pozwanej, która w apelacji zarzucała pominięcie przez Sąd Okręgowy wcześniejszych twierdzeń prof. A. P. wykluczających u powoda niedotlenienie okołoporodowe. W ocenie Sądu Apelacyjnego przytoczona wypowiedź biegłej o braku koniecznych kompetencji, czyniła z gruntu bezzasadnym analizowany zarzut apelacji strony pozwanej. Innymi słowy, odwoływanie się przez skarżącego do wcześniejszych korzystnych dla niego wypowiedzi biegłej, z pominięciem twierdzeń w których przyznała, że w podanym temacie nie ma koniecznej wiedzy, nie może być uznane przez Sąd za skuteczny zarzut apelacyjny.

Niemożliwość znalezienia przez Sąd Apelacyjny odpowiednich biegłych podanych specjalności, skutkowało skierowaniem sprawy ponownie do (...) ze zleceniem poszerzenia zespołu biegłych o specjalistów z zakresu anestezjologii i neonatologii. Dodać tu należy, że nie chodziło o anestezjologa dziecięcego, jako że miały być oceniane działania podejmowane względem matki powoda.

Odnosząc się do dalszych zarzutów apelacji stwierdzić należy, że całkowicie chybiony jest zarzut apelacji kwestionujący pominięcie dowodu z opinii biegłego z zakresu ginekologii i położnictwa R. K.. Należy się zgodzić z Sądem I instancji, że jego opinia jest tendencyjna i niekonsekwentna. Jak wynika z tezy dowodowej biegły miał wypowiedzieć się lekarze w sposób prawidłowy sprawowali opiekę medyczną nad matką powoda, czy doszło do nieprawidłowości, a jeśli tak jaki miały charakter, czy miały wpływ na wystąpienie komplikacji okołoporodowych w postaci pęknięcia macicy, a w rezultacie na stan zdrowia dziecka.

Biegły w wydanej opinii w pierwszym rzędzie przeprowadził ocenę wyjaśnień matki powoda jako tendencyjnych i naznaczonych przykrymi doświadczeniami położniczymi, a następnie ocenił zeznania składane przez świadka P. K. (1), co rozmija się całkowicie ze zleceniem Sądu, a nadto prowadzi do wypaczenia funkcji dowodu z opinii biegłego w postępowaniu cywilnym.

Dr K. zajął się też oceną zasadności przeprowadzenia amnipunkcji i powiązał to ze stanem dziecka, nie wyjaśniając w żaden sposób ewentualnego związku badania z niedotlenieniem. Dodać tu należy, że biegli z Katedry Medycyny Sądowej (...) M. K. w T. C. M. im. L. R. w B. zajęli odmienne i bardziej przekonujące stanowisko, jednoznacznie stwierdzając, iż badanie to nie miało ujemnego wpływu na stan dziecka.

Bardzo duże wątpliwości powstają na tle analizy biegłego K. dotyczącej stwierdzonego u powoda ogniska malacji. Rozważania w tym przedmiocie z pewnością wykraczają poza specjalność biegłego i winny być prowadzone przez biegłego z zakresu neurologii dziecięcej ewentualnie z neonatologiem.

Sąd Okręgowy oceniając powyższy dowód powołał te okoliczności i dokonał szczegółowego ich omówienia. Analiza Sądu jest logiczna, przekonująca i świadczy wyłącznie o swobodnej, a z pewnością nie o dowolnej ocenie opinii pisemnej wydanej przez biegłego K.. Pomijając ten dowód Sąd działał w ramach swoich kompetencji, a dokonana ocena zasługuje na pełną aprobatę.

Jeśli chodzi o ostatni zarzut apelacji newszechstronnej oceny materiału dowodowego poprzez pominięcie wpływającego z opinii (...) wniosku, że nie można w sposób jednoznaczny wykluczyć wpływu przyczyn pozapłodowych na obecny stan zdrowia i rozwój powoda, oraz że przyczyną mózgowego porażenia dziecięcego może

być fakt przyjmowania przez matkę powoda leków w okresie ciąży, stwierdzić należy, że uzupełniające postępowanie dowodowe w żaden sposób nie potwierdziło powyższych zarzutów.

