

Sygn. akt IIC 1478/11

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 4 lutego 2014 r.

Sąd Okręgowy w Łodzi Wydział II Cywilny

w składzie :

Przewodniczący : **SSO M. Rojecka – Mazurczyk**

Protokolant: **A.Krysiak – Gębarowska**

po rozpoznaniu w dniu 21 stycznia 2014 r. w Łodzi

sprawy z powództwa J. Z. (1)

przeciwko (...) Publicznemu Zespołowi (...)

o 200.000 zł

1. oddała powództwo;
2. nie obciąża powoda kosztami zastępstwa procesowego strony pozwanej

Sygn. akt II C 1478/11

UZASADNIENIE

W pozwie z dnia 7 października 2011 roku, skierowanym przeciwko (...) Publicznemu Zespołowi (...) w Ł., J. Z. (1) wniósł o zasądzenie od pozwanego na jego rzecz następujących kwot:

- 150.000 złotych tytułem zadośćuczynienia wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 15 stycznia 2011 roku do dnia zapłaty,
- 50.000 złotych tytułem odszkodowania za znaczne pogorszenie sytuacji życiowej wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 15 stycznia 2011 roku do dnia zapłaty.

Nadto powód wniósł o ustalenie odpowiedzialności pozwanego za dalsze, mogące powstać w przyszłości skutki błędnej diagnozy oraz domagał się zasądzenia od pozwanego na rzecz powoda kosztów procesu, w tym zastępstwa procesowego według norm przepisanych. W uzasadnieniu pozwu powód podał iż w/w roszczeń dochodzi w związku ze śmiercią żony H. Z. która nastąpiła w wyniku . o dopuszczenia się błędu w sztuce medycznej przez lekarza zatrudnionego w Przychodni (...) w Ł. (pozew, k. 3 – 7)

W odpowiedzi na pozew z dnia 5 grudnia 2011 roku strona pozwana wniosła o oddalenie powództwa oraz zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. W uzasadnieniu pozwany wskazał, że powód nie wykazał istnienia związku przyczynowego pomiędzy diagnozą lekarską stanu zdrowia H. Z. dokonaną przez lekarza J. H. w oparciu o zgłaszane przez pacjentkę dolegliwości i badania, a stwierdzonym u tej pacjentki kilkanaście godzin później wylewem podopajęczynówkowym powodującym w efekcie zgon. (odpowiedź na pozew, k. 29 – 30)

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:

H. Z. i J. Z. (1) byli małżeństwem, i pozostawali we wspólnym gospodarstwie domowym. Żona powoda nie miała poważniejszych problemów zdrowotnych, a w razie potrzeby korzystała z pomocy lekarzy przyjmujących w Poradni (...) przy ul. (...) w Ł. .

W dniu 27 października 2008 roku H. Z. w późnych godzinach wieczornych dostała silnego bólu głowy w związku z czym wzięła tabletki przeciwbólowe, jednak ból nie ustępował. W tej sytuacji postanowiła zmierzyć sobie ciśnienie tętnicze. Małżonkowie posiadali w domu aparat do mierzenia ciśnienia gdyż powód cierpiał na nadciśnienie i leczył się z tego powodu. Wynik badania wskazywał na ciśnienie 190/100. Wcześniej H. Z. nie miała tak wysokich skoków ciśnienia dlatego powód zasugerował żeby wezwać Pogotowie (...). H. Z. nie zgodziła się na wezwanie karetki stwierdzając, że wytrzyma i rano uda się do lekarza rejonowego. Powód podał żonie na obniżenie ciśnienia lek o nazwie Amlozek , który sam zażywał. Razem z bólem głowy występowała w żony powoda biegunka i wymioty. Następnego dnia rano powód zarezerwował wizytę w przychodni dla żony u doktor J. K. . H. Z. wciąż skarżyła się na ból głowy, mówiła, że jest to ból wyjątkowo silny wskazując, że jego źródło znajduje się na czubku głowy. Gdy ponownie zmierzyła ciśnienie było nieco niższe, ale wciąż jeszcze było wysokie.

Powód udał się do przychodni razem z żoną jednak nie wszedł do gabinetu tylko przez cały czas podczas trwania wizyty u lekarza czekał pod drzwiami. Przez drzwi gabinetu usłyszał jak jego żona mówiła lekarzowi, że ma silny ból głowy, wymioty i biegunkę.

Po wyjściu z gabinetu H. Z. powiedziała, mężowi że lekarka stwierdziła gripę jelitową i dała mężowi recepty, które otrzymała. Powód zwiózł żonę do domu i poszedł do apteki aby wykupić zlecone leki tj H. Z. przyjmowała leki zgodnie z zaleceniami, jednak ból nie ustępował, a wręcz się nasilał i wciąż – od czasu do czasu – występowały wymioty. Około godziny 18-tej H. Z. udała się do łazienki twierdząc, że znowu jest jej niedobrze i będąc tam upadła tracąc przytomność. Powód zaniósł żonę do pokoju, położył na podłodze i zadzwonił do córki., która natychmiast zadzwoniła po pogotowie. Karetka przyjechała a po upływie około pół godziny . Przez ten czas H. Z. była nieprzytomna, oddychała charcząc. Pogotowie przewiozło H. Z. do szpitala na oddział neurologiczny. (zeznania powoda, protokół rozprawy 21 stycznia 2014 roku, od 15 min. 30 sek. do 22 min. 06 sek. w zw. z k. 57v – 58v, zeznania świadka D. T. (1), k. 58v – 59, zeznania złożone przez powoda przez Sądem Lekarskim k. 75-76 akt SO 26/09)

Lekarzem badającym powódkę w dniu 28 października 2008 roku była J. H.. H. Z. nie była jej stałą pacjentką. J. H. jest specjalistą chorób wewnętrznych, nie posiada specjalizacji z medycyny rodzinnej. Jako lekarz tej specjalności posiadała ona wiedzę dotyczącą podstawowego badania neurologicznego i potrafiła je wykonać gdy zachodziła taka potrzeba to jest np. gdy pacjent zgłaszał zawroty głowy, miał problemy z wypowiedaniem się czy skarżył się na drętwienie kończyn. W przypadku gdyby na wizytę zgłasza się pacjent bardzo cierpiący lekarka podejmowała decyzję o wezwaniu pogotowia. Z wywiadu od pacjentki lekarka dowiedziała się, że od poprzedniego dnia boli ją głowa, poprzedniego dnia miała skok ciśnienia tętniczego, skarżyła się też na bóle kręgosłupa i dolegliwości gastryczne. Pacjentka nie zgłaszała dolegliwości ze strony układu nerwowego. W czasie badania H. Z. J. H. nie stwierdziła podwyższonego ciśnienie i zastosowała leczenie związane głównie z problemami gastrycznymi. (zeznania świadka J. H., k. 67v – 68)

W dokumentacji lekarskiej z tej wizyty J. H. zapisała: “Wczoraj wieczorem ból głowy, kręgosłupa szyjnego, piersiowego - skok 190/100, wymioty, wolne stolce. Fiz. cor 80/min, płuca b.z., RR 120/80. Dgn. HA labilis. Gastroenterocolitis acuta K 31. Zlecono Nifuroksazyd 3x2 oraz APAP 3 x 1”. (dokumentacja lekarska, k. 79)

Po przewiezieniu w dniu 28 października 2008 roku H. Z. do (...) Szpitala (...) w Ł. wykonano jej CT głowy i stwierdzono masywny krwotok podpajęczynówkowy z przebiciem do przestrzeni podtwardówkowej. Chora nie została zakwalifikowana do interwencji neurochirurgicznej. Pomimo zastosowanego leczenia stan H. Z. ulegał systematycznemu pogorszeniu. W dniu 1 listopada 2008 roku wysunięto podejrzenie śmierci mózgu, w dniu 3 listopada 2008 roku został podpisany protokół śmierci mózgu i stwierdzono zgon H. Z.. (karta informacyjna leczenia szpitalnego, k. 11, odpis skrócony aktu zgonu, k. 18)

Okręgowy Sąd Lekarski w Ł., orzeczeniem z dnia 25 listopada 2009 roku, uznał J. H. winną popełnienia przewinienia zawodowego poprzez nieprzeprowadzenie w dniu 28 października 2008 roku u H. Z. badania neurologicznego podczas wizyty w/w chorej w Poradni POZ w Ł., ul. (...). (bezsporne) W tym postępowaniu J. H. poddała się dobrowolnie karze, gdyż uważała, że skoro została wydana niekorzystna dla niej opinia i tak jej stanowisko, że nie popełniła błędu medycznego nie zostanie uwzględniona i będzie zachodziła konieczność prowadzenia postępowania przed kolejnym Sądem Lekarskim i nie wiadomo jak sprawa ostatecznie dla niej się zakończy. J. K. została poinformowana, że jeżeli na tym etapie postępowania dobrowolnie podda się karze to spraw zakończy się wydaniem upomnienia. Lekarka obawiała się, że gdy nie uzna swojej winy to w wyniku dalszego postępowania może w końcu stracić pracę, a w tym czasie była jedyną osobą pracującą w swojej rodzinie.

Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej przy Okręgowym Sądzie Lekarskim w Ł. w prowadzonym przez siebie postępowaniu przesłuchał powoda oraz D. T. (1), natomiast nie wysłuchiwał J. H.. W postępowaniu dyscyplinarnym D. T. (1) zeznała, że w dniu 27 października 2008 r przyjechała do domu rodziców gdyż wiedziała, że jej matka źle się czuje. H. H. leżała i skarżyła się na silne bóle głowy oraz bardzo zwracała. Po zmierzeniu ciśnienia tętniczego okazało się że jest ono bardzo wysokie chociaż wcześniej nigdy nie miała problemów z ciśnieniem. Dalej D. T. (1) zeznała, że jej ojciec podał jej matce swoją tabletkę na nadciśnienie, po której zażyciu ciśnienie obniżyło się ale tylko nieznacznie, natomiast wymioty nie ustąpiły. D. T. (1) zeznała także iż jej matka nie chciała wzywać pogotowia, a noc jakoś przespała. (zeznania D. T. k 72-73 akt S.O 26/09) Powód w postępowaniu dyscyplinarnym przed Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej zeznał, że H. Z. rozboleła głowa około godziny 18-tej w dniu 27 października 2008 r, a gdy zmierzył jej ciśnienie to było ono znacznie podwyższone w stosunku do tego jakie jego żona miewała zwykle, gdyż zwykle miała ciśnienie niskie. Powód zeznał, że podał żonie Amzolek i ciśnienie spadło, ale głowa nie przestawała ją boleć, a dodatkowo pojawiły się wymioty.. Podał też, że H. Z. skarżyła się, że drętwieje jej kark i lewy bok. J. Z. (1) jako świadek zeznał też, że wraz z żoną nie myśleli o wezwaniu pogotowia ratunkowego, natomiast planowali, że jeszcze w tym dniu udadzą się do lekarza rejonowego na popołudniową wizytę, ale odłożyli decyzję w tym przedmiocie oczekując, że po zażyciu przez chorą tabletek głowa przestanie ją boleć. Pomimo iż ból głowy nie ustępował ostatecznie postanowili, że do lekarza udadzą się następnego dnia rano. Powód zeznał, że poprzez drzwi do gabinetu lekarskiego słyszał rozmowę żony z lekarką, ale w swoich zeznaniach treści tej rozmowy nie przytoczył. Powód podał też, że jego żona wcześniej często miewała bóle głowy ale przechodziły po zażyciu tabletek przeciwbólowych. (zeznania podwoda w sprawie S.O26/29, k. 75-76) Okręgowy Sąd Lekarski wydając orzeczenie oparł się na opinii rzecznika dyscyplinarnego i uwzględnił dobrowolne poddanie się karze przez lekarza. (odpis orzeczenia, k. 12, zeznania świadków: J. H., k. 67v – 68, A. K., k. 128v – 129, J. K., k.129 – 129v, Z. H., k. 129v)

Najczęstszą przyczyną krwotoków podpajęczynówkowych jest pęknięcie tętniaka jednej z tętnic mózgu, urazy, zakażenia. Nadciśnienie tętnicze rzadko jest przyczyną krwotoku podpajęczynówkowego. Rozwój objawów choroby jest w 90% przypadków gwałtowny i nagły, u pozornie zdrowych osób. Objawy poprzedzające występują rzadko. Pojawia się silny ostry ból obejmujący całą głowę. Towarzyszą temu nudności i wymioty, zaburzenia świadomości, utrata przytomności. Badaniem neurologicznym stwierdza się objawy oponowe (m.in. sztywność karku), objawy ogniskowego uszkodzenia OUN (niedowład, afazja, niedowidzenie połowicze) a także porażenie nerwów czaszkowych z rozszerzeniem źrenicy i opadnięciem powieki. Objawy oponowe pojawiają się dopiero po kilku godzinach, a u 1/3 pacjentów w ogóle nie występują. Badaniem potwierdzającym rozpoznanie jest tomografia komputerowa głowy.

Lekarz internista nie jest obowiązany do przeprowadzania badania neurologicznego, tak jak i neurolog nie badana chorych internistycznie. W razie potrzeby internista kieruje chorego na konsultację neurologiczną. Ze zapisu z wizyty z dnia 28 października 2008 r nie wynika, aby były wskazania do przeprowadzenia badania neurologicznego (nie ma w nim zapisu odnośnie zgłaszanych przez chorą dolegliwości neurologicznych; badana poruszała się samodzielnie, kontakt logiczny był zachowany, nie opisywano afazji, niedowładów). Zgłaszane przez chorą w dniu poprzednim bóle głowy mogły być spowodowane wzrostem ciśnienia tętniczego, a także zmianami kręgosłupa szyjnego, które to dolegliwości pacjentka zgłaszała także podczas wcześniejszych wizyt. (opinia biegłego sądowego M. Ł., specjalisty chorób wewnętrznych, gastroenterolog, k. 70 – 71)

W 2008 roku H. Z. odbyła dwie wizyty lekarskie skarżąc się na dolegliwości barku, ciśnienie miała prawidłowe, w 2007 roku była jedna wizyta w związku ze szczepieniem przeciwko WZW. W 2006 roku były 3 wizyty, w jednej sygnalizowano wolne stolce, w drugiej bóle w podbrzuszu, a w trzeciej bóle kręgosłupa. H. Z. otrzymała skierowanie do ortopedy. W 2005 roku H. Z. była na 5 wizytach, w jednej też zgłaszano wolne stolce i bóle brzucha, przy drugiej bóle w klatce piersiowej przy ruchach i głębokim oddychaniu, w kolejnej odnotowano zapalenie gardła, w następnej kaszel podbarwiony krwią, a w ostatniej zawroty głowy przy prawidłowym ciśnieniu. Z dokumentacji wynika, że powódka otrzymywała często leki na dolegliwości kręgosłupa. W 2004 roku były dwie wizyty, jedna spowodowana dolegliwościami kręgosłupa szyjnego i zapaleniem gardła, a druga z powodu ropowicy kciuka. Żadna z tych wizyt nie była związana przyczynowo ze zdarzeniem z dnia 28 października 2008 roku.

W dokumentacji lekarskiej powódki tego dnia nie ma zapisu o jakichkolwiek dolegliwościach, które by mogły wskazywać na krwotok podpajęczynówkowy. Rozwój tej choroby jest zawsze gwałtowny, objawy poprzedzające występują rzadko, krwotokowi towarzyszy ostry ból głowy z nudnościami i wymiotami, zaburzenia świadomości aż do utraty przytomności oraz objawy neurologiczne takie jak objawy oponowe i objawy uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego jak niedowład, afazja, niedowidzenie połowicze, porażenie nerwów czaszkowych. Wszystkie te objawy zostały opisane dopiero przez lekarza pogotowia.

Powodem krwotoku do którego doszło u H. Z. było pęknięcie tętniaka tętnicy mózgowej, przy czym nadciśnienie jest rzadką przyczyną takiego zdarzenia, aczkolwiek może sprzyjać pęknięciu. Stwierdzenie istnienia tętniaka byłoby możliwe po wykonaniu badania tomograficznego, ale z zapisów, które znajdują się w dokumentacji pacjentki nie wynika iż istniały wskazania do przeprowadzenia takiego badania. Z dokumentacji nie wynika, czy dolegliwości, na które pacjentka skarżyła się w dniu poprzednim, występowały również rano takim samym nasileniu. Gdyby rzeczywiście rano występowały nadal silne bóle głowy i wymioty to lekarz powinien rozważyć konsultację neurologiczną. W dniu wizyty pacjentka miała prawidłowe ciśnienie tętnicze. Mogą występować objawy prodromalne czyli poprzedzające pęknięcie tętniaka, ale występują one w 2/3 przypadków, a w 1/3 przypadków pęknięcie tętniaka następuje w stanie ogólnego zdrowia.

Gdyby powódka została przywieziona do szpitala wcześniej to przyspieszyłoby to diagnozę, ale nie ma pewności, że zabieg na pewno by się udał. Zazywanie Nifuroksazydu nie mogło H. Z. zaszkodzić.

