

## UZASADNIENIE

W pozwie z dnia 16 czerwca 2005 r. powódka M. W. wniosła o zasądzenie od pozwanej Wojewódzkiej (...) w Ł.:

- kwoty 70.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę;
- kwoty 5.500 zł tytułem zwrotu kosztów dojazdów, dożywiania i leków w okresie od września 2004 r. do czerwca 2005 r., z ustawowymi odsetkami za czas od daty pozwu do dnia zapłaty;
- kwoty wymienionej w zestawieniu kosztów tytułem kosztów procesu.

Powódka wniosła ponadto o ustalenie, że strona pozwana odpowiada wobec powódki M. W. za mogące się ujawnić w przyszłości skutki zastosowania zastrzyku „Clexane 40mg” w okresie od 20 sierpnia 2004 roku do 9 września 2004 roku.

(pozew k. 2-3)

W odpowiedzi na pozew z dnia 5 lipca 2005 roku pozwana wniosła o oddalenie powództwa, wezwanie na podstawie art. 84 § 1 k.p.c. do wzięcia udziału w sprawie po stronie pozwanej (...) S.A. Oddziału Okręgowego w Ł. oraz o zasądzenie na rzecz strony pozwanej kosztów procesu. Pozwana przyznała, że w dniu 20 sierpnia 2004 r. udzielano powódce pomocy doraźnej w pogotowiu ratunkowym, jednak nie uznała zasadności roszczeń powódki, która nie uzasadniła należycie wysokości kwot żądanych z tytułu odszkodowania i zadośćuczynienia.

(odpowiedź na pozew k. 21-22)

W piśmie z dnia 8 sierpnia 2005 roku (...) S.A. (...)w Ł. dokonał zgłoszenia interwencji ubocznej po stronie pozwanej oraz wniosł o oddalenie powództwa i zasądzenie od powódki na rzecz interwenienta ubocznego kosztów procesu według norm przepisanych.

(interwencja uboczna k. 31)

W piśmie złożonym na rozprawie w dniu 7 marca 2007 r. strona powodowa powołując się na wysokość renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy i wysokość zarobków z ostatnich miesięcy pracy powódki, wniosła o zasądzenie od pozwanej kwoty po 521, 90 zł miesięcznie tytułem renty uzupełniającej za czas od 1 lipca 2006 r. z ustawowymi odsetkami od daty wymagalności każdej renty uzupełniającej do dnia zapłaty.

(pismok. 161)

Na rozprawie w dniu 26 maja 2010 roku strona powodowa zmodyfikowała roszczenie o rentę uzupełniającą w ten sposób, że żądała zasądzenia tej renty za okres od 1 lipca 2006 r. do 1 lipca 2007 r. Strona pozwana i interwenient uboczny podtrzymali wcześniej wyrażone stanowiska.

(oświadczenia stron w protokole k. 365-366)

Wyrokiem z dnia 8 czerwca 2010 roku Sąd Okręgowy w Łodzi oddalił powództwo i nie obciążył powódki kosztami zastępstwa procesowego pozwanego i interwenienta ubocznego.

Sąd oddalił powództwo jako niezasadne, wskazując, iż w rozpoznawanej sprawie nie zachodzą przesłanki do przypisania pozwanej odpowiedzialności na podstawie 430 k.c. za skutki leczenia zastosowanego wobec powódki w dniu 20 sierpnia 2004 roku i przyjmowania przez nią preparatu Clexane. Tym samym powództwo nie mogło zostać uwzględnione również w stosunku do przyzwanego ubezpieczyciela (...) S.A., który na podstawie zawartej umowy

ubezpieczenia oraz cytowanego art. 822 § 1 k.c. co do zasady ponosi odpowiedzialność za szkody wyrządzone przez ubezpieczonego osobom trzecim.

Biorąc pod uwagę treść opinii biegłych i instytutów Sąd przyjął, iż postępowanie personelu Wojewódzkiej (...) w Ł. nie było obarczone błędem w sztuce medycznej, zarówno w zakresie diagnostyki urazu, jak i terapii wdrożonej po zbadaniu i opatrzeniu powódki. Pomoc udzielona powódce miała charakter doraźny, a przepisanie jej preparatu Clexane 40 mg z zaleceniem wykonywania iniekcji raz na dobę przez 30 dni było działaniem profilaktycznym i wskazanym z punktu widzenia zapobiegania chorobie zakrzepowo-zatorowej narządu ruchu. Biegły z zakresu ortopedii i traumatologii stwierdził jednoznacznie, że w przypadku leczenia zachowawczego złamań w obrębie kończyn dolnych z unieruchomieniem gipsowym należy stosować profilaktykę przeciwzakrzepową przez czas trwania unieruchomienia i przez 5-7 dni po jego usunięciu. Powódce zdjęto opatrunek gipsowy dopiero w dniu 23 września 2004 roku. Przynajmniej do tego dnia (a nawet także w ciągu dalszych 5-7 dni) uzasadnione byłoby kontynuowanie profilaktyki przeciwzakrzepowej poprzez przyjmowanie preparatu Clexane. Jak wynika z zeznań lekarza udzielającego pomocy doraźnej G. F., nie był przeprowadzony szczegółowy wywiad w zakresie stanu zdrowia powódki. Rutynowo zapytano powódkę jedynie o to, czy nie cierpi na choroby przewlekłe i uczulenia, po czym przystąpiono do wykonania prześwietlenia i założenia powódce opatrunku gipsowego. Z informacji przekazanych lekarzowi przez powódkę nie wynikały jakiegokolwiek przeciwwskazania do zastosowania leku Clexane, a jego użycie w zalecanych dawkach miało charakter profilaktyczny, a nie terapeutyczny. Należy podkreślić, że informacja o leczeniu u powódki choroby nowotworowej w drodze chemioterapii i radioterapii została podana dopiero w epikryzie zawartej w karcie leczenia szpitalnego powódki w Szpitalu (...) w Ł., w którym przebywała powódka od dnia 10 do 13 września 2004 roku., co jednak pozostaje bez żadnego związku z rozwinięciem się u powódki immunologicznej plamicy małopłytkowej.