Uzupełnione opinie nie były kwestionowane, ani podważane. Tym samym wniosek strony pozwanej o dopuszczenie dowodu z opinii kolejnego neonatologa nie miał żadnego uzasadnienia. Nadto przeprowadzenie dowodu z opinii prof. E. H., jako krajowego konsultanta ds. neonatologii nie było możliwe, skoro powód był przez nią prywatnie konsultowany.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego dodatkowe postępowanie dowodowe, w tym wyjaśnienie kwestionowanej w apelacji funkcji naczyń pępowinowych i dokładana analiza wyników gazometrii oraz płynących z niej wniosków, a także uzupełnienie opinii o wiedzę neonatologiczną pozwoliło na przyjęcie bardzo wysokiego stopnia prawdopodobieństwa w istocie graniczącego z pewnością, że przyczyną mózgowego porażenia dziecięcego powoda w najcięższej możliwej postaci był okołoporodowy incydent niedokrwienny – niedotlenieniowy wywołany zbiegiem okoliczności poważnie obciążających stronę pozwaną.

Pierwszą z nich była nieprawidłowa opieka nad rodzącą na sali porodowej. Chodzi tu o brak właściwego zbadania rodzącej, brak ciągłego podłączenia do KTG oraz brak monitorowania zapisu. W karcie nie ma żadnego wpisu lekarza wskazującego na bieżące kontrolowanie zapisów KTG, ani na monitorowanie rodzącej w okresach odłączenia tego urządzenia. Podkreślenia wymaga, że nikt też nie zauważył braku zapisu czynności skurczowej macicy, co najprawdopodobniej nastąpiło po rozejściu się blizny i pęknięciu macicy. Nikt też nie sprawdzał, czy zgłaszane przez rodzącą duże dolegliwości bólowe mogą wynikać również z innych przyczyn, a nie tylko z bólu porodowego. Gdyby ktoś z personelu zainteresował się tym i sprawdził zapis KTG, to nie mógłby nie dostrzec, że aparat nie wykazuje czynności skurczowej macicy.

Wcześniejsze stwierdzenie takiego stanu rzeczy musiałoby wywołać reakcję lekarzy. Gdyby cięcie było przeprowadzone odpowiednio wcześniej, to byłaby szansa uniknięcia ciężkich powikłań. Jak wynika z wydanych opinii pęknięcie dolnego odcinka macicy w kierunku pochwy i jej rozejście się w miejscu blizny po poprzednim cięciu mogło być przyczyną niedotlenienia płodu i skutkować mózgowym porażeniem dziecięcym. Tym samym odwlekanie przeprowadzenia cięcia do godziny 8.40 i podjęcie go w stanie dużego zaawansowania akcji porodowej już po pęknięciu macicy i po rozejściu się blizny musi być kwalifikowane jako wykonane zbyt późno i tym samym jako poważny błąd lekarzy pozwanego.

Kolejnym błędem pozwanego, którego dopuszczono się podczas zabiegu CC było podanie matce F. w ramach stosowanego znieczulenia do zabiegu. Jest to lek opioidowy powszechnie stosowany przy znieczuleniach, ale w przypadku pacjentek rodzących może być podany wyłącznie po wydobyciu dziecka, bo u noworodka wywołuje depresję oddechową. W tym wypadku w dokumentacji odnotowano podanie F. po wydobyciu dziecka, ale jednocześnie odnotowano, że powodowi podano 1/2 ampułki N. domięśniowo.

Jak wynika z ustaleń faktycznych N. jest środkiem odwracającym stan depresji oddechowej. Skoro lekarze zdecydowali o jego podaniu, to należy przyjąć, że zastosowanie N. było ewidentnym błędem, albo wbrew zapisowi dokumentacji u matki powoda zastosowano fentanyl przez wydobyciem dziecka i on spowodował depresję oddechową.

Nie ulega bowiem żadnej wątpliwości, że powód w 1 minucie życia nie oddychał, a określając punktację w skali A. w pierwszej podano: oddech 0

czynność serca 2 napięcie mięśni 1 odruchy 1 zabarwienie skóry 2. Powyższe wpisy były poprawiane, ale bez jakiegokolwiek adnotacji wyjaśniającej przyczyny poprawienia wskaźników „1” przy odruchach i napięciu mięśni z „1” na „2”.

W 3 minucie odnotowano oddech na „2”. W późniejszych minutach życia nie dokonywano ocen w skali A. , choć powinno to mieć jeszcze miejsce w 5 i 15 minucie życia dziecka. Sposób dokonywania wpisów dotyczących oceny w

skali A. i brak odnotowania stanu dziecka z 5 i 15 minuty budziło wiele wątpliwości co do rzeczywistego stanu powoda w pierwszych minutach życia.

