

UZASADNIENIE

Pozwem z 7 kwietnia 2015 r. K. S. (1) wniósł o zasądzenie na swą rzecz od (...) S.A. w W. kwoty 90.000 zł tytułem zadośćuczynienia oraz kwoty 10.000 zł tytułem odszkodowania za zwiększone potrzeby – jako skutków wadliwej diagnostyki oraz leczenia ciężarnej matki powoda K. S. (2) oraz samego powoda w Centrum (...) przy Wyższej Szkole (...) w Ł. – obie kwoty wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczonymi od dnia 20 marca 2015 r. do dnia zapłaty, a także o ustalenie odpowiedzialności pozwanego za skutki błędów w sztuce medycznej, które ujawnią się w przyszłości.

W uzasadnieniu wskazano, że w dniu 17 lipca 2014 r. K. S. (2) została przyjęta do Centrum (...) w G. z podejrzeniem odpływania płynu owodniowego. W jej leczeniu zastosowano terapię A., oraz w dniu 20 lipca 2014 r. wypisano ją do domu mimo leukocytozy na poziomie 15.380/mm³ oraz (...) 23,5 mg/l z zaleceniem kontynuowania antybiotykoterapii. Nie wykonano u niej wymazów bakteriologicznych, nie pobrano posiewu i nie wykonano antybiogramu. W ocenie powoda, w rezultacie opisanych zaniedbań doszło do przedwczesnego urodzenia powoda K. S. (1) w dniu 29 lipca 2014 r. – w 24 tygodniu ciąży oraz licznych powikłań związanych z ciężkim zakażeniem i wcześniactwem.

(pozew k. 2-17)

Pozwany wniósł o oddalenie powództwa oraz zasądzenie na swą rzecz kosztów procesu.

Podniesiono, iż z dokumentacji medycznej wynika, że podczas pobytu we wskazanej jednostce nie zaobserwowano u pacjentki odpływania wód płodowych, a jej stan był dobry. W wykonanym USG potwierdzono prawidłową ilość wód płodowych. W tej sytuacji zastosowano antybiotyk o szerokim spektrum działania i wypisano pacjentkę do domu z zastrzeżeniem, że zagraża jej poród przedwczesny przy negatywnej obserwacji odpływania wód. Zastosowano również leczenie przeciwpalne i przeciwgrzybicze wspomagające funkcję łożyska. Początek infekcji ciężarnej miał miejsce przed interwencjami podjętymi w ubezpieczonej placówce, a zastosowany antybiotyk jest antybiotykiem pierwszego rzutu, najbezpieczniejszym dla płodu. W ocenie pozwanego leczenie we wskazanej jednostce było prawidłowe, zgodne z zasadami aktualnej wiedzy medycznej i przy użyciu dostępnych metod i środków.

(odpowiedź na pozew k. 151-152v)

Zawiadomiony o toczącym się postępowaniu (...) Sp. z o.o. w G. do zakończenia postępowania nie zgłosił swojego udziału w sprawie.

(postanowienie k. 196, dowód doręczenia – (...) k. 198)

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:

W 2014 r. K. S. (2), będąc w drugiej ciąży, korzystała z opieki ginekologicznej (...) w B.. Ciąża przebiegała prawidłowo do lipca 2014 r.

W dniu 17 lipca 2014 r. K. S. (2) została przyjęta do Centrum (...) w G. na Oddział (...) Położniczy w 23 tygodniu ciąży z podejrzeniem przedwczesnego odpływania płynu owodniowego. Po przeprowadzeniu diagnostyki zastosowano względem pacjentki lek przeciwbakteryjny A. oraz G.. W badaniach laboratoryjnych (w morfologii krwi): leukocytoza 15,8 tys./mm³ (w tym neutrocyty 73,8%), krwinki czerwone 3,52 mln/mm³, hemoglobina 19,06 g%, płytki krwi 238 tys./mm³, podwyższenie białka ostrej fazy (...) 23,26 mg/l. Badaniem ginekologicznym stwierdzono nadżerkę szyjki macicy bez wyraźnych objawów zapalnych w pochwie. Nie obserwowano podwyższonej temperatury. W badaniu USG z 20.07.2014 r. nie stwierdzono zaburzeń w budowie płodu. W dniu 20 lipca 2014 r. wypisano pacjentkę do domu z rozpoznaniem: CII 23 tygodnie ciąży; Niedokrwistość; Obserwacja w kierunku przedwczesnego odpływania płynu

owodniowego - negatywna; Poród przedwczesny zagrażający. Zalecono dalsze stosowanie A. i G. oraz N., Luteiny i T., a także kontrolę u lekarza prowadzącego za 7 dni.

W dniu 29 lipca 2014 r., podczas kontrolnego badania USG, stwierdzono u matki powoda ilość płynu owodniowego na granicy bezwrodzia. Skierowano ją do Instytutu Centrum (...) w Ł., gdzie w trybie nagłym rozwiązano ciążę cięciem cesarskim. Matka otrzymała niepełny kurs steroidoterapii prenatalnej (D.). Urodzono noworodka niedonoszonego płci męskiej ze skrajnie niską masą urodzeniową – 750g, w stanie ogólnym średnim – 6/7/7 pkt w skali A.. W wymazie z szyjki macicy (29.07.2014 r.) stwierdzono obecność E. faecalis, zaś w wymazie z pochwy (30.07.2014 r.) – K. pneumoniae (wrażliwy na M. oporny na inne antybiotyki). W dniu 1 sierpnia 2014 r. w stanie ogólnym dobrym K. S. (2) została wypisana do domu.