Zdaniem Sądu uzasadnione było zaniechanie ścisłej, bieżącej kontroli poziomu płytek krwi u powódki w związku z przyjmowaniem przez nią preparatu Clexane. Wprawdzie, jak wynika z ekspertyzy Katedry i Zakładu (...) Uniwersytetu Jagiellońskiego w K., przeprowadzenie kontroli płytek krwi u powódki po podaniu 5 zastrzyków Clexane i po kolejnych zastrzykach pozwoliłoby wcześniej wykryć małopłytkowość, ale nie zapobiegłoby jej powstaniu zwłaszcza mając na uwadze jej immunologiczne podłoże.

Wystąpienie u powódki schorzenia w postaci immunologicznej plamicy małopłytkowej oraz w jej następstwie skazy krwotocznej małopłytkowej może przedstawiać się co najwyżej jako powikłanie, a zatem atypowa reakcja na prawidłowo podjęte i przeprowadzone czynności medyczne. Nie ma jednak pewności, że powyższe schorzenia rzeczywiście stanowią w ogóle atypową reakcję, a zatem pozostają w związku przyczynowym z wdrożeniem u powódki terapii lekiem Clexane. Nie zachodzi bowiem wyraźny związek pomiędzy ujawnieniem się immunologicznej plamicy małopłytkowej u powódki i jego nawrotami, które następowały pomimo braku ponownego przyjmowania przez powódkę heparyny drobnocząsteczkowej. W opinii Szpitala (...) w P. stwierdzono, że immunologiczna plamica małopłytkowa jest schorzeniem spowodowanym przez wytwarzane bez uchwytnej przyczyny autoprzeciwi ciała przeciw płytkowe. Skoro tak to mogło ono zaistnieć również z innych, nieustalonych przyczyn, a ponadto niezależnie od podawania powódce preparatu Clexane. Podobnie, nie pozostają w związku ze stosowaniem tego leku dalsze choroby, które ujawniły się u powódki, a mianowicie niedokrwienie kończyn dolnych i martwica jałowa kości udowej. Wprawdzie niedokrwienie kończyn może stanowić ostre powikłanie małopłytkowości poheparynowej, jednak u powódki tego schorzenia nie stwierdzono uznając, że małopłytkowość ma podłoże immunologiczne. W tym stanie rzeczy nie sposób doszukiwać się błędu w sztuce medycznej po stronie personelu pozwanej placówki udzielającego powódce pomocy doraźnej w dniu 20 sierpnia 2004 r. Nie została zatem zrealizowana przesłanka odpowiedzialności pozwanej na podstawie art. 430 k.c. w postaci winy podwładnego przy wykonywaniu powierzonej mu czynności. W konsekwencji, nie było także podstaw do przypisania odpowiedzialności interwientowi ubocznemu w związku z treścią umowy ubezpieczenia OC.

(wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z 08.06.2010 r. k. 371 wraz z uzasadnieniem k. 373-379)

Na skutek zaskarżenia powyższego orzeczenia przez stronę powodową Sąd Apelacyjny w Łodzi wyrokiem z dnia 17 listopada 2010 roku w sprawie o sygn. akt I ACa 792/10 uchylił wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 8 czerwca

2010 roku, sygn. akt II C 1037/05, i przekazał sprawę do ponownego rozpoznania Sądowi Okręgowemu w Łodzi, pozostawiając temu Sądowi rozstrzygnięcie o kosztach postępowania apelacyjnego.

W pierwszej kolejności Sąd Apelacyjny wskazał, że wprawdzie w świetle złożonych w sprawie opinii biegłych, zgodnie charakteryzujących chorobę powódki jako posiadającą podłoże immunologiczne, nie sposób zakwestionować ostatecznej oceny Sądu Okręgowego, że wystąpienie u powódki choroby w postaci plamicy małopłytkowej, pozostawało bez związku z zastosowanym wobec niej sposobem leczenia, jednak zgodzić należy się również z argumentem apelacji, że wobec niejednoznacznej opinii biegłych UJ, pierwotnie złożonej oraz wobec wskazania przez powódkę w toku sporu, innej niż w pozwie, podstawy faktycznej powództwa, Sąd Okręgowy winien poddać swej rozprawie kwestię wpływu zaniechania przez lekarza monitorowania płytek krwi u powódki, zalecanego w przypadku podawania preparatu Clexane, a rozwojem jej choroby, ujawnionej dopiero w chwili, kiedy była już daleko rozwinięta, nie poddawała się szybkiemu wyleczeniu i przerodziła się w chorobę przewlekłą i to z dalszymi konsekwencjami w postaci martwicy kości. Monitorowanie płytek krwi u powódki nie zapobiegłoby wprawdzie wystąpieniu choroby, ale pozwoliłoby na wcześniejsze jej ujawnienie. Nie są znane, wobec nie podjęcia przez Sąd ustaleń i rozważań w tej kwestii, możliwości opanowania choroby - plamicy małopłytkowej, jeśli ujawniona została by wczesnej fazie rozwoju. Co więcej - kontrola krwi w przypadku powódki byłaby szczególnie uzasadniona, ponieważ w przeszłości chorowała ona na ziarniaka złośliwego i do dziś pozostaje z tego tytułu pod kontrolą Poradni Chorób Krwi. Powódka wprawdzie nie informowała lekarza strony pozwanej o przebytej chorobie, ale rzeczą lekarza, który podaje pacjentowi lek wpływający na stan krwi, było wprost zadanie pacjentowi konkretnego pytania o przebyte choroby krwi. Powódka nie musiała wiedzieć, jakiego rodzaju leki i o jakim przeznaczeniu są jej przez lekarza przepisywane. Wiedza lekarza o przebytej przez powódkę chorobie ziarniaka, mogłaby być dla niego sygnałem o potrzebie zastosowania szczególnego, innego niż dla celów profilaktycznych, reżimu podawania leku Clexane, ponieważ mogłaby świadczyć o szczególnych skłonnościach organizmu powódki.