Badanie neurologiczne nie jest rutynowym badaniem wykonywanym przez lekarza internistę. Lekarz internista może sprawdzić podstawowe odruchy neurologiczne np. to czy jest odruch kolanowy czy opada oko, sztywność karku. Jeśli któryś z tych objawów występuje natychmiast powinien skierować pacjenta do neurologa. (ustna opinia uzupełniająca biegłego sądowego M. Ł., k. 91v – 92v)

Ponieważ stan ogólny H. Z., w chwili, w której zgłosiła się do lekarza pierwszego kontaktu, był dobry (na badanie przyszła samodzielnie w towarzystwie męża) jest wysoce prawdopodobne, że chora nie miała wówczas jeszcze objawów wynikających z tzw. zespołu nadciśnienia śródczaszkowego takich jak zaburzenia świadomości, objawów ogniskowego uszkodzenia układu nerwowego – niedowładu kończyn czy nerwów czaszkowych. Gdyby takie objawy już w tym czasie występowały raczej nie byłaby w stanie samodzielnie dojść do Poradni. Jest prawdopodobne, że w dniu poprzednim (27.10.2008 r.) nastąpiło niewielkie sączenie się krwi z pękniętego tętniaka. Stan kliniczny chorego jest wówczas jeszcze dobry, zwykle nie stwierdza się objawów oponowych i objawów ubytkowych ze strony układu nerwowego (w zależności od umiejscowienia tętniaka). Dodatkowo rozpoznanie krwawienia podpajęczynówkowego utrudniały fakt wzrostu ciśnienia tętniczego krwi podczas bólu głowy w dniu poprzednim do wartości 190/100. Taki wzrost ciśnienia tętniczego krwi u osoby nie chorującej na nadciśnienie tętnicze z reguły powoduje ból głowy. Ponadto, oprócz wymiotów H. Z. miała również poprzedniego dnia luźne stolce, które w przypadku krwawienia podpajęczynówkowego raczej nie występują. W takim stanie klinicznym ustalenie podejrzenia krwawienia podpajęczynówkowego nie tylko przez lekarza internistę ale również przez neurologa jest bardzo trudne. Z tych przyczyn zdarzenie z dnia 28 października 2008 r. należy raczej traktować w kategoriach nieszczęśliwego zdarzenia, a nie błędu czy zaniechania

leczenia popełnionego przez lekarza leczącego – internistę. (opinia biegłego sądowego z zakresu neurologii J. Z. (2), k. 106 – 107)

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej nie posiada kwalifikacji do przeprowadzenia pełnego badania neurologicznego. Może przeprowadzić takie badanie w podstawowym zakresie. Może np. stwierdzić objawy niedowładu, porażenie nerwów czaszkowych aczkolwiek nie będzie w stanie określić którego nerwu. Lekarz tej specjalności może stwierdzić występowanie objawów masywnego zespołu nadciśnienia śródczaszkowego. Pacjent wtedy leży, zwykle jest nieprzytomny, ma masywne objawy oponowe w postaci sztywności karku i wymiotuje. Badanie szerokości źrenic i ich symetrii jest badaniem w kierunku porażenia nerwów czaszkowych. H. Z. na pewno nie miała masywnych objawów oponowych zespołu nadciśnienia śródczaszkowego, bo wtedy nie byłaby w stanie przyjść do poradni. Objawy wyżej podane są dobrze widoczne i gdyby występowały łatwo byłoby je zauważyć. Widać wówczas, że pacjentowi opada powieka, bądź ma skrzywione usta, że pociąga ręką lub nogą, potyka się. Stan taki budzi grozę nie tylko u lekarza, ale także u osób nie będących lekarzami. Jest mało prawdopodobne, aby za pomocą tych badań, których lekarz pierwszego kontaktu może wykonać, w stanie ogólnym w jakim znajdowała się H. Z. podczas wizyty w poradni rejonowej byłby on w stanie stwierdzić w że zachodzi potrzeba poddania jej pilnej konsultacji neurologicznej, bądź wręcz wezwania pogotowia ratunkowego w trybie pilnym. Krwotok podpajęczynówkowy jest bardzo trudny do rozpoznania w sytuacji gdy nie ma jasnych objawów, natomiast jeśli takie objawy są, to rozpozna go każdy lekarz. U H. Z. nie doszło do krwotoku w dniu poprzedzającym wizytę tylko prawdopodobnie niewielkie krwawienie sączące się tętniaka, a w takim stanie nawet badanie tomograficzne mogło jeszcze nic nie wykazać bo musi występować odpowiednie stężenie krwi. H. Z. sygnalizowała występowanie luźnych stolców, które nie są charakterystycznym objawem krwotoku podpajęczynówkowego. Drętwienie karku jest częstszym objawem niestabilności kręgosłupa, któremu również towarzyszy ból głowy. Gdyby dolegliwości pacjentki jakie opisywała lekarzowi pierwszego kontaktu utrzymywały się w dalszym ciągu to wtedy byłyby wskazania do skierowania jej na konsultację neurologiczną. Skok ciśnienia tętniczego połączony z bólem głowy i dolegliwościami kręgosłupa szyjnego wskazuje bardziej na zespół napięciowy, gdzie kurczą się mięśnie, dochodzi do bólu kręgosłupa w efekcie czego wzrasta ciśnienie i występuje ból głowy. Przy takich objawach lekarka powinna pouczyć pacjentkę o konieczności wykonania badań uzupełniających natomiast gdyby stwierdziła występowanie objawów nadciśnienia śródczaszkowego to powinna wezwać pogotowie i wysłać pacjentkę do najbliższego SORU, a nie wystawiać jej skierowania do neurologa, bo wizyta nie mogłaby się szybko odbyć. Neurolog dokonujący konsultacji też nie byłby w stanie postawić jednoznacznej diagnozy tylko musiałby zlecić badanie tomograficzne. Lekarz pierwszego kontaktu przy zgłaszanych przez pacjenta bólach głowy i nudnościach powinien pacjentowi udzielić pouczenia, aby w przypadku utrzymywania się objawów udał się do oddziału ratowniczego. (uzupełniająca ustna opinia biegłego sądowego J. Z. (2) z dnia 22 listopada 2012 roku, k. 130 – 130v)

Przyczynami samoistnego krwotoku podpajęczynówkowego mogą być:

- pęknięcie tętniaka wewnątrzczaszkowego (75-80%);
- mózgowo zniekształcenia tętniczo-żylna (4-5%);
- zapalenia naczyń mózgowych;
- krwawienia spowodowane guzami nowotworowymi;
- rozwarstwienie tętnicy mózkowej;
- pęknięcie małej, powierzchownej tętnicy;
- krwawienie z infundibulum (poszerzenia w miejscu odejścia odgałęzienia z tętnicy);
- zaburzenia układu hemostazy (zaburzenia układu krzepnięcia);

- zakrzepica zatoki żyłnej opony twardej;
- krwotok przedpniowy - „nietętniakowy”
- krwotok z rdzeniowego zniekształcenia tętniczo-żylnego
- polekowy krwotok (np. po zażyciu Kokainy, przedawkowania leków przeciwkrzepliwych);
- krwotok do przysadki mózgowej;
- niektóre postacie niedokrwistości.

Brak przyczyny krwotoku stwierdza się w około 14-22% przypadków.

Częstość krwotoku podpajęczynówkowego to około 6-8 na 100 000. Najczęstszy wiek zachorowania to 55 – 60 rok życia. 50% pacjentów ma objawy zapowiadające, zazwyczaj 6 do 20 dni przed „głównym” krwotokiem.

Rokowanie w tym schorzeniu można określić następująco:

- śmiertelność w okresie przed uzyskaniem pomocy od 10 do 15%;
- śmiertelność 10% w czasie pierwszych kilku dni;
- śmiertelność w czasie 2 tygodni od krwotoku do 50%;
- ogólnie, śmiertelność około 45% (od 32 do 67%);
- ryzyko ponownego krwotoku w czasie 2 tygodni od pierwszego: około 15-20%.

Objawami krwotoku podpajęczynówkowego są zazwyczaj: ostry, silny ból głowy w tyłogłowie i karku, czasem „tak silny, jakiego do tej pory nie było w życiu”, utrata przytomności, nudności, wymioty, światłowstręt, w późniejszym okresie bóle okolicy łądźwiowej. Możliwe są objawy nadciśnienia śródczaszkowego, zaburzenia świadomości, zespół oponowy, uszkodzenie nerwów czaszkowych, deficyt neurologiczny kończyn, objawy patologiczne, zmiany na dnie oczu, napady padaczkowe.