U powoda na bloku porodowym z powodu niewydolności oddechowej zastosowano wsparcie oddechu metodą nCPAP, a następnie przyjęto do (...) Kliniki (...) w stanie ciężkim z powodu wcześniactwa, niewydolności oddechowej oraz podejrzenia infekcji wrodzonej.

W wykonanym RTG klatki piersiowej u powoda stwierdzono zespół zaburzeń oddychania II stopnia – podano surfaktant (C.) metodą (...). Do 6. doby życia stosowano wsparcie oddechu metodą nCPAP. W 7. dobie życia z powodu znacznego wysiłku oddechowego oraz spadków saturacji powód został zaintubowany. Wentylację mechaniczną stosowano do 34. doby życia. W kolejnych dobach - oddech własny wspomagany nCPAP kontynuowany do 61. doby życia, następnie oddech własny z tlenoterapią bierną do dnia wypisu. Od 3. tygodnia życia wprowadzono profilaktykę przewlekłej choroby płucnej (metyloksantyny, diuretyki, brochodilatory).

Po urodzeniu pobrano u powoda panel badań bakteriologicznych oraz zastosowano szerokowidmową antybiotykoterapię. Z posiewu ze skóry pobranego po porodzie wyhodowano – S. agalactiae. W 5. dobie życia z powodu utrzymujących się cech infekcji zmodyfikowano antybiotykoterapię. Z posiewu z krwi wyhodowano – S. epidermidis. Po uzyskaniu prawidłowych posiewów odstawiono antybiotykoterapię w 16 dobie życia.

W 20. dobie życia nastąpiło pogorszenie stanu ogólnego – liczne spadki saturacji, wzrost zapotrzebowania na parametry wentylacji. Pobrano panel badań bakteriologicznych, włączono antybiotykoterapię. Z posiewu z krwi wyhodowano S. haemolyticus, z posiewu z wydzieliny z rurki intubacyjnej – K. pneumoniae (...) (+). W 32. dobie życia po uzyskaniu prawidłowych wyników badań laboratoryjnych oraz jałowych posiewów odstawiono antybiotyki. W 66. dobie życia nastąpiło pogorszenie stanu ogólnego, tachykardia, tachypnoe, wzrost zapotrzebowania na tlen. Pobrano ponownie panel badań bakteriologicznych i wdrożono antybiotykoterapię uzyskując stopniową poprawę stanu ogólnego powoda.

Zastosowano intensywne leczenie przeciwbakteryjne preparatami: U., Gentamycyna, M., C., Z., D..

Z powodu utrzymującej się hiperglikemii w pierwszych dobach życia powód wymagał podaży insuliny. Z powodu niedokrwistości wcześniaków powód wymagał kilkakrotnie przetoczenia preparatu NUKKCz.

Podczas hospitalizacji powód był konsultowany kardiologicznie, okulistycznie, neurologicznie, przez lekarza rehabilitacji oraz w poradni audiologicznej. Wypisany do domu w 87. dobie życia z masą ciała 2960g w stanie stabilnym z koniecznością stosowania tlenoterapii biernej podczas zabiegów pielęgnacyjnych i karmień. Opieka w domu prowadzona była przez (...) Hospicjum (...) przez około miesiąc. Powód pozostawał również pod opieką neurologa z powodu stwierdzenia dyskretnego obniżenia napięcia mięśniowego.

Powód w dniach 10-14 grudnia 2014 r. przebywał na Oddziale Chirurgicznym (...), gdzie przeprowadzono operację przepukliny pachwinowej prawej.

W dniu 14 grudnia 2018 r. w Klinice (...) u powoda wykonano badania audiologiczne: audiometria tonalna – obustronny niedosłuch przewodzeniowy, wolne pole na poziomie 60dB. W audiometrii impedancyjnej –

tympnogramy obustronne typu – A. bez odruchów strzemiączkowych po stronie prawej. (...) obustronnie nieobecna. W znieczuleniu miejscowym wykonano nasofiberoskopię – stwierdzono przerost migdałka gardłowego.

(dokumentacja medyczna k. 28-144, k. 189, k. 253, k. 350-356)

Pismem z 21 stycznia 2015 r. powód wezwał pozwanego do zapłaty na swą rzecz kwoty 2.000.000 zł tytułem zadośćuczynienia, kwoty 500.000 zł tytułem odszkodowania, a także kwoty 5.000 zł miesięcznie tytułem renty z tytułu skutków błędnego leczenia nienarodzonego poszkodowanego podczas hospitalizacji w dniach 17-20 lipca 2014 r.

Pozwany nie znalazł podstaw do przyjęcia swej odpowiedzialności oraz odmówił wypłaty jakichkolwiek świadczeń.

(przedsądowe wezwanie do zapłaty k. 145, odpowiedź k. 146-147)

Najbardziej istotnym zagadnieniem w omawianej sprawie jest rozpoznanie u powoda infekcji jako infekcji wrodzonej spowodowanej zakażeniem bakterią *S. agalatae*. Paciorkowiec ten jest uważany za bardzo istotny w zakażeniach wrodzonych. Występuje dość często w drogach rodnych kobiet, u około 20-30% badanych stanowi florę pochwy bez istotnych objawów klinicznych, ale mogący wywoływać objawy zakażenia. Z tego powodu zaleca się badanie bakteriologiczne w tym kierunku po 35-37 tygodniu ciąży jako badanie wskazane nawet przy braku objawów takiego zakażenia.