Nie rozwiązane w toku procesu pozostały zatem przedstawione wyżej wątpliwości: czy wcześniejsze ujawnienie choroby, we wczesnym stadium jej rozwoju, dzięki monitorowaniu u powódki stanu płytek krwi, miałyby wpływ na skuteczność leczenia, czy przebyta przez powódkę choroba ziarniaka złośliwego mogła być dla lekarza informacją na tyle istotną, że powinna mieć wpływ na ustalenie szczególnego reżimu podawania powódce leku Clexane, czy lekarz powinien, przepisując ten lek, zapytać wprost pacjenta o przebyte, czy obecnie istniejące choroby związane ze stanem krwi. W razie twierdzących odpowiedzi na te pytania, pozostaje do rozwiązania wątpliwość co do zakresu odpowiedzialności strony pozwanej za obecny stan zdrowia powódki. Istnienie tych wątpliwości było podstawą do przyjęcia, że sprawa co do istoty, tj. co do zasady odpowiedzialności strony pozwanej, nie została rozpoznana, a to z kolei jest podstawą stosownie do treści art. 386 § 4 kpc, do uchylenia zaskarżonego wyroku i przekazania sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania.

(wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z 17.11.2010 r. k. 400 wraz z uzasadnieniem k. 401-403)

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

W dniu 20 sierpnia 2004 roku powódka była zatrudniona w hipermarkecie C.. Około godziny 12 powódka, przebijając się przed rozpoczęciem pracy, pośliznęła się i uderzyła dużym palcem lewej nogi o szafę ubraniową. Powódka mimo to przystąpiła do pracy mając nadzieję, że ból ustanie. W trakcie pracy ból nie ustąpił, a powódce spuchła noga. Dopiero po zakończeniu pracy, około godziny 21.25 powódka została zawieziona przez męża do Wojewódzkiej (...) w Ł.. Lekarz G. F. udzielający pomocy doraźnej na miejscu nie zebrał szczegółowego wywiadu, zadał jedynie rutynowe pytania o to, czy pacjentka nie cierpi na choroby przewlekłe, i czy nie jest na coś uczulona. Po wykonaniu prześwietlenia stwierdzono u powódki nadłamanie paliczka bliższego palucha lewego. Założono powódce but gipsowy na trzy tygodnie oraz skierowano ją do poradni ortopedycznej. Równocześnie powódka otrzymała podpisane przez lekarza G. F. zlecenie wykonania wstrzyknięć podskórnych preparatu Clexane 40 mg jeden raz na dobę przez 30 dni wraz z adnotacją o treści „Apteka (...)”. Lekarz napisał ponadto powódce nazwę apteki, do której miała się zgłosić po zakup leku oraz poinformował o możliwości zgłoszenia się do lekarza pierwszego kontaktu w celu otrzymania zwolnienia lekarskiego.

(bezsporne - okoliczność przyznana przez pozwanego w odpowiedzi na pozew - k. 22; zeznania świadka G. F. k. 63v-64; zeznania powódki k. 365v-366; zlecenie wykonania wstrzyknień k. 9; karta informacyjna i zaświadczenie k. 12, zeznania powódki protokół rozprawy z 21.03.2014r. – 00:11:32)

Powódka stosując się do zaleceń lekarza codziennie przyjmowała jeden zastrzyk. W dniu 10 września 2004 roku, po zażyciu 20 zastrzyków, powódka zaczęła krwawić z nosa, jamy ustnej, dróg rodnych, zauważyła na ciele rozsiane wybroczyny, była zmęczona, miała dreszcze. Powódka została zawieziona na konsultację na Oddział (...) Szpitala im. (...) w Ł., a następnie przetransportowana do Szpitala (...)w Ł.. Lekarze zostali poinformowani o tym, iż powódka była leczona przez 20 dni heparyną w dawce 40 mg, a także poddana była chemio- i radioterapii przebytej w 1987 r. z powodu ziarnicy złośliwej. Badanie morfologiczne wykazało brak płytek krwi. Zgodnie z zaleceniem hematologa chorej podano sterydy- Encorton w dawce 60 mg i przetoczono łącznie 10 jednostek preparatu płytek krwi, uzyskując w kontrolnej morfologii wzrost poziomu płytek do 3000. Po telefonicznym porozumieniu z prof. dr. hab. T. R., chorą w dniu 13 września 2004 roku. przewieziono do Kliniki (...) przy Szpitalu im. (...) w Ł.

(bezsporne; karta informacyjna k. 13; zaświadczenie k. 85-85v, zeznania powódki protokół rozprawy z 21.03.2014r. – 00:11:32)

W okresie od 13 września 2004 roku do 30 września 2004 roku powódka była hospitalizowana w Klinice (...) przy Szpitalu im. (...) w Ł. celem dalszej diagnostyki i leczenia noworozpoznanej skazy krwotocznej małopłytkowej. W wywiadzie powódka poinformowała lekarzy o przeżytym chłoniaku Hodgkina, leczonym chemio- i radioterapią w 1987 r., w stanie remisji o kilkunastu lat. W wykonanym badaniu morfologicznym szpiku kostnego stwierdzono zaledwie pojedyncze nie płytkujące megakariocyty. Włączono leczenie steroidami, początkowo Encortonem w dawce 60 mg na dobę następnie w dniach od 24 do 27 września 2004 roku podawano chorej Dexaven w dawce 40 mg/dobę, uzyskując poprawę objawów skazy krwotocznej, jednak bez poprawy poziomu płytek w krwi obwodowej. W dniu 23 września 2004 roku zdjęto powódce opatrunek gipsowy.

(karta informacyjna k. 14-15; wynik badania morfologicznego szpiku kostnego k. 16; wynik badania morfologicznego i biochemicznego k. 17)

W dniu 30 września 2004 r. powódka została wypisana do domu z zaleceniem dalszej opieki w Poradni (...) i wizyty za 7 dni.