Incydent nagłego bólu, który wystąpił nagle 27 października 2008 roku z towarzyszącymi wymiotami i skokiem ciśnienia tętniczego mógł być spowodowany niewielkim krwotokiem z tętniaka, lub powiększeniem jego rozmiarów przed wystąpieniem krwawienia do bę później. Luźne stolce nie należą do obrazu samoistnego krwotoku podpajęczynówkowego. Wśród objawów nie stwierdzono gorączki. Umiejętność badania neurologicznego i wnioskowania od odchyleniach w takim badaniu należy do ogólnego wykształcenia lekarza.

Nagły, ostry, silny ból głowy z promieniowaniem do karku, z następowymi wymiotami, skok ciśnienia tętniczego stanowią (co prawda niepełny) obraz nagłego zdarzenia medycznego, którego najczęstszymi - groźnymi przyczynami są: krwotok podpajęczynówkowy lub śródmózgowy, zapalenie opon mózgowo – rdzeniowych i mózgu, rozwarstwienie tętnicy mózgowej, zakrzepica zatoki żyłnej opony twardej. Objawy ostrzegawcze, świadczące o możliwości zagrożenia bezpośredniego to: najgorszy ból w życiu, początek związany z wysiłkiem (20% przypadków krwotoku podpajęczynówkowego), zaburzenia świadomości, objawy oponowe, deficyt neurologiczny, objawy nadciśnienia śródczaszkowego, zaburzenia nerwów czaszkowych, objawy na dnie oczu (tarcza zastoinowa, krwotok do szklówki). Nie zawsze zespół objawów krwotoku podpajęczynówkowego jest w pełni prezentowany przez chorych. Podejrzenie zaistnienia krwotoku podpajęczynówkowego często podejmuje się na podstawie wywiadu medycznego od pacjenta.

U H. Z. nagły, silny ból głowy z promieniowaniem do karku lub bólem karku z następowymi wymiotami przemawiał za ewentualnością wystąpienia krwotoku podpajęczynówkowego lub objawami zapowiadającymi takie zdarzenie. Skok

ciśnienia tętniczego jest jednym z objawów, które mogą współistnieć przy krwotoku podpajęczynówkowym jednak luźne stolce w wywiadzie stanowiły informację dezorientującą.

Lekarz specjalista – neurochirurg jest „wyczulony” na wszelkie odstępstwa w stanie badanych chorych, które mogą świadczyć o uszkodzeniu lub objawach chorób układu nerwowego, jednak lekarz chorób wewnętrznych ma większe prawdopodobieństwo popełnienia błędu niż neurochirurg w diagnostyce takiego przypadku. Występujący u H. Z. niepełny obraz kliniczny krwotoku podpajęczynówkowego, czy jego objawów zapowiadających z dodatkowym, wyraźnym elementem charakterystycznym dla innej jednostki chorobowej (tu: luźne stolce) w istotny sposób utrudnił postawienie podejrzenia czy rozpoznania przebiegu krwotoku podpajęczynówkowego. (opinia biegłego ad hoc J. J. (1) specjalisty neurochirurga, k. 153 – 156)

Obecność luźnych stolców nie należy do obrazu krwotoku podpajęczynówkowego, ale istnieje prawdopodobieństwo wystąpienia objawów kilku chorób jednocześnie. .

Przeprowadzenie badania neurologicznego należy do ogólnego wykształcenia lekarza. W zależności od stanu pacjenta badanie neurologiczne może trwać nawet kilka godzin, co warunkowane jest jego dokładnością i zakresem. W ogólnym planie badania wyróżnia się następujące jego etapy:

- wywiady medyczne,
- ocenę podstawowych funkcji życiowych,
- ocenę stanu świadomości i stanu psychicznego oraz mowy,
- ocenę w kierunku objawów oponowych,
- ocenę w kierunku uszkodzeń nerwów czaszkowych,
- ocenę napięcia mięśniowego, siły mięśni, czucia powierzchniowego, głębokiego, temperatury, odruchów w zakresie tułowia i kończyn, badanie objawów patologicznych,
- przeprowadzenie rozlicznych prób czynnościowych (badanie zborności, równowagi) i objawów specjalnych.

Niezależnie od wiedzy lekarza na temat sposobu przeprowadzenia badania neurologicznego, to wynik tego badania ma wartość dopiero po określeniu ewentualnych przyczyn odstępstw stwierdzonych w takim badaniu. W przypadku badania neurologicznego liczy się także pewne doświadczenie lekarza. W pewnych okolicznościach badanie neurologiczne może być skrócone do badania, prób i testów neurologicznych, które pozwalają ogólnie zorientować się w stanie neurologicznym pacjenta, lub gdy ze względu na stan pacjenta przeprowadzenie pełnego badania nie jest możliwe (np.chory nieprzytomny).

Dolegliwości zgłaszane przez H. Z. w dniu poprzedzającym wizytę u lekarza mogły nasuwać podejrzenie „incydentu mózgowego”, skoku ciśnienia tętniczego, ale równie dobrze mogły stanowić część zespołu zaburzeń jelitowych, bądź zaostrzenia innych dolegliwości lub chorób współistniejących. Nie można jednoznacznie określić najprawdopodobniejszej przyczyny z uwagi na to, że w tym czasie pacjentka nie była badana przez lekarza. Pewne objawy mogły nie wystąpić, a pewnych można było nie dostrzec. Z pewnością do masywnego krwotoku wewnątrzczaszkowego doszło dopiero wieczorem w dniu porannej wizyty u lekarza. Nie można jednak jednoznacznie wykluczyć wystąpienia u pacjentki krwawienia „zapowiadającego” wieczorem, przed wizytą u lekarza.

Lekarz przy wizycie pacjenta ma zadanie zebrać jak największą ilość informacji na temat obecnego, lub trwającego zachorowania oraz zachorowań lub dolegliwości z okresu całego życia. Pewne informacje mogą się wówczas uzupełniać lub też stanowić o trudnościach w postawieniu obecnego rozpoznania, np.: okresowe, znacznego stopnia nasilenia bólów kręgosłupa szyjnego mogą utrudniać rozpoznanie zaistnienia „incydentu mózgowego” mogącego objawić się

właśnie m.in. bólem karku. Dlatego w takim przypadku decydującymi czynnikami są: prawidłowo i dokładnie zebrany wywiad medyczny, przeprowadzenie badania przedmiotowego, w tym neurologicznego.

Bóle głowy są jednym z najczęstszych objawów w medycynie w przypadku wielu chorób: neurologicznych i nie – neurologicznych, bądź bólów głowy, jako “choroby samej w sobie”.

Pacjenci po krwotoku podpajęczynówkowym z pękniętego tętniaka wewnątrzczaszkowego zwykle po zaistnieniu krwotoku trafiają do szpitala po wezwaniu zespołu Pogotowia (...). Stąd lekarze rodzinni nie mają nagminnego kontaktu z takimi pacjentami w ramach swojej praktyki i mogą nie wykazywać odpowiedniej czujności.

(pisemna opinia uzupełniająca biegłego ad hoc J. J. (1), specjalisty neurochirurga, k. 186 – 188)

Gdyby padło podejrzenie zaistnienia krwotoku najbardziej istotne byłoby wezwanie karetki pogotowia i przewiezienie pacjentki do szpitala. Trzeba jednak podnieść, iż badania H. Z. dokonywał nie neurochirurg czy choćby neurolog ale lekarz internista, który na codzien nie ma do czynienia z takimi schorzeniami i może postawić błędną diagnozę. Stany infekcyjne jelit wiąza się z podwyższoną temperaturą, masywnymi biegunkami, złym stanem ogólnym jak również z bólami głowy. Wszystkie choroby mogą mieć różny przebieg u różnych osób, jedne przebiegają ostro, inne podostro lub przewlekle, a objawy kliniczne nie muszą być pełne. U pacjentki nie musiały występować wszystkie objawy nieżytu żołądka lub grypy jelitowej. (opinia ustana biegłego J. J. k. 189-191)

Wczesne rozpoznanie i diagnostyka mogły zapobiec pęknięciu tętniaka. Gdyby badanie wykazało, że mamy do czynienia z tętanikiem należałoby skierować pacjentkę na operację. Istnieje również możliwość wykonania zabiegu embolizacji wewnątrznaczyniowej, ale nie we wszystkich przypadkach jest to możliwe. Prawdopodobieństwo statystyczne przeżycia pacjenta, w sytuacji gdy zostałby zdiagnozowany krwotok podpajęczynówkowy i byłby on prawidłowo leczony można określić od 33 do 68 %, a zależy to od stanu wyjściowego pacjenta, lokalizacji tętniaka, rodzaju krwotoku oraz wystąpienia możliwych powikłań, krwotoku i leczenia operacyjnego. Statystyka przeżycia jest właściwie taka sama dla pacjentów, u których podejmuje się działania operacyjne i tych których leczy się zachowawczo. Zabieg operacyjny jest bardzo znaczącym przedsięwzięciem, dla pacjenta w ciężkim stanie stanowi dodatkowy stres i uraz sam w sobie może przyczynić się do zgonu pacjenta, przy czym u chorego w dobrym stanie to ryzyko byłoby mniejsze.