W przypadku leczenia matki powoda w dniach 17-20 lipca 2014 r. w badaniach laboratoryjnych stwierdzono podwyższoną leukocytozę i podwyższenie poziomu białka ostrej fazy. Było to wskazaniem do wykonania badań bakteriologicznych pochwy z uwagi na możliwość zakażenia w przyszłości noworodka. Samo postępowanie pod postacią profilaktycznego podania A. było wskazane, jednakże okazało się nieskuteczne dla noworodka.

Postępowanie szpitala nie spowodowało istotnych zaburzeń zdrowia matki powoda, tym niemniej w tym wypadku konieczne było zlecenie badań wydzieliny pochwy w kierunku zakażenia *S. agalatae* i zastosowanie leków w zależności od wyników wrażliwości na antybiotyki. Można było przenieść matkę powoda na oddział patologii ciąży, w omawianej sprawie nie wystąpiły wskazania do przeniesienia jej na oddział zakaźny – podwyższona leukocytoza i (...) nie są wskazaniem do tego rodzaju postępowania.

W dacie pobytu matki powoda w Centrum (...) w G. istniały wskazania do wykonania posiewu bakteriologicznego. Gdyby stwierdzono zakażenie, byłaby szansa opanować zakażenie w okresie kilku dni.

(opinia pisemna biegłego z zakresu chorób zakaźnych dr n.med. A. B. k. 167-172 uzupełniona opinią ustną na rozprawie 30.09.2016 r. k. 219-220, 00:01:53-00:11:36)

Zakażenie wewnątrzmaciczne – zakażenie wewnątrzrodniowe (zwo) wywołują bakterie. Klinicznie wykładniki zwo stwierdza się w 0,5-2,0% wszystkich ciąż, a w porodach przedwczesnych w 25-50%.

Do zakażenia dochodzi:

- na drodze wstępującej (najczęściej) – florą bakteryjną obecną w pochwie,
- na drodze krwionośnej – poprzez łożysko,
- na drodze zstępującej (wyjątkowo).

Z. jest jedną z głównych przyczyn występowania porodów przedwczesnych. Do klasycznych objawów zwo zaliczamy:

- podwyższenie ciepłoty ciała ciężarnej > 37°C,
- tachykardia ciężarnej > 100/min.,

- tachykardia płodu > 160/min.,
- wzmożone napięcie macicy (często bolesność),
- leukocytoza > (...),
- (...) > 5.

W diagnostyce zwo bardzo istotną rolę odgrywa bakteriologiczne badanie wydzieliny pochwy – identyfikacja drobnoustrojów, antybiogram – stanowią podstawę do leczenia przyczynowego – celowana antybiotykoterapia. Leczenie rozpoczyna się od podania antybiotyku o szerokim spektrum działania (np. A.), a po uzyskaniu antybiogramu (uzyskuje się go po upływie 4-5 dni od pobrania) włącza się terapię celowaną. Ma ona za zadanie uchronić płód przed wrodzoną infekcją i matkę przed powikłaniami (wstrząs septyczny). Nie daje jednak gwarancji wyleczenia zwo i wystąpienia porodu przedwczesnego.

W omawianej sprawie K. S. (2) została przyjęta do szpitala w G. z istniejącym już zwo. Nie pobrano wydzieliny z pochwy do badania bakteriologicznego, nie wykonano antybiogramu. **Podanie celowanej antybiotykoterapii mogło uchronić powoda przed rozwojem infekcji wewnątrzmacicznej, ale szanse na zapobieżenie porodowi przedwczesnemu były małe. Podanie A., jako leku pierwszego rzutu, było prawidłowe.**

Wprowadzenie antybiotykoterapii celowanej mogło zapobiec rozwojowi infekcji wewnątrzmacicznej u powoda. Nie dawało gwarancji zapobieżenia bezwodziu i porodowi przedwczesnemu. Jednocześnie należy zauważyć, że rozwijająca się infekcja wewnątrzmaciczna u matki powoda z dużą dozą prawdopodobieństwa była przyczyną wystąpienia bezwodziu i wymuszonego porodu przedwczesnego.

Szpitalowi w G., w którym znajdowała się matka powoda w okresie 17-20 lipca 2014 r. nie można zarzucić, że nie wdrożył leczenia, ale że nie doprowadził diagnostyki do końca.

Gdyby matce powoda podano inny antybiotyk, dziecko może by się nie urodziło przedwcześnie, ale szansa na to nie przekraczała 30%. Każdy organizm inaczej reaguje na podany antybiotyk (nawet zgodny z antybiogramem) – reakcja jest nieprzewidywalna do oceny jego skuteczności działania. Nie można zatem ustalić, o ile i na jak długo stosowanie celowanej antybiotykoterapii mogłoby choćby opóźnić poród przedwczesny.

Przedłużenie czasu trwania ciąży wiąże się ze złagodzeniem nasilenia powikłań wynikających z wcześniactwa, a więc lepszym stanem dziecka. Nie jest możliwe określenie o ile stan urodzeniowy powoda uległby poprawie, gdyby urodził się on o czasie.

(opinia pisemna biegłego z zakresu ginekologii i położnictwa prof. nadzw. dr hab.med. A. Z. k. 206-208 uzupełniona opinią ustną na rozprawie 30.09.2016 r. k. 220-221, 00:12:16-00:23:02 oraz opiniami pisemnymi k. 273, k. 279)

K. S. (1) urodził się z ciąży o patologicznym przebiegu. W 23. tygodniu ciąży obserwowano wykładniki laboratoryjne zakażenia wewnątrzmacicznego leczone antybiotykoterapią. O patologicznym przebiegu ciąży świadczy także obserwowane krwawienie z dróg rodnych. W 24. tygodniu ciąży stwierdzono znaczne zmniejszenie objętości płynu owodniowego – na granicy bezwodziu.