(karta informacyjna k. 15)

Zarówno w trakcie pobytu w szpitalu, jak i po powrocie do domu powódka była bardzo osłabiona i wymagała opieki ze strony męża oraz siostry B. J.. Powódka była także zawożona na badania krwi i do sklepów przez siostrę B. J. i sąsiada P. K.. Kiedy osoby te nie mogły udzielić jej pomocy w tym zakresie, mąż powódki zamawiał taksówki. Powódka przekazywała siostrze kwoty po 20 i 50 zł na koszty związane z opieką nad nią. Sąsiad P. K. pomagał powódce nieodpłatnie. Powódka używała m.in. leku Novit, koszt jednej kuracji wynosił około 100 zł. Powódka jeździła także na konsultacje lekarskie do W..

(zeznania świadków: B. J. k. 57v-58, P. K. k. 49v; zeznania powódki k. 366)

Powódka w kolejnych latach pozostawała pod opieką Katedry i Kliniki (...) w Ł. przy Wojewódzkim Szpitalu (...) w Ł. z powodu małopłytkowości autoimmunologicznej. Przedmiotową placówką kierował wówczas ordynator prof. T. R.. Po dłuższym okresie sterydoterapii płytki uległy normalizacji, dlatego powódka do marca 2006 roku pozostawała bez leczenia.

W maju 2006 roku u powódki na skórze kończyny dolnej prawej pojawiły się zmiany mogące odpowiadać półpaścowi (pęcherzyki wtórnie ukrwotocznione). W okresie od 22 maja 2006 r. do 8 czerwca 2006 r. powódka była hospitalizowana w Klinice z powodu małopłytkowości (1000 płytek) narastającej mimo sterydoterapii ambulatoryjnej. W trakcie pobytu w Klinice zastosowano sterydoterapię oraz leki przeciwwirusowe. Uzyskano wzrost liczby płytek

do 30 000. Powódka została wypisana do domu w stanie ogólnym dobrym z zaleceniem odbycia kontroli w poradni hematologicznej po upływie tygodnia.

(karta informacyjna k. 116-118; dokumentacja medyczna k. 86-96, 107-111, 119, zeznania powódki protokół rozprawy z 21.03.2014r. – 00:11:32)

W ostatnich latach i powódki ujawniły się również inne schorzenia w postaci zwężenia szpary stawowej stawu biodrowego lewego oraz martwica głowy kości udowej lewej.

(wynik badania radiologicznego i skierowanie k. 213, 277; wyniki badań, skierowanie, wydruki k. 225-231, zeznania powódki protokół rozprawy z 21.03.2014r. – 00:11:32)

Wyrokiem z dnia 13 grudnia 2005 r. Sąd Rejonowy dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi, XI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w sprawie o sygn. XI U 437/05 oddalił odwołanie powódki od decyzji ZUS z dnia 9 marca 2005 r., na podstawie której przyznano powódce prawo do jednorazowego odszkodowania z tytułu stałego uszczerbku na zdrowiu będącego następstwem wypadku przy pracy, jakiemu M. W. uległa w dniu 20 sierpnia 2004 r. Na mocy zaskarżonej decyzji ustalono także, że stały uszczerbek na zdrowiu powódki wynosi 4% i z tego tytułu wysokość jednorazowego odszkodowania wynosi 1.496 zł.

(wyrok z uzasadnieniem k. 60-71 załączonych akt XI U 437/05)

W okresie zatrudnienia powódki w (...) sp. z o.o. I Oddział w W. jej wynagrodzenie brutto wynosiło:

- w styczniu 2004 r.- 869 zł;

- w lutym 2004 r.-910 zł;

- w marcu 2004 r.- 910 zł;

- w kwietniu 2004 r.- 914 zł;

- w maju 2004 r.- 910 zł;

- w czerwcu 2004 r.- 912 zł;

- w lipcu 2004 r.-910 zł;

- w sierpniu 2004 r.- 915 zł;

- we wrześniu 2004 r.- 1.021 zł;

- w październiku 2004 r.- 1.055 zł;

- w listopadzie 2004 r.- 1.221 zł;

- w grudniu 2004 r.- 1.055 zł;

- w styczniu 2005 r.- 1.581 zł.

(zaświadczenie- k. 162)

Na podstawie decyzji ZUS z dnia 12 września 2006 r. Powódka uzyskała prawo do renty z tytułu całkowitej niezdolności od pracy od dnia 1 lipca 2006 r. do 31 sierpnia 2008 r. w kwocie 619, 09 zł.

W decyzji z dnia 6 lipca 2007 r. ZUS na wniosek powódki wstrzymał od dnia 1 lipca 2007 r. wypłatę renty z tytułu niezdolności do pracy od najbliższego terminu płatności świadczenia.

(decyzje ZUS k. 145, 214)

Powódka w wyniku wypadku z dnia 20 sierpnia 2004 r. doznała nadłamania paliczka podstawowego palucha stopy lewej. Powódka w ramach pomocy doraźnej została zaopatrzona w Wojewódzkiej (...) w Ł., tj. założono jej opatrunek gipsowy podudziowo-stopowy (but gipsowy) na okres 3 tygodni oraz zaordynowano stosowanie leku przeciw-zakrzepowego (heparyny drobnocząsteczkowej) Clexane 40 mg przez okres 30 dni. Powódkę skierowano do dalszego leczenia w Poradni (...). Zastosowane w odniesieniu do powódki postępowanie medyczne było prawidłowe i zgodne z zasadami profilaktyki żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej w ortopedii i traumatologii narządu ruchu. Według tych zasad w przypadku leczenia zachowawczego złamań w obrębie kończyn dolnych z unieruchomieniem w opatrunku gipsowym należy stosować profilaktykę przeciwzakrzepową przez czas trwania unieruchomienia i przez 5-7 dni po jego usunięciu.

Lekarz zalecający leki przeciwzakrzepowe winien zebrać wywiad chorobowy odnośnie do istnienia przeciwwskazań bezwzględnych lub względnych do stosowania tych leków.

Każdy pacjent po założeniu opatrunku gipsowego unieruchamiającego i zaleceniu stosowania leków przeciwzakrzepowych powinien być kontrolowany przez lekarza w warunkach ambulatoryjnych.