H. Z. sama zgłosiła się do lekarza, była zatem w stanie dobrym lub względnie dobrym, bez wyraźnych objawów, które mogłyby być zauważone przez lekarza. Zwykle jest tak, że kolejny krwotok jest bardziej powikłany niżeli wcześniejszy. W przypadku H. Z. – gdyby została prawidłowo zdiagnozowana – ryzyko to byłoby mniejsze.

Zabieg embolizacji wewnątrznaczyniowej polega na cewnikowaniu tętnicy udowej, dotarciu nią do naczyń mózgowych i w okolicy tętniaka podając kontrast uzyskaniu zakontraktowania wnętrza tętniaka. Wówczas radiolog ocenia, czy tętniak nadaje się do embolizacji, czy nie. Embolizacja to wypełnienie go materiałem zatorowym, które powoduje wykrzepienie tętniaka w jego wnętrzu, ten zabieg nie jest rutynowo wykonywany przy każdym tętniaku, z reguły decyzja podejmowana jest w oparciu o adnotomografię i angiografię. Muszą istnieć specjalne warunki by tętniak był poddany embolizacji. Zwykle wykonuje się adnotomografię i jeśli okazuje się, że tętniak jest dostępny w cewnikowaniu to można alternatywnie wykonać zabieg embolizacji zamiast zaklipsowania. Zaklipsowanie tętniaka daje większą pewność ostatecznego zaopatrzenia wady, której nie daje embolizacja. Bezpieczeństwo embolizacji jest uwarunkowane możliwością wystąpienia powikłań na skutek powikłań cewnikowania naczyń mózgowych w aspekcie istnienia wady naczyniowej. Może dojść do zatorowości, uaktywnienia krwotoku z tętniaka, wykrzepienia naczynia, które powinno zostać drożne i wielu innych powikłań. Zdarzają się sporadyczne sytuacje, że pomimo zaklipsowania tętniaka dochodzi do jego pęknięcia. Ogólnie przyjmuje się około 40 % śmiertelność pacjentów po pęknięciu tętniaka, kolejne 30 % to pacjenci z nasilonym deficytem neurologicznym wymagający opieki ze strony innych osób, a dalsze 30 % albo zdrowieje albo wykazuje niewielkie deficyty neurologiczne. Około 20 % ogólnej liczby osób po incydencie pęknięcia tętniaka może w pełni wrócić do zdrowia.

Zajęcia dydaktyczne w ramach których studenci medycyny mogą uzyskać informacje o stanie zagrożeń w neurologii i neurochirurgii w Uniwersytecie Medycznym w Ł. w czasie sześciomiesięcznych studiów odbywają się przez cztery dni po cztery godziny dziennie, do tego dochodzi kilka wykładów. Zajęcia z zakresu neurologii trwają tylko 3 tygodnie. (opinia biegłego neurochirurga k. 155)

Dokonując oceny materiału dowodowego Sąd nie dał wiary zeznaniom powoda oraz świadka D. T. (1) na okoliczność objawów chorobowych, które występowały u H. Z. oraz ich intensywności ponad te które zostały powołane jako podstawa prawna ustaleń faktycznych. Wiarygodność zeznań tych osób podważa fakt iż ich zeznania składane przez sądem rozpoznającym niniejszą sprawę różniły się od tych, które osoby te składały przez rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej. Co do zeznań powoda, to w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej J. H. twierdził, że słyszał rozmowę lekarki z jego żoną, ale jej treści nie przytoczył. Podał też, że jego żona skarżyła się na drętwienie karku i boku. W tym postępowaniu powód zeznał też, że silny ból głowy u jego żony pojawił się około godziny 18-tej oraz, że o wezwaniu pogotowia ani on ani jego żona w ogóle nie myśleli, oraz że zamierzali udać się do Poradni Rejonowej jeszcze w tym dniu, ale czekali czy po zażyciu tabletek stan chorej poprawi się. Składając zeznania przed sądem powód opisując dolegliwości na które skarżyła się H. Z. nie wskazał drętwienia karku i boku oraz, że proponował żonie wezwanie pogotowia ratunkowego ale miała powiedzieć, że wytrzyma do rana. Podał też, że żona jako lokalizację bólu wskazywała czubek głowy. Odnośnie zeznań świadka T. to w postępowaniu przed Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej to zeznała ona, że w dniu 27 października 2008 przyjechała do mieszkania rodziców gdy dowiedziała się, że jej matka źle się czuje oraz, że H. Z. powiedziała jej, że ma silny ból głowy oraz, że chora nie życzyła sobie wzywania pogotowia ratunkowego. Składając natomiast zeznania przed sądem Świadek T. zeznała, że w dniu 27 października 2008 r pozostawała z rodzicami tylko w kontakcie telefonicznym. Zdaniem Sądu zarówno powód jak i Świadek T. są osobami zainteresowanymi w rozstrzygnięciu sprawy zgodnie z twierdzeniami zawartymi w pozwie zatem do ich zeznań należy podchodzić z ostrożnością weryfikując je w oparciu o pozostały zebrany w sprawie materiał dowodowy. W niniejszej sprawie zasadnicze znaczenie dla rozstrzygnięcia ma kwestia jakie objawy chorobowe występowały u H. Z. w dniu 27 i 28 października 2008 r w tym w szczególności jakie objawy pacjentka podała lekarzowi podczas wizyty w dniu 28 października 2008 r zatem zmienność zeznań świadków oraz występujące pomiędzy nimi rozbieżności w sposób oczywisty wpływają na brak możliwości przyjęcia ich jako podstawy ustaleń faktycznych w tym zakresie w jakim pozostają we wzajemnej sprzeczności lub w sprzeczności z innymi zebranymi w sprawie dowodami.

Sąd nie dał wiary także tej części opinii biegłego Ł. w której twierdził, że w dokumentacji lekarskiej z wizyty H. Z. w dniu 28 października 2008 roku brakuje zapisu z jakiego powodu pacjentka zgłosiła się do lekarza, nie została tam odnotowana żadna dolegliwość na którą pacjentka miałaby cierpieć w dniu wizyty oraz, że lekarz postawił rozpoznanie ostrego zapalenia żołądka i jelit, ale nie odnotował żadnych dolegliwości, które przemawiałyby za takim rozpoznaniem. Zostało zbadane serce, płuca i ciśnienie i badania te zostały odnotowane, natomiast nie ma zapisu o przeprowadzeniu badania jamy brzusznej. Z treści dokumentacji lekarskiej z tej wizyty nie wynikają wskazania do pilnego skierowania pacjentki do szpitala lub na konsultację neurologiczną. Dokonując oględzin dokumentacji lekarskiej H. Z. złożonej do akt sprawy i znajdującej się w kopercie na k. 79 akt należało stwierdzić, że znajduje się w niej zapis: „Wczoraj wieczorem ból głowy, kręgosłupa szyjnego, piersiowego - skok 190/100, ponadto wymioty, wolne stolce. Fiz. cor 80/min, płuca b.z., RR 120/80. Dgn. HA labilis. Gastroenterocolitis acuta K 31. Zlecono Nifuroksazyd 3x2 oraz APAP 3 x 1” to zdaniem Sądu oznacza to, że skoro lekarka stwierdziła potrzebę wypisania recepty na Nifuroksazyd i Apap to można zasadnie wywodzić, że takie dolegliwości jak ból głowy oraz wolne stolce i wymioty występowały także w dniu badania pomimo braku takiego jednoznacznego zapisu. Wydaje się mało prawdopodobne aby lekarka przepisywała leki adekwatne do objawów w sytuacji gdyby pacjentka sygnalizowała, że występowały one tylko w dniu poprzednim, a w dniu badania ustąpiły. Z pozostałych okoliczności sprawy, w tym zeznań powoda, wynika jednoznacznie że dolegliwości takie rzeczywiście występowały w dniu 28 października 2008 r i jest mało prawdopodobne aby pacjentka nie potwierdziła ich istnienia w dniu wizyty. W dokumentacji tej istnieje też zapis „brzuch-bz”. Być może taki zapis nie stanowi właściwego opisu przeprowadzonego badania ale nie można zgodzić się z twierdzeniem, że badanie przedmiotowe jamy brzusznej nie zostało w ogóle przeprowadzone.