Kolejną nieprawidłowością było zaniechanie badania łożyska, choć jak wskazuje materiał dowodowy występował w nim dodatkowy płat. Zaniechanie tego badania pozbawiło możliwości ustalenia, czy np. doszło do jego przedwczesnego odklejenia, czy były zaburzenia w utlenowaniu powoda oraz czy występowały inne nieprawidłowości mające wpływ na stan powoda.

Jeśli chodzi o badanie gazometryczne, to było ono zlecone, ale nie dokonano badania pępowinowej krwi tętniczej, a zatem nie ma możliwości ustalenia stanu dziecka. Jak wynika z uzupełniającej opinii (...) w T. pobranie krwi z żyły pępowinowej nie było właściwe, albowiem ta krew obrazuje stan matki, a dla ustalenia czy wystąpił stan niedotlenienia dziecka konieczne jest pobranie krwi z tętnicy pępowinowej, czego nie dokonano.

Krew pobrana z żyły pępowinowej, czyli krew płynąca od matki do dziecka wykazała (...) na poziomie 7,27 co wskazuje na niskie utlenowanie krwi dostarczanej dziecku w ramach tak zwanego krążenia maczyno łożyskowego, ale mieszczące się jeszcze w normie. Wynik nie może dowodzić stanu dziecka, bo może być zaburzony na skutek alkalozji lub hiperwentylacji u matki. Nie można zatem precyzyjnie ustalić stanu utlenowania krwi powoda. W tym miejscu dodać należy, że nawet całkowicie prawidłowy wynik gazometrii nie wyklucza występowania niedotlenienia płodu, zwłaszcza w sytuacji gdy doszło do uprzedniego pęknięcia macicy.

W badaniu USG przeciemiążzkowym wykonanym w dniu 17 maja 2006 roku stwierdzono cechy zespołu niedokrwiennie – niedotlenieniowego. Rogi przednie komór bocznych zaokrąglone po przebytych zmianach o charakterze niedokrwiennie – niedotlenieniowym, na wysokości rogu przedniego prawego pojedyncza zmiana malacyjna średnicy 4 mm.

Wynik tego badania był powoływany przez stronę pozwaną jako dowód na to, że do zmian niedotlenieniowo - niedokrwiennych doszło jeszcze podczas życia płodowego, jako że zmiana malacyjna może powstać dopiero po 3-4 tygodniach od incydentu niedokrwienia.

Uzupełniająca opinia (...) w T. wyjaśniła te kwestię w sposób jednoznaczny i nie budzący żadnych wątpliwości. Wynika z niej, że 4 mm ognisko malacji, które musiało wystąpić w życiu płodowym mogło dawać drobne objawy ogniskowe, ale z pewnością nie może być przyczyną występującego u powoda (...) czterokończynowego w najcięższej postaci.

Wykonane w toku postępowania apelacyjnego badanie rezonansu magnetycznego wykazało poważne zmiany przykomorowe, a jako wniosek podano, że jest to obraz encefalopatii niedotlenieniowo niedokrwiennej w okresie okołoporodowego.

Biegły neurolog z zespołu (...) przyznał, że obraz powyższego badania w sposób oczywisty odpowiada encefalopatii niedotlenieniowo - niedokrwiennej. Nie potrafił wskazać, czy powyższe badanie pozwala na ustalenie momentu uszkodzenia mózgu, choć jak stwierdził „chyba że są jakieś markery, które oni liczą”. Biegły ten stwierdził też, że nie podważa opinii dr T., która wydawała opinie prywatną. Z tej opinii wynika, że obustronna hemiplegia u powoda jest wynikiem pęknięcia macicy i relatywnie długiego czasu do wydobycia płodu.

Na koniec należy dodać, że biegły nie szczędził słów krytyki co do sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej porodu oraz dokumentacji powoda. Jak podkreślił nie spełnia ona podstawowych standardów nawet z tamtego czasu. Dotyczy to nie tylko przebiegu porodu, ale również całej opieki poporodowej. W tabeli ocen pielęgnarskich nie odnotowywano stwierdzanego stanu powoda, w dokumentacji lekarskiej wpisy były dokonywane na czystej kartce, bez podania nazwiska dziecka i bez podpisu. Nie wiadomo kto prowadził badanie, ani kogo badanie dotyczyło.