G. F., lekarz zaopatrujący powódkę w dniu 20 sierpnia 2004 roku zalecił dalsze leczenie w Poradni (...).

(opinia biegłego sądowego z zakresu ortopedii i traumatologii M. S.k. 69-70)

Przeprowadzenie kontroli płytek krwi u powódki po podaniu 5 zastrzyków Clexane 40 i po kolejnych zastrzykach pozwoliłoby zmniejszyć ryzyko krwawień i pozwoliłoby na wcześniejszą interwencję specjalistyczną w związku z rozwijającą się małopłytkowością. W ulotce dotyczącej preparatu w dziale poświęconym monitorowaniu ilości płytek krwi mowa jest o kontroli ich ilości w 5 i 21 dniu. Przestrzeganie zasad ostrożności w leczeniu preparatem pozwoliłoby na wcześniejsze zorientowanie się, iż ilość płytek jest nieprawidłowa, natomiast nie zapobiegłoby to rozwojowi małopłytkowości na podłożu immunologicznym. W przypadku powódki istotna była kwestia przestrzegania reguł ostrożności zalecanych przez producenta.

(opinia Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej (...) J. w K. k. 192 w zw. z k. 351; ulotka dotycząca preparatu C. k. 11)

U powódki rozpoznano immunologiczną plamicę małopłytkową i chorobę Hodgkina (w wywiadzie). Immunologiczna plamica małopłytkowa jest schorzeniem spowodowanym przez wytwarzane bez uchwytnej przyczyny autoprzeciwciała przeciw płytkowe.

Małopłytkowość poheparynowa charakteryzuje się zazwyczaj spadkiem liczby płytek krwi do wartości 30, 0-50,0 G/l, ustępuje najczęściej samoistnie po kilku dniach lub tygodniach od zakończenia podawania heparyny, niezwykle rzadko występuje po heparynach drobnocząsteczkowych. Powyższe stwierdzenia, długotrwałe utrzymywanie się małopłytkowości, jej przebieg oraz nawrót choroby bez związku z leczeniem heparyną przeczą rozpoznaniu u powódki małopłytkowości poheparynowej.

Skaza krwotoczna małopłytkowa u powódki nie była następstwem przyjęcia 20 zastrzyków preparatu Clexane 40 mg, wynikała natomiast z immunologicznej plamicy małopłytkowej. U powódki nie istniały jakiegokolwiek przeciwwskazania do zastosowania leków przeciwkrzepliwych (nie występowały objawy skazy krwotocznej oraz ujemny wywiad).

(opinia Szpitala (...) w P. k. 240-241; uzupełniająca opinia Szpitala (...) w P. k. 269)

Stosowanie heparyny drobnocząsteczkowej (Clexane) w dawkach profilaktycznych nie wymaga monitorowania parametrów układu krzepnięcia, w tym liczby płytek. Badania te są niezbędne przy stosowaniu dawek terapeutycznych (lecniczych).

Niebezpieczeństwo ponownego wystąpienia małopłytkowości poheparynowej może utrzymywać się przez wiele lat przy powtórnych włączeniu leczenia heparyną co nie miało miejsca u powódki.

Niedokrwienie kończyn może być powikłaniem występującym w trakcie leczenia heparyną drobnocząsteczkową, towarzyszącą małopłytkowości poheparynowej. U powódki stwierdzono występowanie niedokrwienia kończyn po upływie około 4 lat od leczenia heparyną drobnocząsteczkową, czyli obecne niedokrwienie nie ma związku z wcześniejszym leczeniem enoxaparyną.

(uzupełniająca opinia Szpitala (...) w P. k. 269 w zw. z k. 297)

Martwica jałowa kości i niedokrwienie kończyn dolnych są to dwie różne jednostki chorobowe. Oba te powikłania nie mają związku z podawaniem powódce enoxaparyny (Clexane), ponieważ niedokrwienie kończyn może być ostrym powikłaniem małopłytkowości poheparynowej w postaci tzw. białego zakrzepu (jest to stan zagrożenia życia i wymaga stosowania innych leków przeciwkrzepliwych), natomiast u powódki nie rozpoznano ostrego niedokrwienia kończyn dolnych w trakcie leczenia enoxaparyną brak było również podstaw do rozpoznania małopłytkowości poheparynowej. Martwica jałowa głowy kości udowej u powódki nie powstała na skutek podawania leku enoxaparyna.

(uzupełniająca opinia Szpitala (...) w P. k. 297)

Z wytycznych w postaci „Zasad profilaktyki żylnych choroby zakrzepowo - zatorowej w ortopedii i traumatologii narządu ruchu” z 2004 roku wynika, iż przypadku leczenia zachowawczego złamań w obrębie kończyn dolnych z unieruchomieniem w opatrunku gipsowym lub w ortezie obejmującej dwa (lub więcej) segmenty kończyny, zaleca się stosowanie profilaktyki przeciwzakrzepowej zgodnie ze SCHEMATEM 1 przez czas trwania unieruchomienia i przez 5-7 dni po jego usunięciu. Planując zastosowanie profilaktyki przeciwzakrzepowej należy bezwzględnie, każdorazowo uwzględnić stan ogólny pacjenta, współistnienie chorób dodatkowych.

SCHEMAT 1 znajdujący się wytycznych zawiera zalecenia o stosowaniu enoxaparyny (Clexane) w jednorazowej dawce dobowej 0,4 ml (40 mg) dla chorych o masie ciała pomiędzy 51 kg a 70 kg.

(wytyczne „Zasady profilaktyki żylnych choroby zakrzepowo - zatorowej w ortopedii i traumatologii narządu ruchu k. 71- 74)

Tzw. HIT (heparin – induced thrombocytopenia) jest niezmiernie rzadkim powikłaniem leczenia heparynami drobnocząsteczkowymi <math>\leq 1\%</math>, małopłytkowość nie sięga wartości <math>\leq 10\text{G/L}</math> i ustępuje po zaprzestaniu podawania leku. Całość wskazuje na pierwotną małopłytkowość immunizacyjną (ITP), która występuje głównie u kobiet, wymaga leczenia steroidami i często ma charakter nawrotowy. Choroba ujawnia się nagle, często poprzedzona jest infekcją wirusową. Ryzyko groźnych dla życia powikłań krwotocznych jest niewielkie. Liczba płytek krwi zapewniająca prawidłowe krzepnięcie to około  $30 \times 10^9/\text{L}$ .