Dokonując ustaleń faktycznych Sąd odmówił mocy dowodowej opinii biegłego neurochirurga iż nie przeprowadzenie badania neurologicznego w przypadku opisywanego „zdarzenia medycznego” u H. Z. stanowiło istotne zaniechanie, które pozbawiło pozyskanie przez lekarza badającego ważnych informacji o stanie pacjentki gdyż podawane przez chorą objawy bezsprzecznie uzasadniały przeprowadzenie badania neurologicznego. Zdaniem tego biegłego skoro nie przeprowadzono badania neurologicznego, nie można wnioskować o prezentowanych przez chorą (czy istniejących u chorej) objawach neurologicznych w momencie badania, które mogłyby dopełnić podejrzenie zaistnienia „incydentu mózgowego”. Zdaniem Sądu oceniając przydatność opinii w tej części dla rozstrzygnięcia sprawy należało podnieść, że to co biegły sam podkreślał, że każdy neurochirurg jest „wyczulony” na wszelkie odstępstwa w stanie badanych chorych, które mogą świadczyć o uszkodzeniu lub objawach chorób układu nerwowego, natomiast lekarz chorób wewnętrznych ma większe prawdopodobieństwo popełnienia błędu niż neurochirurg w diagnostyce takiego przypadku. Biegły w swojej opinii stwierdził jednoznacznie, że występujący u H. Z. niepełny obraz kliniczny krwotoku podpajęczynówkowego, czy jego objawów zapowiadających z dodatkowym, wyraźnym elementem charakterystycznym dla innej jednostki chorobowej (tu: luźne stolce) w istotny sposób utrudnił postawienie podejrzenia czy rozpoznania przebiegu krwotoku podpajęczynówkowego gdyż ich obecność nie należy do obrazu krwotoku podpajęczynówkowego. Biegły neurochirurg stwierdził także, że można wskazać jedynego algorytmu badania pacjenta. Po zebraniu wywiadów medycznych lekarz podejmuje decyzję o sposobie badania w celu ustalenia rodzaju zaburzeń stanu zdrowia i z całą pewnością w wielu przypadkach w praktyce lekarza rodzinnego badanie neurologiczne nie jest w ogóle konieczne. Wprawdzie przeprowadzenie badania neurologicznego należy do ogólnego wykształcenia lekarza jednakże niezależnie od jego wiedzy na temat sposobu przeprowadzenia badania neurologicznego, to wynik tego badania ma wartość dopiero po określeniu ewentualnych przyczyn odstępstw stwierdzonych w takim badaniu i liczy się także pewne doświadczenie lekarza. W pewnych okolicznościach badanie neurologiczne może być skrócone do badania, prób i testów neurologicznych, które pozwalają ogólnie zorientować się w stanie neurologicznym pacjenta, lub gdy ze względu na stan pacjenta przeprowadzenie pełnego badania nie jest możliwe (np. chory nieprzytomny).

Biegły neurochirurg podał, że dolegliwości zgłaszane przez H. Z. w dniu poprzedzającym wizytę u lekarza mogły nasuwać podejrzenie „incydentu mózgowego”, skoku ciśnienia tętniczego, ale równie dobrze mogły stanowić część zespołu zaburzeń jelitowych, bądź zaostrzenia innych dolegliwości lub chorób współistniejących. Ponieważ pacjentka w tym czasie nie była badana przez lekarza nie można obecnie jednoznacznie określić najprawdopodobniejszej przyczyny tych dolegliwości. Pewne objawy w tym czasie mogły nie wystąpić, a pewnych można było nie dostrzec natomiast jest pewne, że do masowego krwotoku wewnątrzczaszkowego doszło dopiero wieczorem w dniu porannej wizyty u lekarza. To co stwierdził biegły iż nie można jednoznacznie wykluczyć wystąpienia u pacjentki krwawienia „zapowiadającego” wieczorem, przed wizytą u lekarza samo w sobie nie oznacza jeszcze, że można to z prawdopodobieństwem graniczącym z pewnością takiej tezy przyjąć za prawdziwą. Zgodzić się należy z postawioną przez biegłego neurochirurga tezą, że lekarz przy wizycie pacjenta ma zadanie zebrać jak największą ilość informacji na temat obecnego, lub trwającego zachorowania oraz zachorowań lub dolegliwości z okresu całego życia. Biegły podkreślił jednak, że tak zebrane informacje mogą się wówczas uzupełniać lub też stanowić o trudnościach w postawieniu obecnego rozpoznania, np.: okresowe, znacznego stopnia nasilenia bólów kręgosłupa szyjnego mogą utrudniać rozpoznanie zaistnienia „incydentu mózgowego” mogącego objawić się właśnie m.in. bólem karku. Dlatego w takim przypadku decydującymi czynnikami są: prawidłowo i dokładnie zebrany wywiad medyczny, przeprowadzenie badania przedmiotowego, w tym neurologicznego. Jest okolicznością powszechnie znaną, że bóle głowy są w medycynie jednym z najczęstszych objawów wielu chorób: zarówno neurologicznych jak i nie – neurologicznych, bądź bólów głowy, jako „choroby samej w sobie”. Biegły przyznał, że pacjenci po krwotoku podpajęczynówkowym z pękniętego tętniaka wewnątrzczaszkowego zwykle po zaistnieniu krwotoku trafiają do szpitala po wezwaniu zespołu Pogotowia Ratunkowego zatem lekarze rodzinni nie mają nagminnego kontaktu z takimi pacjentami w ramach swojej praktyki i mogą nie wykazywać odpowiedniej czujności. Dokonując analizy opinii biegłego J. J. należało podkreślić iż stwierdził że jest wysoce prawdopodobne, graniczące z pewnością, że gdyby nie był neurochirurgiem tylko lekarzem chorób wewnętrznych to także mógłby popełnić błąd taki jak J. H.. W tej sytuacji, zdaniem Sądu, postawienie przez tego biegłego tezy, że lekarz badający H. Z. popełnił błąd diagnostyczny, bowiem

przy występujących objawach powinnien neurologicznie zbadać pacjentkę, gdyż podstawowe badanie neurologiczne mogło w tym przypadku być istotną informacją należało uznać za zbyt daleko idące.

Sąd odmówił również mocy dowodowej opiniom biegłych psychologa i psychiatry gdyż okazały się one nieprzydatne dla rozstrzygnięcia w sytuacji gdy Sąd nie znalazł podstaw do przypisania stronie pozwanej odpowiedzialności z tytułu błędu w sztuce medycznej.

Sąd Okręgowy zważył co następuje :

W pozwie z dnia 7 października 2011 roku, skierowanym przeciwko (...) Publicznemu Zespołowi (...) w Ł., J. Z. (1) wniósł o zasądzenie od pozwanego na jego rzecz 150.000 złotych tytułem zadośćuczynienia wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 15 stycznia 2011 roku do dnia zapłaty, oraz 50.000 złotych tytułem odszkodowania za znaczne pogorszenie sytuacji życiowej wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 15 stycznia 2011 roku do dnia zapłaty, ustalenie odpowiedzialności pozwanego za dalsze, mogące powstać w przyszłości skutki błędnej diagnozy oraz domagał się zasądzenia od pozwanego na rzecz powoda kosztów procesu, w tym zastępstwa procesowego według norm prawem przepisanych. Ppowód podał iż w/w roszczeń dochodzi w związku ze śmiercią żony H. Z. która nastąpiła w wyniku dopuszczenia się błędu w sztuce medycznej przez J. K. _H. - lekarza zatrudnionego w Przychodni (...) w Ł. . Strona pozwana nie kwestionowała okoliczności iż Poradnia (...) stanowi jednostkę organizacyjną za działalność której ponosi odpowiedzialność zatem kwestia posiadania przez pozwaną legitymacji biernej nie wymagała rozstrzygnięcia.

W odpowiedzi na pozew strona pozwana wniosła o oddalenie powództwa podnosząc, że powód nie wykazał istnienia związku przyczynowego pomiędzy diagnozą lekarską stanu zdrowia H. Z. dokonaną przez lekarza J. H. w oparciu o zgłaszane przez pacjentkę dolegliwości i badania, a stwierdzonym u tej pacjentki kilkanaście godzin później wylewem podpajęczynówkowym powodującym w efekcie zgon.