Zakażenie wewnątrzmaciczne było z pewnością przyczyną porodu przedwczesnego. Jest to najczęstsza przyczyna przedwczesnego pęknięcia błon płodowych, przedwczesnej czynności skurczowej macicy i porodu przedwczesnego. Złożona kaskada zjawisk zapalnych dowodzi złożoności schorzenia, jakim jest zakażenie wewnątrzmaciczne, co związane jest również z ogromnymi trudnościami diagnostycznymi.

Następstwa dla życia i zdrowia K. S. (1) na pewno są związane z porodem przedwczesnym i urodzeniem dziecka skrajnie niedojrzałego w 24. tygodniu ciąży z masą ciała 750 gramów. Jednocześnie należy wskazać, że w tak

niedojrzałej ciąży mimo antybiotykoterapii przy wykładnikach zakażenia wewnątrzmacicznego, nie udaje się w ponad 50% zahamować porodu przedwczesnego.

W dokumentacji medycznej K. S. (1) nie ma żadnych danych wskazujących na występowanie u powoda wad wrodzonych będących następstwem bezwrodzia u matki w toku ciąży i w konsekwencji porodu przedwczesnego. Przepuklina pachwinowa i wodniak jądra, stwierdzone u powoda i operowane w grudniu 2014 r., nie są wadami rozwojowymi i występują bardzo często u dzieci urodzonych ze skrajnie niedojrzałych ciąż w kilka tygodni po urodzeniu. Przepuklina spowodowana jest wiotkością mięśni brzucha, która jest typowa dla noworodków niedojrzałych. Zmiany w badaniu echokardiograficznym także nie potwierdzają wad wrodzonych serca. Drożny otwór międzyprzedsionkowy jest fizjologicznie otwarty po urodzeniu, także u noworodków donoszonych, a jego zamykanie dokonuje się w pierwszych kilku a nawet kilkunastu miesiącach życia. Izolowane kolaterale systemowo-płucne nie są zaliczane do wad serca, a raczej mogą towarzyszyć ciężkiej dysplazji oskrzelowo-płucnej, którą rozpoznano u powoda.

U K. S. (1) nie stwierdzano wad wrodzonych, tylko typowe schorzenia związane ze skrajnym wcześniactwem. Około 50% noworodków urodzonych w 24. tygodniu ciąży nawet w wyspospecjalistycznych ośrodkach umiera w okresie noworodkowym lub z powikłań w okresie niemowlęcym. U około 15% tak niedojrzałych dzieci należy spodziewać się poważnych zaburzeń rozwojowych, a tylko 5% może wykazywać prawidłowy rozwój psychoruchowy. Jednak i w tej ostatniej grupie dzieci należy spodziewać się zaburzeń zachowania czy trudności w nauce.

U powoda objawy niewydolności oddechowej były najważniejszym i pierwszoplanowym objawem wynikającym z niedojrzałości płuc noworodka. Dziecko wymagało dotchawiczego podania surfaktantu – leku umożliwiającego oddychanie oraz stosowania sztucznej wentylacji przez 34 dni, a do 61. doby życia wspomagania oddechu metodą nieinwazyjną. U powoda rozwinęła się ciężka postać dysplazji oskrzelowo-płucnej. Czynnikiem etiologicznym tego schorzenia były: niedojrzałość płuc u noworodka z ekstremalnie małą masą ciała i zakażenie wewnątrzmaciczne. Współistniejącym czynnikiem sprawczym było również bezwrodzie. Pozostałe zespoły kliniczne (niedokrwistość, retinopatia I/II stopnia czy infekcje wtórne) wystąpiły u K. S. (1) w mniejszym nasileniu, ale występują u każdego noworodka o takiej niedojrzałości. W 20. dobie życia u powoda stwierdzono posocnicę wywołaną bakterią *S. haemolyticus*, ale trudno to schorzenie łączyć z zakażeniem wewnątrzmacicznym. *K. pneumoniae*, którą obserwowano z posiewów z rurki intubacyjnej; świadczy to o kolonizacji dróg oddechowych, stosunkowo częściej u dzieci wymagających sztucznej wentylacji. Uzyskany z posiewu skóry noworodka bezpośrednio po urodzeniu patogen *S. agalatae* jest najczęstszą bakterią występującą w drogach rodnych kobiet i z całą pewnością pochodzi od matki dziecka.

Niedojrzałość i ekstremalnie mała masa ciała nie ma zasadniczo wpływu na dalszy rozwój dzieci urodzonych w 24. tygodniu ciąży. Jednocześnie nigdy w okresie noworodkowym nie można, a nawet nie wolno lekarzom stawiać diagnozy co do stopnia przyszłych zaburzeń rozwoju. Mózg noworodka o znacznej niedojrzałości ma bowiem ogromną plastyczność i stymulacja rozwoju przez właściwe dozowanie bodźców może przynieść dobre efekty.

Powód wymaga długotrwałej oceny rozwoju, okresowych badań neurologicznych, psychologicznych, które pozwolą ocenić stopień niepełnosprawności dziecka oraz postępy w rozwoju w związku z trendem rozwojowym dziecka, w której bardzo ważną rolę odgrywają odpowiednie warunki środowiskowe stymulujące ten rozwój.