Całość przebiegu klinicznego powódki nie wskazuje na związek pomiędzy zastosowaniem heparyny drobnocząsteczkowej, w tym przypadku preparatu Clexane, a rozwojem małopłytkowości. Choroba najpewniej był obecna wcześniej, nie dawała jednak żadnych objawów.

W przypadku znacznej małopłytkowości występuje ryzyko krwotoków wewnętrznych, w tym krwawień do ośrodku układu nerwowego. Każdy krwotok do OUN jest bezpośrednim zagrożeniem życia. Małopłytkowość często ma charakter nawrotowy i jest oporna na leczenie. Mogło zdarzyć się tak, że podanie powódce heparyny ujawniło wystąpienie ITP. Jeżeli powódka kontrolowałaby wcześniej płytki krwi lub morfologię, istniałaby możliwość wcześniejszego zareagowania. Podanie heparyny powódce pozwoliło ujawnić się tej chorobie, ponieważ heparyna

również powoduje zaburzenie krzepnięcia o zupełnie jednak innym mechanizmie. Podawanie heparyny nie miało wpływu na rozwój małopłytkowości, a co najwyżej jej nasilenie.

Zarówno w przypadku zespołu HIT, jak i ITP pacjent może nie cierpieć na żadne dolegliwości, badanie fizykalne jest prawidłowe. Jednak u chorych z ITP często pierwszym objawem jest krwawienie ze śluzówek, nosa, skaza na skórze.

Kryteria rozpoznania zespołu HIT zakładają, że płytki krwi obniżają się w okresie 5-15 dni od rozpoczęcia leczenia heparyną. Nie jest znany przypadek, żeby płytki krwi osiągnęły wartość zero, jak w przypadku powódki. Zakładając u powódki małopłytkowość ITP, mogło do tego dojść w ciągu kilku godzin. Ta choroba pojawia się nagle, jej postęp może być gwałtowny.

W przypadku małopłytkowości ITP ryzyko powikłań dla życia jest stosunkowo niewielkie. W przypadku powódki, u której poziom płytek krwi wynosił zero, ryzyko groźnych dla życia powikłań istniało. Możliwość opanowania choroby jest jednolite i stanowi standard postępowania, tj. stosuje się kortykosteroidy w dawkach dostosowanych do masy ciała oraz przetacza się preparaty mas płytkowych. Postępowanie nie różni się istotnie w przypadku płytek o ilości zero, czy 1.000. Różnice pojawiają się przy wyższych wartościach płytek.

Leczenie ITP wdraża się w każdym przypadku ujawnienia się cech jawnej skazy krwotocznej małopłytkowej i/lub gdy liczba płytek wynosi  $<20-30 \times 10^9/l$ . W przypadku liczby płytek powyżej  $30 \times 10^9/l$  (tzw. minimum hemostatyczne) bez cech skazy można pacjenta poddać jedynie obserwacji.

Sposób podania powódce leku Clexane było prawidłowe. Informacja producenta na ulotce może dotyczyć jednego przypadku na tysiąc. Lek Clexane stosowany jest zgodnie z zaleceniami producenta. Ten lek był stosowany zgodnie z rejestracją jako profilaktyka zakrzepicy po urazie. Zalecenia producenta co do sposobu stosowania leku są wiążące dla lekarza, z tym że każdy przypadek jest jedyny i indywidualny, a lekarz leczy zgodnie ze swoją wiedzą i doświadczeniem.

Kontynuowanie zażywania leku Clexane mogło doprowadzić do groźnych dla życia powikłań, w tym krwotoku wewnętrznego. Nie istnieją odległe uboczne skutki małopłytkowości. Mogą być odległe skutki terapii kortykosteroidami. Skutki takiej terapii mogą dotyczyć żołądka, kości, wielu różnych narządów, natomiast w tej sytuacji leczenie takie jest standardem postępowania na świecie. Czasowa odległość wystąpienia objawów ubocznych leczenia steroidami jest sprawą indywidualną. U części chorych objawy pojawiają się w ciągu roku, a u części z nich objawów tych nigdy się nie zaobserwuje. Martwica głowy kości udowej może mieć związek ze stosowaniem steroidów.

Przed włączeniem jakiegokolwiek leku konieczne jest zebranie wywiadu dotyczącego chorób przebytych i towarzyszących oraz stosowanych leków. W każdym przypadku regularna kontrola morfologii krwi pozwala na wcześniejsze postawienie rozpoznania choroby (dotyczy to wielu chorób układu krwiotwórczego). W tym konkretnym przypadku badanie liczby płytek krwi po 14 dniach od rozpoczęcia leczenia preparatem Clexane mogło zwrócić uwagę na obniżenie wartości płytek krwi i stanowić wskazanie do wdrożenia właściwego leczenia (np. steroidami, jeśli byłaby taka konieczność).

Rozpoznanie ITP następuje najczęściej w momencie pojawienia się cech skazy (tak jak w przypadku analizowanym). Leczeniem z wyboru są steroidy, jednak u znacznej części pacjentów choroba ma charakter nawrotowy i oporny. Konieczne jest wtedy wdrożenie leczenia II linii. Należy podkreślić, że nie każdy przypadek ITP wymaga zastosowania leczenia. W przypadku liczby płytek krwi  $>30 \times 10^9/L$  bez objawów skazy, chory wymaga jedynie obserwacji. W przypadku powódki możliwość opanowania choroby było takie same niezależnie od czasu ujawnienia się choroby.

Nie istnieje związek przyczynowy pomiędzy wystąpieniem niedokrwienia kończyn dolnych i martwicy jałowej kości udowej u powódki a wystąpieniem małopłytkowości.

(pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu hematologii G. H. k. 434 – 435 wraz z ustnymi opiniami uzupełniającymi k. 499v – 500, k. 52-54 załączonych akt o sygn. I Cps 15/13, pisemną opinią uzupełniającą k. 532 -534)



Nie jest zgodne ze standardami postępowania zastosowanie leku przeciwkrzepliwego bez ukierunkowanego wywiadu lekarskiego w kierunku zaburzeń krzepnięcia, jak również zaordynowanie leku przeciwkrzepliwego na okres 30 dni bez kontroli lekarskiej. Wiedza lekarska obejmuje zalecenia producenta leku, w tym dawkowanie, jednak w praktyce klinicznej stosowane są także leki we wskazaniach pozarejestacyjnych w oparciu o wieloletnie doświadczenie i udowodnioną skuteczność popartą publikacjami i stanowiskiem ekspertów.

Pacjent leczony przeciwkrzepliwie, w tym preparatem Clexane, powinien być pod kontrolą lekarską, a czas stosowania leku zależy od sytuacji klinicznej. W przypadku powódki ryzyko wystąpienia HIT było małe (<0,1%), co zgodnie z sugestiami ekspertów, które zostały zawarte w Wytycznych Profilaktyki i Leczenia Żylnej Choroby Zakrzepowo – Zatorowej – monitorowanie liczby płytek krwi nie jest konieczne. Niewykonywanie rutynowej kontroli płytek krwi nie jest jednoznaczne z brakiem kontroli lekarskiej. Monitorowanie liczby płytek u chorych leczonych heparyną drobnocząsteczkową jest zalecane w grupie ryzyka HIT >0,1%, w u powódki ryzyko wynosiło <0,1%.

Sformułowanie „niewykonywanie rutynowej kontroli płytek krwi” nie jest jednoznaczne z „brakiem kontroli lekarskiej”, tzn. w trakcie kontroli pacjent może być przez lekarza zbadany, mogą być zlecone inne badania, niekonieczne kontrola liczby płytek krwi. W przypadku powódki, która znajduje się w grupie niskiego ryzyka wystąpienia HIT, nie było konieczności rutynowej kontroli liczby płytek krwi.

(pisemna opinia uzupełniająca biegłego sądowego z zakresu hematologii G. H. k. 532 -534 wraz z ustną opinią uzupełniającą k. 52-54 załączonych akt o sygn. I Cps 15/13 )

W przypadku powódki nie można było uniknąć leczenia steroidami ze względu na bardzo niską liczę płytek krwi oraz współistniejące objawy skazy małopłytkowej. Bez względu na wcześniejsze ujawnienie u powódki ITP, przy okazji realizowania zaleceń producenta odnośnie kontroli płytek, powódka i tak wymagała leczenia steroidami.

(pisemna opinia uzupełniająca biegłego sądowego z zakresu hematologii G. H. k. 532 -534, 552, )

Do oceny ryzyka wystąpienia zakrzepicy żyłnej obecnie stosuje się tzw. skalę Capriniego. Oceny skali ryzyka wystąpienia zakrzepicy żyłnej u powódki w następstwie wypadku z dnia 20 sierpnia 2004 roku można dokonać również na podstawie aktualnych „Polskich wytycznych profilaktyki i leczenia żyłnej choroby zakrzepowo - zatorowej”. W opracowaniu tym zamieszczana jest tabela służąca od oceny stopnia ryzyka wystąpienia zakrzepicy żyłnej. Ocena dokonywana na podstawie wszystkich przywołanych publikacji wskazuje, że u powódki w okresie około wypadkowym istniało ryzyko wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo - zatorowej. Ryzyko to było związane z izolowanym złamaniem kości prawego palucha oraz unieruchomieniem gipsowym prawego podudzia w bucie gipsowym na okres 3 tygodni. Stopień nasilenia tego ryzyka należy ocenić jako „mały” (w trzystopniowej skali Capriniego) i jako „pośredni” według trzystopniowej skali Wellsa.

W okresie okołowypadkowym masa ciała powódki wynosiła 68 kg, a jej wzrost 155 cm, BMI = 28,3 kg/m<sup>2</sup>. Profilaktyczna dawka enoksaparyny (lek Clexane) dla pacjentki o masie ciała mieszczącej się w przedziale 51 - 70 kg wynosi od 30 do 40 na dobę (lub wg innych wyliczeń: 1 mg na kg masy ciała), w jednorazowym wstrzyknięciu podskórnym. Dawka enoksaparyny zlecona powódce przez lekarza Pogotowia (...) mieściła się w granicach prawidłowych, a nawet mogła być wyższa.

Zasady wystawiania recepty podane przez Narodowy Fundusz Zdrowia są następujące:

Osoba wystawiająca receptę może przepisać dla jednego pacjenta jednorazowo i maksymalnie, przy podaniu na recepcie sposobu dawkowania:

1. ilość leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, medycznego niezbędną pacjentowi do maksymalnie 90-dniowego stosowania wyliczonego na podstawie określonego na recepcie sposobu dawkowania.

2. na jednej recepcie można przepisać pojedynczą ilość leku recepturowego, na podstawie przepisów określających leki, które mogą być traktowane jako surowce farmaceutyczne stosowane przy sporządzaniu leków recepturowych.

Osoba uprawniona wystawiająca receptę może wystawić do trzech recept na następujące po sobie okresy stosowania nieprzekraczające łącznie 90 dni stosowania. Zatem wystawienie powódce recepty na 30 ampulkostrzykawkę leku Clexane w dawce 40 mg całkowicie mieściło się w dozwolonych granicach.

Profilaktykę przeciwzakrzepową najczęściej z użyciem HDCz, stosuje się standardowo w niektórych krajach europejskich. Zakrzepica żył głębokich, potwierdzona w badaniu USG kończyn dolnych, występuje około 2-krotnie rzadziej u chorych, u których stosowano profilaktykę przeciwzakrzepową, w porównaniu z chorymi, u których takiej profilaktyki nie stosowano, natomiast zatorowość płucna jest zagrożeniem życia - i te okoliczności stanowią podstawę medyczną stosowania profilaktyki przeciwzakrzepowej u pacjentów - również dotyczą powódki.