Z poczynionych w niniejszej sprawie ustaleń wynika, że nie ma podstaw do przyjęcia, iż zatrudniona przez stronę pozwaną lekarka w procesie leczenia H. Z. , żony powoda dopuściła się błędu w sztuce lekarskiej. Jej zachowanie, w ocenie Sądu, spełniało normy staranności wymaganej od lekarzy jako osób chroniących najwyższe dobra ludzkie, a więc nie podpadało pod wskazane wyżej pojęcie bezprawności. Podnieść należy, że w tzw. procesach lekarskich nie jest konieczne przeprowadzanie ścisłych i pewnych dowodów, gdyż dopuszczalne jest posługiwanie się domniemaniami faktycznymi. Sąd może, bowiem 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 konkretnie drogą i przez którego ze sprawców jego organizm został narażony na niebezpieczeństwo, taki bowiem dowód często nie jest możliwy do przeprowadzenia. (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 lipca 1998 r., I CKN 786/97, niepubl.) Dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy zasadnicze znaczenie miało ustalenie jakie objawy chorobowe występowały u H. Z. w dniu 28 października 2008 r, a szczególności jakie objawy pacjentka opisała J. H. podczas badania lekarskiego przeprowadzonego w tym dniu. W niniejszej sprawie nie budziło wątpliwości Sądu , że gdyby podczas badania lekarskiego H. Z. dokonywanego przez J. H. w dniu 28 października 2008 r wystąpiły uzasadnione medycznie przesłanki do podejrzenia, że u H. Z. doszło do krwotoku podpajęczynówkowego lekarka powinna wezwać karetkę pogotowia ratunkowego w celu przewiezienia pacjentki do szpitala i nie podjęcie takiej decyzji stanowiłoby ewidentny błąd w sztuce medycznej. Postawienie takiego zarzutu byłoby jednak możliwe tylko wówczas gdyby zostało wykazane, że w dacie badania występowały uzasadnione przesłanki do podjęcia przez J. H. takiej decyzji. Zadaniem wszystkich biegłych powołanych w niniejszej sprawie było ustalenie czy takie przesłanki występowały z prawdopodobieństwem graniczącym z pewnością. Jest okolicznością bezsporną, że badania H. Z. dokonywał nie neurochirurg czy choćby neurolog ale lekarz internista, który na codzień nie ma do czynienia z takimi schorzeniami stąd prawdopodobieństwo postawienia błędnej diagnozy już tylko z tego powodu było większe. Nie można jednak postawić stronie pozwanej zarzutu , że w Poradni Rejonowej jako twz. lekarzy pierwszego kontaktu nie zatrudniła meurochirurgów lub chociażby tylko neurologów gdyż ci z racji swojej specjalności byłiby bardziej wyczuleni w ocenie czy sygnalizowane przez pacjentkę objawy mogą mieć podłoże neurologiczne. J. H. rozpoznała u H. Z. stan infekcyjny jelita. Z poczynionych w sprawie ustaleń wynika, że co do zasady stany infekcyjne jelit wiążą się z podwyższoną temperaturą, masywnymi biegunkami, złym stanem ogólnym jak również z bólami głowy, ale wszystkie

choroby mogą mieć różny przebieg u różnych osób , jedne przebiegają ostro, inne podostro lub przewlekłe, a objawy kliniczne nie muszą być pełne zatem u pacjentki nie musiały występować wszystkie, „ książkowe” objawy nieżyty żołądka lub grypy jelitowej i to w dużym nasileniu tak aby były podstawy do postawienia takiego rozpoznania .

Zgodzić się należy z tezą, postawioną przez biegłego neurochirurga , że wczesne rozpoznanie i diagnostyka u żony powoda mogły zapobiec pęknięciu tętniaka oraz, że gdyby badanie wykazało, że mamy do czynienia z tętniakiem należałoby skierować pacjentkę na operację jednakże prawdziwość tego stwierdzenia nie oznacza jeszcze, że można postawić J. H. zarzut popełnienia błędu w sztuce medycznej. Świadek K. - H. zeznała , że nie stwierdziła występowania wskazań do przeprowadzenia badania neurologicznego i dlatego go nie przeprowadziła. Zdaniem Sądu zebrany w sprawie materiał dowodowy nie pozwala na przyjęcie , że w chwili gdy świadek badała H. Z. występowały jakikolwiek objawy wskazujące na potrzebę przeprowadzenia takiego badania. Z poczynionych w sprawie ustaleń wynika, że stan ogólny pacjentki w chwili, w której zgłosiła się do lekarza pierwszego kontaktu, był dobry gdyż na badanie przyszła samodzielnie w towarzystwie męża. W tej sytuacji jest zatem wysoce prawdopodobne, że chora nie miała wówczas objawów wynikających z tzw. zespołu nadciśnienia śródczaszkowego takich jak zaburzenia świadomości czy też objawów ogniskowego uszkodzenia układu nerwowego – niedowładu kończyn czy nerwów czaszkowych. Gdyby takie objawy w tym czasie już występowały chora raczej nie byłaby w stanie samodzielnie dojść do Poradni , a nawet gdyby w jakiś sposób to by się jej udało jest mało prawdopodobne aby takich objawów nie zauważył ani mąż pacjentki a tym bardziej badający ją lekarz. Trudno zakładać, bo byłoby to założenie gołosłowne, że pacjentka miała choćby tylko jeden z wyżej wymienionych objawów, a lekarka nie zauważyła ich. Z opinii biegłych neurologa i neurochirurga wynika iż jeśli występuje niewielkie sączenie się krwi z pękniętego tętniaka stan kliniczny chorego jest z reguły jeszcze dobry, w tym czasie zwykle nie stwierdza się objawów oponowych i objawów ubytkowych ze strony układu nerwowego (w zależności od umiejscowienia tętniaka). W tym czasie krwawienie może być jeszcze niewidoczne nawet w badaniu tomografem komputerowym gdyż aby dało ono wynik pozytywny musi występować już określone stężenie krwi. Z zebranego w sprawie materiału dowodowego wynika, że w niniejszej sprawie rozpoznanie krwawienia podpajęczynówkowego, czy chociażby tylko podejrzenia takiego stanu utrudniał min. fakt wzrostu u pacjentki ciśnienia tętniczego krwi podczas bólu głowy w dniu poprzednim do wartości 190/100. Taki wzrost ciśnienia tętniczego krwi u osoby nie chorującej na nadciśnienie tętnicze z reguły powoduje silny ból głowy. Podnieść też należy iż powód podawał, że jego żona wskazywała, że boli ją czubek głowy, a to nie jest charakterystyczna lokalizacja bólu głowy przy krwotoku podpajęczynówkowym. Skoro pacjentka taką lokalizację bólu wskazała mężowi to z dużym prawdopodobieństwem można zakładać, że podała ja również lekarce . Ból głowy na który skarżyła się pacjentka nie był związany z wysiłkiem fizycznym , dopiero gdyby taki związek występował to mogłoby stanowić dla lekarza dodatkową wskazówkę. Z poczynionych w sprawie ustaleń wynika też jednoznacznie, że prócz wymiotów H. Z. miała również poprzedniego dnia luźne stolce i taką informację przekazała J. H. oraz, że dolegliwości takie w przypadku krwawienia podpajęczynówkowego raczej nie występują. Podnieść należy, że zarówno powód jak i świadek D. T. (1) córka małżonków Z. w toku postępowania bagatelizowali ten objaw podnosząc, że nie był on nasilony, wręcz że miał charakter jednostkowy. Trzeba jednak zauważyć iż obie te osoby są zainteresowane wynikiem sprawy i do oceny wiarygodności ich zeznań należy podchodzić ostrożnie , weryfikując je w oparciu o pozostały zebrany w sprawie materiał dowodowy. Zdaniem Sądu bagatelizowanie znaczenia tego objawu nastąpiło na użytek procesu, w sytuacji gdy już było wiadomo, że nie tylko nie był to objaw charakterystyczny dla krwotoku podpajęczynówkowego ale objaw, który utrudnił lekarce ocenę faktycznego stanu zdrowia pacjentki. Wiarygodność zeznań powoda w niniejszej sprawie, poza przesłankami wskazanymi we wcześniejszej części uzasadnienie, co do zasady poważa okoliczność iż składając wyjaśnienia informacyjne w ich początkowej fazie stwierdził, że przed dniem zdarzenia chorował na nadciśnienie tętnicze , a w dalszej części tych wyjaśnień podnosił, że schorzenie to pojawiło się u niego dopiero po śmierci żony, jako następstwo związanych z jej śmiercią przeżyć. Taka zmienność zeznań odnośnie okoliczności mających istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy gdyż wpływających na wysokość dochodzonych przez powoda roszczeń nie mogła zostać zbagatelizowana. Powód składając zeznania przed sądem lekarskim twierdził, że już przed zachorowaniem żony chorował na nadciśnienie tętnicze i leczył się z tego powodu, oraz że podał żonie swoje lekarstwo na obniżenie ciśnienia. W tej sytuacji jego zeznania złożone przed tutejszym sądem należało oceniać jako próbę wprowadzenia w błąd organu orzekającego co do tej okoliczności. Skoro powód zdobył się na to odnośnie jednej okoliczności to zachodzi obawa , że zeznania powoda nie muszą być prawdziwe także odnośnie innych okoliczności, które mają istotne