K. S. (1) po wypisie ze szpitala objęty został wczesną opieką rozwojową z zastosowaniem metody (...), a z uwagi na ciężką postać dysplazji oskrzelowo-płucnej także opieką (...) Hospicjum (...). Wskazana dysplazja, w której podstawowym czynnikiem etiologicznym jest znaczna niedojrzałość płuc, wiąże się ze zwiększoną podatnością na zakażenia. Należy więc liczyć się, że u K. S. (1) będą obserwowane częstsze, niż w całej populacji dziecięcej, zapalenia płuc i zapalenia oskrzeli.

Rozmiar opieki noworodków z ekstremalnie małą masą ciała po wypisie z oddziału neonatologicznego zasadniczo różni się od opieki nad dzieckiem urodzonym o czasie. Dzieci takie wymagają stałej opieki lekarza pediatry – rodzinnego, okresowej neonatologa (zwykle 4x w pierwszym roku życia, co najmniej 2x w drugim r.ż., 1x w 3 r.ż.),

okresowej neurologa, psychologa, okulisty, audiologicznej, logopedycznej. Dzieci te wymagają zwykle turnusów fizjoterapeutycznych (ćwiczenia stymulujące).

Należy zaznaczyć, że nie każde wydłużenie okresu ciąży jest korzystne dla ciężarnej bądź płodu. Istnieje wiele patologicznych sytuacji zaburzenia dobrostanu płodu (między innymi zakażenia wewnątrzmaciczne), które są wskazaniem do zakończenia ciąży przedwcześnie, gdyż kontynuacja może doprowadzić do obumarcia wewnątrzmacicznego płodu lub do zagrożenia życia matki.

Hipotetycznie, jeżeli ciąża, z której urodził się K. S. (1), zakończyłaby się o czasie, tj. w 38-40 tygodniu ciąży, to przypuszczalnie dziecko mogłoby być zdrowe, ale jest to mało prawdopodobne. Przebyte bowiem zakażenie wewnątrzmaciczne, które obserwowano u matki powoda w tak wczesnej ciąży (tj. w 23. t.c.) na pewno spowodowałoby uszczerbek na zdrowiu, jednakże nie da się ustalić do jakich uszkodzeń by doszło, jest to bowiem uzależnione od czynników genetycznych.

(opinia pisemna biegłej z zakresu neonatologii prof.dr hab.n.med. M. K. k. 242-246 uzupełniona opinią pisemną k. 268-269)

U K. S. (1) stwierdzono skrajne wcześniactwo (24 hbd) powikłane bezwodziem i infekcją wewnątrzmaciczną i niewydolnością oddechową, dysplazją oskrzelowo-płucną, retinopatią wcześniaczą I/II stopnia.

Stan powoda po porodzie był ciężki i głównie wynikający z niewydolności oddechowej i wtórnych infekcji, jednak w trakcie obserwacji szpitalnej długotrwałej (prawie 3 miesiące) nie stwierdzano odchyłań w wykonywanych badaniach USG przez ciemę.

Wprawdzie obserwowano u małoletniego opóźnienie rozwoju psychoruchowego, ale obecnie sprawność ruchowa chłopca jest dobra. Już w trakcie konsultacji neurologicznej powoda w październiku 2014 r. zaznaczono, że stwierdza się cechy niedojrzałości, ale poza dyskretnym obniżeniem napięcia mięśniowego nie stwierdzono innych odchyłań.

Należy wskazać, że przy tak skrajnym wcześniactwie powikłanym zakażeniem, u powoda nie stwierdzono objawów uszkodzenia (...). Stan powoda należy ocenić jako wyjątkowo dobry.

Rozwój intelektualny małoletniego powoda można ocenić jako poniżej przeciętnej. Przyczyną tego powikłania rozwojowego może być skrajne wcześniactwo z niedojrzałością (...), ale tego rodzaju problemy w rozwoju intelektualnym spotyka się często również u dzieci, które nie urodziły się przedwcześnie.

Brak jest możliwości orzeczenia uszczerbku na zdrowiu u powoda z przyczyn neurologicznych. Biorąc pod uwagę problemy zdrowotne, jakie mogą wystąpić u dzieci urodzonych w tak skrajnym wcześniactwie (24 hbd) z dodatkowym obciążeniem w postaci ciąży powikłanej infekcją wewnątrzmaciczną i bezwodziem, obniżony poziom intelektualny powoda jest stosunkowo niewielkim powikłaniem (i trudnym do powiązania tego stanu z przeżytym porodem) wobec zaistniałych problemów prenatalnych i nie należy go rozpatrywać jako uszczerbek na zdrowiu.

(opinia pisemna biegłego z zakresu neurologii lek. med. M. N. k. 286-296 uzupełniona opiniami pisemnymi k. 333-334, k. 395-396)

Powód funkcjonuje intelektualnie poniżej przeciętnej dla wieku życia – na granicy normy i niepełnosprawności umysłowej. Nie można wykluczyć, że kwestia skrajnego wcześniactwa z niedojrzałością (...) mogła być przyczyną powikłania rozwojowego.