Jak wynika z orzecznictwa dokumentacja medyczna, sporządzona w sposób zgodny z przepisami prawa, stanowi środek dowodowy służący ustalaniu przebiegu i wyników leczenia, mimo że nie wszystkie jej składniki odpowiadają wymaganiom stawianym dokumentom przez przepisy kodeksu postępowania cywilnego (wyrok Sądu Najwyższego

z dnia 21 maja 2010 r. II CSK 643/09). W innych orzeczeniach uznano, że dokumentacja lekarska jest istotnym dowodem, a braki w dokumentacji lekarskiej, bądź też całkowity brak dokumentacji lekarskiej nie może być w procesie wykorzystany na niekorzyść pacjenta, ani go obciążać (wyroki: Sądu Najwyższego III CKN 226/97, Sądu Apelacyjnego w Poznaniu 29 września 2005 r. w sprawie I ACa 236/05 i Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 17 czerwca 2009 r. w sprawie I ACa 771/2008).

Jeżeli zatem dokumentacja nie jest sporządzona w sposób zgodny przepisami, a jej wadliwości i braki są tak daleko idące, że uniemożliwiają dokonanie oceny prawidłowości podejmowanych czynności medycznych, to takie sprzeczne z prawem działanie podmiotu medycznego w istocie prowadzi do pozbawienia pacjenta, przez ten podmiot możliwości wykazania zasady jego odpowiedzialności. Skoro od lekarzy i personelu medycznego wymaga się podwyższonego stopnia staranności, to obejmuje on cały obszar ich działalności, w tym również właściwe dokumentowanie podejmowanych czynności medycznych. Niezachowanie wymaganego progu staranności musi obciążać podmiot medyczny choćby poprzez wskazywaną wyżej niemożność wykorzystania braków dokumentacji na niekorzyść pacjenta.

Mając bna względzie przedstawioną wyżej argumentację, Sąd Apelacyjny doszedł do przekonania, że Sąd Okręgowy dysponując mniejszym zakresem materiału dowodowego dokonał w pełni trafnej oceny co do przyczyn stanu powoda i zakresu odpowiedzialności strony pozwanej. Uzupelniony w postępowaniu apelacyjnym materiał dowodowy pozwolił na przyjęcie z bardzo wysokim prawdopodobieństwem, na poziomie graniczącym z pewnością, że przyczyną występującej u powoda najcięższej postaci czterokońcynowego mózgowego porażenia dziecięcego był okołoporodowy epizod niedokrwiennie niedotlenieniowy. Zdaniem Sądu Apelacyjnego kompleksowa ocena zgromadzonego obecnie materiału dowodowego nie pozwala na postawienie żadnej innej tezy.

Wprawdzie ocena poszczególnych elementów składających się na przebieg porodu może nasuwać pewne wątpliwości, ale szczególnego podkreślenia wymaga to, że mimo szerokiego postępowania dowodowego nie została ustalona żadna okoliczność stwarzająca choćby prawdopodobieństwo jakiegokolwiek innej przyczyny (...). Z całą pewnością należy też stwierdzić, że całkowicie chybione jest forsowane przez stronę pozwaną twierdzenie, iż przyczyny (...) należy upatrywać w 4 mm zmianie malacyjnej stwierdzonej w USG z 17 maja 2007 roku.

Skala zaniedbań w zakresie opieki nad rodzącą i nad powodem była tak duża, że nie może być wątpliwości co do wykazania przesłanek odpowiedzialności strony pozwanej, bardzo szczegółowo omówionych Sąd Okręgowy, którą to ocenę Sąd Apelacyjny w pełni podziela i uznaje za własną.

Poza zasadą odpowiedzialności strona pozwana wskazywała w apelacji na naruszenia art. 445 kc w zw. z art. 444 § 1 k.c. przez zasądzenie na rzecz powoda kwoty 1.000.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę niemajątkową. Jedyne zarzut jaki strona pozwana w tym zakresie podniosła , to twierdzenie, że kwota ta jest jednak zbyt wysoka.

O zadośćuczynieniu zarówno w doktrynie, jak i w judykaturze napisano bardzo wiele mówić, ale najprościej rzecz ujmując , jest to suma pieniężna, ktra ma naprawić krzywdę wyrządzoną powodowi. Ustawodawca nigdzie nie sprecyzował sposobu ustalenia wysokości zadośćuczynienia, odwołując się do sędziowskiego uznania, opartego na całokształcie okoliczności sprawy.