znaczenie dla oceny zasadności powództwa. Odnośnie zeznań córki powoda to podnieść należy, że zdaniem Sądu również i treść jej zeznań została sformułowana na użytek procesu, w sytuacji gdy świadek niewątpliwie miała już wiedzę jakie są obiektywne objawy schorzenia które dotknęło jej matkę, które powinny wzbudzić podejrzenia lekarzy co do występowania choroby zagrażającej życiu. Przed sądem lekarskim świadek twierdziła, że jej matka zgłosiła się do lekarza z powodu „silnego bólu głowy promieniującego do kręgosłupa i karku i Sąd Lekarski na podstawie zeznań złożonych przez powoda oraz świadka D. T. (1) ustalił zakres objawów zgłaszanych przez H. Z. J. H. i w oparciu o ten opis biegli wydali w tamtym postępowaniu wydali niekorzystną dla lekarki opinię. Zdaniem Sądu rozpoznającego niniejszą sprawę nie wiadomo skąd świadek miała taką wiedzę jaką podała przed sądem lekarskim skoro nie była obecna w domu małżonków Z. w nocy w dniu 27 października 2008 r w czasie gdy chora skarżyła się na narastający ból głowy , wymioty i mierzyła sobie ciśnienie. Nie towarzyszyła ona także matce podczas wizyty w poradni rejonowej następnego dnia zatem jej wiedza o objawach chorobowych H. Z. nie mogła pochodzić bezpośrednio od chorej. W tym miejscu podnieść należy, że powód, który cały czas towarzyszył żonie takich dolegliwości żony jak promieniowanie bólu do potylicy i kręgosłupa nie zgłaszał ani w postępowaniu przed sądem lekarskim ani w niniejszym postępowaniu. Sąd nie jest związany orzeczeniem Okręgowego Sądu Lekarskiego iż J. H. została uznana za winną popełnienia zarzucanego jej przewinienia zawodowego mając na uwadze, że to zostało wydane na podstawie opisu objawów chorobowych pacjentki wskazanych przez jej rodzinę której co do wiarygodności której Sąd powziął poważne wątpliwości. Zdaniem Sądu zebrany w sprawie materiał dowodowy daje podstawy do stwierdzenia z prawdopodobieństwem graniczącym z pewnością, że w takim stanie klinicznym w jakim H. Z. znajdowała się w chwili badania powzięcie podejrzenia krwawienia podpajęczynówkowego nie tylko dla lekarza internisty ale również dla neurologa, a nawet dla neurochirurga byłoby bardzo trudne. Z tych przyczyn zdarzenie z dnia 28 października 2008 r. należy traktować w kategoriach nieszczęśliwego zdarzenia, a nie błędu czy zaniechania leczenia popełnionego przez lekarza internistę. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej nie posiada kwalifikacji do przeprowadzenia pełnego badania neurologicznego, może przeprowadzić jej jedynie w podstawowym zakresie. Może np. stwierdzić objawy niedowładu, porażenie nerwów czaszkowych aczkolwiek nie będzie w stanie określić którego nerwu. Lekarz tej specjalności może stwierdzić występowanie objawów masywnego zespołu nadciśnienia śródczaszkowego ale pacjent wtedy leży, zwykle jest nieprzytomny, ma masywne objawy oponowe w postaci sztywności karku i wymiotuje. Wtedy takim stanie badanie szerokości źrenic i ich symetrii pozwoli na stwierdzenie porażenia nerwów czaszkowych. Z poczynionych w sprawie ustaleń wynika, że H. Z. na pewno nie miała masywnych objawów oponowych zespołu nadciśnienia śródczaszkowego, bo wtedy nie byłaby w stanie przyjść do poradni. Objawy wyżej podane są dobrze widoczne, można zauważyć, że pacjentowi opada powieka, bądź ma skrzywione usta, że pociąga ręką lub nogą, potyka się czy też nie może swobodnie się wypowiadać. Stan taki budzi grozę nie tylko u lekarza, ale także u osób nie będących lekarzami. Zdaniem Sądu jest mało prawdopodobne, aby za pomocą tych badań neurologicznych, które lekarz pierwszego kontaktu może wykonać, w stanie ogólnym w jakim znajdowała się H. Z. podczas wizyty w poradni rejonowej byłby on w stanie stwierdzić, że zachodzi potrzeba poddania jej pilnej konsultacji neurologicznej, bądź wręcz wezwania pogotowia ratunkowego w trybie pilnym. Krwotok podpajęczynówkowy jest bardzo trudny do rozpoznania w sytuacji gdy nie ma pełnych objawów, natomiast jeśli takie objawy są, to rozpozna go każdy lekarz. Gdyby rzeczywiście pacjentka skarżyła się lekarzowi na drętwienia karku, chociaż w dokumentacji lekarskiej jest tylko zapis o bólu kręgosłupa szyjnego to dolegliwość taka jest częstym objawem niestabilności kręgosłupa, któremu również towarzyszy ból głowy. W dokumentacji lekarskiej H. Z. znajdują się zapisy z których wynika, że pacjentka już podczas wcześniejszych wizyt skarżyła się dolegliwości tego rodzaju. Z poczynionych w sprawie ustaleń wynika także, że skok ciśnienia tętniczego połączony z bólem głowy i dolegliwościami kręgosłupa szyjnego wskazuje bardziej na zespół napięciowy, gdzie kurczą się mięśnie, dochodzi do bólu kręgosłupa w efekcie czego wzrasta ciśnienie i występuje ból głowy. J. H. przy takich objawach powinna pouczyć pacjentkę o konieczności wykonania badań uzupełniających natomiast gdyby stwierdziła występowanie objawów nadciśnienia śródczaszkowego to powinna wezwać pogotowie i wysłać pacjentkę do najbliższego (...), a nie wystawiać jej skierowania do neurologa, bo wizyta i tak nie mogłaby się szybko odbyć. Ponadto nawet specjalista neurolog dokonujący konsultacji też nie byłby w stanie postawić od razu jednoznacznej diagnozy tylko musiałyby zlecić najpierw badanie tomograficzne. Lekarz pierwszego kontaktu przy zgłaszanych przez pacjenta bólach głowy i nudnościach powinien pacjentowi udzielić pouczenia, aby w przypadku utrzymywania się objawów udał się do oddziału ratowniczego. Zdaniem Sądu J. H. można postawić jedynie zarzut, że nie wpisała do dokumentacji lekarskiej iż udzieliła pacjentce takiego pouczenia, jednakże nie można stwierdzić iż

pomiędzy tym zaniechaniem, a śmiercią żony powoda istnieje adekwatny związek przyczynowy. Zarówno pacjentka jak i jej mąż nie należeli do osób nieporadnych życiowo i niewątpliwie wiedzieli że mogą skorzystać z pomocy pogotowia ratunkowego gdyby zachodziła taka potrzeba, ale widocznie takiej potrzeby wcześniej nie widzieli. Pacjent nie może całej odpowiedzialności za swój stan zdrowia przerzucać na lekarza gdyż medycyna nie jest nauką ścisłą i zawsze, nawet w tzw. banalnych, typowych schorzeniach mogą wystąpić jakieś groźne powikłania, a stan przewlekły choroby może nieoczekiwanie przejść w stan ostry. Jeśli stan chorego pomimo stosowania się do zaleceń lekarza nie poprawia się, a wręcz pogarsza to zarówno on sam jak i osoby znajdujące się w jego otoczeniu powinny ponownie zasięgnąć porady lekarskiej, w tym wzywając pogotowie ratunkowe. Być może szybsze wezwanie pogotowia mogłoby uratować życie żonie powoda, ale, jak wynika z opinii biegłego neurochirurga, mając na uwadze charakter choroby, którą wystąpiła u niej samoistnie nie można tego przyjąć z prawdopodobieństwem, które można byłoby określić jako graniczące z pewnością. Z opinii biegłego neurochirurga wynika, że lekarze tzw. pierwszego kontaktu mają małe doświadczenie w diagnostyce chorych u których wystąpiło krwawienie podpajęczynówkowe gdyż chorzy z takim podejrzeniem z reguły przywożeni są przez pogotowie ratunkowe na oddziały szpitalne. W czasie studiów medycznych studenci medycyny mają niewiele zajęć z zakresu neurologii, a tym bardziej z zakresu neurochirurgii, a nawet tę ograniczoną ilościowo wiedzę merytoryczną trudno im następnie stosować w praktyce jeśli nie podejmą specjalizacji w tych kierunkach.

Mając powyższe na uwadze powództwo należało oddalić jako niezasadne.

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art. 102 kpc