W trakcie badania psychologicznego stwierdzono dysfunkcje w funkcjonowaniu dziecka (deficyty pamięci wzrokowej, słuchowej, obniżenie koordynacji wzrokowo – ruchowej, wyobraźni przestrzennej, obniżenie potencjału umysłowego), które mogą być konsekwencją mikrouszkodzeń w obrębie (...) nie można wykluczyć związku przyczynowo-skutkowego dysfunkcji z wcześniactwem. Rozwój intelektualny, społeczny, emocjonalny powoda jest

poniżej przeciętnej dla wieku metrykalnego. Obecny stan poznawczy powoda można ocenić jako przebiegający poniżej wieku rozwojowego, ale nie jest on na poziomie upośledzenia umysłowego.

Z psychologicznego punktu widzenia nie można ocenić wpływu przebiegu ciąży, porodu oraz kwestii zakażenia wewnątrzmacicznego na rozwój dziecka – na pewno stanowiło to obciążenie rozwojowe dla dziecka.

Nie można ocenić charakteru „cierpień” i ich „natężenia” i progresu – kwestia rozwoju powoda jest cechą indywidualną i nie przebiega on w tym przypadku z powikłaniami „cierpienia”.

Powód wymaga opieki i pomocy takiej jak dziecko w jego wieku rozwojowym. Natomiast konieczne jest korzystanie z opieki psychologicznej (wsparcie terapeutyczne) i taką pomoc dziecko może uzyskać w rejonowej Poradni P.-Pedagogicznej nieodpłatnie.

Nie można wykluczyć, że nawet przy prowadzonej terapii wspierającej rozwój dziecka, powód będzie miał problemy rozwojowe manifestujące się trudnościami z przyswajaniem wiedzy – szeroko pojęte problemy edukacyjne.

Z punktu widzenia psychiatry brak jest trwałego, jak i długotrwałego uszczerbku na zdrowiu powoda.

(opinia pisemna biegłej z zakresu psychologii mgr A. G. k. 303-307, opinia pisemna biegłej z zakresu psychiatrii lek. mad. K. O. k. 309-313, uzupełnione opinią pisemną k. 382-383)

Aktualnym badaniem laryngologicznym nie stwierdza się u powoda istotnych odchyień od stanu prawidłowego.

Po urodzeniu u noworodka nie stwierdzono żadnych wad rozwojowych narządu słuchu. Przeprowadzone badanie przesiewowe słuchu dnia 18.11.2014 r. po badaniu (...) dnia 22.10.2014 r. wykazało w obu uszach zapis prawidłowy. W aktualnej dokumentacji medycznej powoda znajdują się nieścisłości, tym niemniej przyjmując, że po urodzeniu przesiewowe badanie słuchu było prawidłowe, należy przyjąć, że w dacie urodzenia powód miał słuch prawidłowy.

Z dokumentacji medycznej powoda wynika, że we wczesnym okresie niemowlęcym był on leczony antybiotykami o działaniu ototoksycznym, powodującym uszkodzenie ucha wewnętrznego (Gentamycyna, A., V.). Należałoby zatem u powoda uwzględnić możliwość niedosłuchu nabytego – polekowego.

W grudniu 2018 r. powód był badany audiologicznie, ale w tym czasie miał infekcję – badanie przeprowadzone w tym stanie zdrowia jest niewiarygodne. Stwierdzony u powoda w grudniu 2018 r. przerost migdałka gardłowego i migdałków podniebiennych – pozostaje bez związku ze skutkami przedwczesnego porodu.

Każde dziecko w wieku 3-4 lat ma migdałek gardłowy, który stopniowo wzrasta systematycznie by osiągnąć największy rozmiar w 7 roku życia. Dopiero w wieku powyżej 7-9 lat stopniowo zanika. Stwierdzony przerost migdałka gardłowego u dziecka w czasie infekcji górnych dróg oddechowych jest typowym objawem fizjologicznym. Czasami stwierdza się u dziecka patologiczny nadmierny rozrost migdałka gardłowego (najczęściej wskutek nawracających, częstych infekcji górnych dróg oddechowych). Powoduje to upośledzone oddychanie nosem, blokadę trąbki słuchowej i może być przyczyną przewlekłego wysiękowego zapalenia ucha środkowego, a później niedosłuchu typu przewodzeniowego.

Ze zgromadzonej dokumentacji medycznej powoda nie wynika ponad wszelką wątpliwość, że przyczyną ewentualnego niedosłuchu jest przedwczesny poród, czy czynniki okołoporodowe takie jak: hipoksja, żółtaczka noworodka, infekcje. Niedosłuch w takich przypadkach jest spowodowany uszkodzeniem ucha wewnętrznego, a nie ucha środkowego. Tymczasem w 2018 r. stwierdzono u powoda obustronny niedosłuch przewodzeniowy co związane jest z patologią ucha środkowego (przebyte stany zapalne a nie uszkodzenie poporodowe). Nadto rozpoznanie u powoda niedosłuchu typu przewodzeniowego podważa prawidłowy wynik tympanogramu.

Tym samym nie ma wystarczających podstaw do przyjęcia związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy podejrzeniem obustronnego niedosłuchu przewodzeniowego a przedwczesnym porodem powoda w dniu 29.07.2014 r. Niedosłuch

stwierdzony w 2018 r. miał związek z przerostem migdałka i infekcjami, zatem z okresem wczesno- niemowlęcym, a nie z wcześniactwem.

Brak jest również wystarczających podstaw do ustalenia trwałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu z tytułu upośledzenia ostrości słuchu u powoda, u którego nie określono w sposób obiektywny wielkości ubytku słuchu, jak również jego charakteru oraz etiologii.