Decydującym kryterium jest rozmiar krzywdy, cierpienia fizyczne w postaci bólu i innych dolegliwości oraz cierpienia psychiczne polegające na ujemnych doznaniach przeżywanych w związku z cierpieniami i następstwami, zwłaszcza trwałymi lub nieodwracalnym, uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia. Przy czym w pojęciu krzywdy mieszczą się nie tylko cierpienia fizyczne i psychiczne już doznane, ale również te, które mogą powstać w przyszłości Zadośćuczynienie jest bowiem świadczeniem jednorazowym i ma naprawić całą wyrządzoną krzywdę. Sąd I instancji szczegółowo omówił wszystkie te kwestie, a przedstawiony w tym zakresie wywód zasługuje na pełną aprobatę.

Okoliczność, że zadośćuczynienie ustalane jest według sędziowskiego uznania powoduje, że Sąd II instancji może w nie ingerować tylko wtedy, gdy jest rażąco niskie lub rażąco wysokie.

Sąd Apelacyjny nie stwierdza, aby w tej sprawie, którakolwiek z tych okoliczności wystąpiła. Zakres codziennych cierpień i ograniczeń życiowych powoda od początku jego życia jest niewyobrażalny i co gorsza taki najprawdopodobniej już pozostanie mimo stałego postępu w medycynie.

U powoda rozpoznano

- mózgowe porażenie dziecięce z niedowładem spastycznym czterokończynowym, zaburzony rozwój motoryki dużej i małej, w tym: chwytu, koordynacji wzrokowo - motorycznej,
- brak zdolności swobodnego manipulowania przedmiotami,
- brak rozwoju mowy czynnej,
- rozwój zdolności do myślenia i rozumowania pozostaje w granicach normy wiekowej.

Rokowanie co do poprawy stanu zdrowia powoda jest niepomysłne. Mimo starań i wysiłków rodziców, prowadzenia intensywnej rehabilitacji ruchowej i logopedycznej powód samodzielnie nie siedzi, nie stoi, próbuje przemieszczać się przez przetaczanie, nie mówi. Za źle rokujące uważa się dzieci przemieszczające się tylko poprzez pełzanie i toczenie się wokół długiej osi ciała, jak ma to miejsce w przypadku małego powoda. Dynamika dalszego rozwoju intelektualnego chłopca jest ściśle uzależniona od postępów w rozwoju ruchowym i rozwoju mowy, warunkujących dostęp do bodźców.

Powód jest całkowicie niezdolny do samodzielnej egzystencji. Musi być karmiony, spożywa tylko rozdrobnione posiłki. Wymaga obecnie stałej, całodobowej opieki, ciągłej rehabilitacji, Życie powoda uzależnione jest od stałej troski, opieki i pomocy innych osób. Nadto powód musi pozostawać pod stałą kontrolą lekarzy oraz korzystać z rehabilitacji. Tak będzie najprawdopodobniej przez całe jego życie. Kolejne hospitalizacje, skomplikowane leczenie i rehabilitacja związane są z cierpieniem i dużym stresem dla małego powoda. Uszczerbek na zdrowiu małego powoda S. K. wynosi 160 %, a przy jego określaniu uwzględniono upośledzenie dwóch aspektów jego aktywności: ruchowego i brak mowy czynnej.

Wszelka aktywność fizyczna powoda jest niemożliwa, a rozwój społeczny nigdy nie będzie pełny.

W takiej sytuacji faktycznej twierdzenie pozwanego, że zadośćuczynienie w kwocie 1.000.000 zł jest za wysokie nie znajduje uzasadnienia.

Mając to wszystko na uwadze Sąd Apelacyjny na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił apelację. O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art. 98 k.p.c.

Zasadzając na rzecz pełnomocnika powoda podwójną stawkę kosztów adwokackich wnioskowaną w odpowiedzi na apelację, Sąd II instancji miał na względzie wyjątkowo duży nakład pracy i niespotykaną aktywność pełnomocników powoda nie tylko procesową, ale również w zgłębieniu tajników wysokospecjalistycznej wiedzy medycznej, co w bardzo dużym stopniu przyczyniło się do wyjaśnienia sprawy.