(opinia pisemna biegłej z zakresu laryngologii i audiologii doc. dr hab. med. S. K. k. 336-339 uzupełniona opiniami pisemnymi k. 358-362, k. 378-379 oraz opinią ustną na rozprawie 11.10.2019 r. k. 402-402v, 00:03:08-00:22:46)

Powyższy stan faktyczny, Sąd ustalił w oparciu o materiał dowodowy zebrany w przedmiotowej sprawie w postaci załączonych do akt dokumentów, w tym dokumentacji medycznej leczenia powoda i jego matki w okresie ciąży. Prawdziwość tych dokumentów nie była kwestionowana przez żadną ze stron postępowania.

Ustalając stan faktyczny Sąd miał przede wszystkim na uwadze opinie wydane w niniejszej sprawie przez biegłych z zakresu chorób zakaźnych, ginekologii i położnictwa, neonatologii, neurologii, psychologii i psychiatrii oraz laryngologii, które to opinie są zupełne, jasne i konsekwentne, a w końcowych wnioskach potwierdzają się wzajemnie. Lekarze wydający powyższe opinie wykazali się wysokim poziomem wiedzy specjalistycznej, dokonali szczegółowej analizy zastosowanych wobec powoda i jego ciężarnej matki procedur medycznych oraz ocenili stan jego zdrowia. W swoich opiniach biegli wskazywali na okoliczność, że występujące u powoda zaburzenia miały związek z porodem przedwczesnym. Jednocześnie nie udało się z całą pewnością ustalić, aby przyczyną przedwczesnego porodu było niewłaściwe leczenie zakażenia wewnątrzmacicznego u matki powoda.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Powództwo jako niezasadne podlegało oddaleniu w całości.

W przedmiotowej sprawie powód domagał się zasądzenia na swą rzecz kwoty 100.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 20 marca 2015 r. tytułem zadośćuczynienia i odszkodowania oraz ustalenia odpowiedzialności pozwanego za mogące pojawić się w przyszłości skutki błędów w sztuce medycznej, związanych z nieprawidłowym leczeniem ciężarnej matki powoda w dniach 17-20 lipca 2014 r. w Centrum (...) w G..

Bezsporna jest w sprawie okoliczność, że matka powoda we wskazanym okresie była hospitalizowana w Centrum (...) w G. z powodu podejrzenia przedwczesnego odpływania płynu owodniowego, oraz że po przeprowadzeniu diagnostyki, bez zlecenia badań bakteriologicznych ani antybiogramu, pacjentkę wypisano do domu z zaleceniem stosowania szerokowidmowego antybiotyku.

Odpowiedzialność pozwanego Zakładu (...) wynika z wiążącej wskazanego pozwanego i Szpital w G. umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Zgodnie z art. 822 k.c. przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ubezpieczyciel zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, wobec których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo ubezpieczony.

Podstawę prawną odpowiedzialności Szpitala w G. stanowi art. 430 k.c. Przesłanki roszczenia z art. 430 k.c. są następujące:

- powierzenie wykonania czynności na własny rachunek osobie podlegającej kierownictwu powierzającego;
- zawinione zachowanie podwładnego przy wykonywaniu powierzonej mu czynności;
- szkoda;
- związek przyczynowy pomiędzy zachowaniem podwładnego a szkodą.

Regulacja zawarta w art. 430 k.c. opiera się na konstrukcji odpowiedzialności zwierzchnika za podwładnego, czyli za osobę, która przy wykonywaniu powierzonych jej czynności podlega kierownictwu i ma obowiązek stosowania się do wskazówek i wytycznych przełożonego. W obecnym stanie prawnym zarówno w doktrynie, jak i w judykaturze nie ma wątpliwości, iż lekarz – pomimo znacznej samodzielności i niezależności w zakresie czynności diagnozy i terapii – pozostaje podwładnym zakładu leczniczego. Podlega on bowiem (podobnie jak pozostały personel medyczny) ogólnie – organizacyjnemu zwierzchnictwu szpitala i zobowiązany jest stosować się do ustalonych przez zakład reguł dotyczących w szczególności miejsca i czasu wykonywania pracy. Tzw. „wewnętrzna” niezależność lekarza w dziedzinie diagnozy i terapii nie ma natomiast znaczenia. Decydujące znaczenie ma bowiem fakt, iż lekarz zatrudniony w zakładzie leczniczym nie dokonuje czynności leczniczych we własnym interesie i na własny rachunek, lecz w interesie i na rachunek przełożonego (zakładu leczniczego).

Przez błąd lekarski należy rozumieć obiektywny element winy. Stwierdzenie błędu lekarza dostarcza jedynie naukowych kryteriów oceny postępowania lekarza i oznacza jedynie, że postępowanie lekarza wywołuje określone zastrzeżenia z naukowego punktu widzenia. Stanowi 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 kontekście powyższego należy stwierdzić, iż dla spełnienia powyższych przesłanek odpowiedzialności koniecznym było udowodnienie przez powoda, iż w czasie hospitalizacji matki powoda w Szpitalu w G. w dniach 17-10 lipca 2014 roku nastąpiły nieprawidłowości, które spowodowały poród przedwczesny, a w konsekwencji - liczne powikłania u powoda związane z ciężkim zakażeniem i wcześniactwem.

W ocenie Sądu powód nie wykazał żadnej przesłanki odpowiedzialności Szpitala w G.. W omawianej sprawie K. S. (2) została przyjęta do szpitala w G. z istniejącym już zakażeniem wewnątrzmacicznym. We wskazanym szpitalu nie pobrano wydzieliny z pochwy do badania bakteriologicznego, nie wykonano antybiogramu, mimo iż były do tego wskazania medyczne. Zaordynowano jej antybiotyk szerokowidmowy, który jak się następnie okazało, nie był skuteczny na bakterię będącą przyczyną zakażenia.

Z opinii biegłych ds. ginekologii i położnictwa oraz neonatologii wynika, że gdyby matce powoda podano inny antybiotyk, dziecko może by się nie urodziło przedwcześnie, **ale szansa na to nie przekraczała 30%**. Wprowadzenie antybiotykoterapii celowanej mogło zapobiec rozwojowi infekcji wewnątrzmacicznej u matki powoda. Nie dawało jednakże gwarancji zapobieżenia bezwodziu i porodowi przedwczesnemu. Każdy organizm inaczej reaguje na podany antybiotyk (nawet zgodny z antybiogramem) – reakcja jest nieprzewidywalna do oceny jego skuteczności działania. **Nie można zatem ustalić, o ile i na jak długo stosowanie celowanej antybiotykoterapii mogłoby choćby opóźnić poród przedwczesny.** Należy w tym miejscu podkreślić, na co wskazywała biegła z zakresu neonatologii, że w tak niedojrzałej ciąży mimo antybiotykoterapii przy wykładnikach zakażenia wewnątrzmacicznego, nie udaje się w ponad 50% zahamować porodu przedwczesnego. Jednocześnie podanie matce powoda antybiotyku o szerokim spektrum było działaniem prawidłowym, co potwierdził również biegły z zakresu chorób zakaźnych.

Trzeba zaznaczyć, iż szpital i ubezpieczyciel opowiadają za normalne następstwa działania bądź zaniechania, z którego szkoda wynikła. Odszkodowanie należy się tylko w granicach normalnego związku przyczynowego (art. 361 § 1 k.c.). W omawianej sprawie szpitalowi w G., w którym znajdowała się matka powoda w okresie 17-20 lipca 2014 r., nie można zarzucić, że nie wdrożył leczenia, a jedynie że nie doprowadził diagnostyki do końca. Wprawdzie biegły z zakresu chorób zakaźnych wskazywał na istnienie, w następstwie wykonania badania bakteriologicznego i antybiogramu, szansy opanowania zakażenia u matki powoda w ciągu kilku dni, jednocześnie dodając, że nawet zastosowanie celowanej antybiotykoterapii nie gwarantowało zapobieżenia porodowi przedwczesnemu, na co wskazywali biegły z zakresu ginekologii i położnictwa oraz biegły neonatolog.

Nadto, przyjmując hipotetycznie że ciąża, z której urodził się K. S. (1), zakończyłaby się o czasie, tj. w 38.-40. tygodniu ciąży, to przypuszczalnie dziecko mogłoby być zdrowe, ale jest to mało prawdopodobne. Przebyte bowiem zakażenie wewnątrzmaciczne, które obserwowano u matki powoda w tak wczesnej ciąży (tj. w 23 t.c.) na pewno spowodowałoby uszczerbek na zdrowiu, jednakże nie da się ustalić do jakich uszkodzeń by doszło, jest to bowiem uzależnione od czynników genetycznych.

Brak zatem podstaw do odpowiedzialności wymienionego Szpitala na podstawie przepisu art. 430 k.c., co pociąga za sobą brak podstaw odpowiedzialności ubezpieczyciela na podstawie przepisu art. 822 k.c.

W tym stanie rzeczy Sąd oddalił powództwo jako nieuzasadnione.

W postępowaniu cywilnym obowiązuje zasada odpowiedzialności za wynik procesu określona w art. 98 § 1 k.p.c., zgodnie z którą strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony, a zatem decydujące znaczenie, jeśli chodzi o obowiązek zwrotu kosztów procesu, ma wynik sprawy. Wyjątek od powyższej zasady przewiduje art. 102 k.p.c., zgodnie z którym w wypadkach szczególnie uzasadnionych sąd może zasądzić od strony przegrywającej tylko część kosztów albo nie obciążać jej w ogóle kosztami. Dopuszczalność zastosowania normy wynikającej z przepisu art. 102 k.p.c. sąd powinien ocenić, biorąc pod uwagę okoliczności, które by uzasadniały odstępstwo od podstawowych zasad decydujących o rozstrzygnięciu w przedmiocie zwrotu kosztów procesu. O tym, czy w konkretnej sprawie zachodzi „wypadek szczególnie uzasadniony” w rozumieniu art. 102 k.p.c. decyduje przede wszystkim sytuacja życiowa oraz stan materialny danej strony, a także fakty związane z samym przebiegiem procesu. Okoliczności powyższe powinny być oceniane przede wszystkim z uwzględnieniem zasad współzycia społecznego.

W niniejszej sprawie Sąd doszedł do przekonania, że zasady współzycia społecznego przemawiają za nieobciążaniem powoda żadnymi kosztami w tej sprawie. W ocenie Sądu prawidłowy przebieg ciąży u matki powoda oraz gwałtowne pogorszenie i poród przedwczesny - mimo zastosowanego leczenia w szpitalu w G., uprawniały przekonanie powoda o nieprawidłowym podejmowaniu stosownych procedur przez personel szpitala w G..

Powyższe okoliczności pozwalają – zdaniem Sądu – przyjąć, iż sytuacja powoda stanowi szczególnie uzasadniony wypadek, wypełniając tym samym dyspozycję wyżej wskazanego przepisu.

ZARZĄDZENIE

Odpis wyroku z uzasadnieniem doręczyć zgodnie z wnioskiem.