Takie obrażenie, jakie wystąpiło u powódki, wg nomenklatury stosowanej w „Wytycznych Profilaktyki i Leczenia Żyłnej Choroby Zakrzepowo - Zatorowej” nosi nazwę: „Izolowane obrażenia dolnego odcinka kończyny dolnej i unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie”. Żyłna choroba zakrzepowo - zatorowa to choroba interdyscyplinarna, występuje w całym szeregu obszarów patologii ludzkiej. Jej leczeniem zajmują się w szczególności chirurg naczyniowy, hematolog. Obecnie sugeruje się stosowanie HDCz w dawce profilaktycznej (w zaleceń producenta) u chorych z izolowanymi obrażeniami kończyn dolnych, u których zastosowano unieruchomienie - do czasu zdjęcia opatrunku gipsowego lub ortezy, szczególnie u chorych ze złamaniem bliższej nasady kości piszczelowej oraz u chorych w podeszłym wieku i/lub otyłych. „Zasady profilaktyki żyłnej choroby zakrzepowo - zatorowej w ortopedii i traumatologii narządu ruchu” z 2004 roku ustalają, iż stosowanie profilaktyki przeciwzakrzepowej w ortopedii i traumatologii narządu ruchu jest koniecznością oraz, że w praktyce ambulatoryjnej (co dotyczy powódki), w przypadku leczenia złamań w obrębie kończyn dolnych z unieruchomieniem w opatrunku gipsowym obejmującym dwa (i więcej) segmenty kończyny (czyli tak jak i powódki: stopę i podudzie) zaleca się stosowanie profilaktyki przeciwzakrzepowej z użyciem enoksaparyny (Clexane) w jednorazowej dawce dobowej 0,4 ml (40 mg) dla chorych o masie ciała pomiędzy 51 kg a 70 kg, czyli tak jak zastosowano u powódki. Zatem dawka Clexane zalecana powódce przez lekarza pogotowia był prawidłowa i adekwatna do poziomu ryzyka wystąpienia u niej zakrzepicy żyłnej. Postępowanie lekarza było prawidłowe, po założeniu opatrunku gipsowego powinien zlecić profilaktykę antyzakrzepową oraz dalsze kontrole w poradni ortopedycznej. W (...) Pogotowia (...) udziela się pomocy doraźnej.

Każdy lek posiada urzędowe świadectwa, atest, który nazywa się w skrócie CHPL, charakterystyka produktu leczniczego. Występuje on w formie ulotek znajdujących się w pudełkach z opakowaniami. Zawarte są tam bardzo szczegółowe wytyczne. W tej charakterystyce producent zawiera szczegółowe wskazówki, których nie ma w innych opracowaniach. Uwaga producenta dotyczy wymogu stosowania się do wskazań producenta, który rozszerza wiedzę w przedmiocie różnych powikłań i działań leku. Lekarz jest związany zaleceniami producenta, może zastosować lek odmiennie od tych wskazań, ale to on wtedy ponosi pełną odpowiedzialność.

Istnieje zalecenie, iż w trakcie zażywania Heparyny, kontrolować poziom płytek krwi, bowiem jednym z jej działań ubocznych jest niska ilość płytek krwi. Takie badanie powinno wykonywać się raz w miesiącu. Po wdrożeniu profilaktyki poprzez wstrzykiwanie Heparyny u osób, u których przewiduje się dłuższe leczenie, rozpoczyna się także ustne przyjmowanie preparatów przeciwkrzepliwych, zupełnie z innej grupy niż Heparyna. Jeżeli przewiduje się dożywnie leczenie Heparyną to pacjenci muszą zażywać antykoagulanty. W toku takiej terapii pacjent musi regularnie badać układ krzepnięcia z uwagi na to, że leki te mają bardzo niski próg tolerancji i łatwo je przedawkować. Regularna kontrola ilości płytek krwi jest konieczna w szczególności w leczeniu, a nie przy profilaktyce.

Profilaktykę przeciwzakrzepową zleca się automatycznie przy wystąpieniu ryzyka zakrzepicy. Oczywiście, uwzględnia się stan pacjenta i jego przeszłość chorobową, w szczególności przeciwwskazania do stosowania leków obniżających krzepliwość krwi. Powódka chorowała na ziarnicę złośliwą - chłoniak Hodgkina, który jest niezależnym czynnikiem ryzyka wystąpienia zakrzepicy. Oznacza to, że u pacjentów z tą chorobą, ryzyko wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo

– zatorowej jest większe niż u ludzi zdrowych. Stosowanie profilaktyki przeciwzakrzepowej u tych pacjentów jest zalecane.

W polskiej służbie zdrowia nie obowiązują dotychczas tzw. standardy medyczne - wytyczne dla lekarza, punkt po punkcie, jak należy postępować w danym przypadku chorobowym, jakie dodatkowe badania należy obowiązkowo wykonać oraz jakie leczenie należy obowiązkowo wdrożyć. W Polsce lekarz nadal w oparciu o wiedzę lekarską, doświadczenie zawodowe własne i kolegów, na podstawie badania lekarskiego podmiotowego i przedmiotowego ustala rozpoznanie, zleca takie badania diagnostyczne, które jego zdaniem są bezwzględnie konieczne. Niemniej jednak polskiego lekarza obowiązuje w stosunku do chorego postępowanie zgodne z aktualną wiedzą i sztuką lekarską, zgodne z zaleceniami (algorytmami) autorytetów medycznych, ośrodków klinicznych, ośrodków naukowych. Takim wzorcem postępowania w przypadkach profilaktyki żyłnej choroby zakrzepowo - zatorowej są Wytyczne Profilaktyki i Leczenia Żyłnej Choroby Zakrzepowo - Zatorowej lub „Zasady profilaktyki żyłnej choroby zakrzepowo - zatorowej w ortopedii i traumatologii narządu ruchu” z 2004 roku.

Za podstawę naukową stanu wiedzy dotyczącej profilaktyki żyłnej choroby zakrzepowo - zatorowej na dzień wypadku u powódki przyjęto „Zasady profilaktyki żyłnej choroby zakrzepowo - zatorowej w ortopedii i traumatologii narządu ruchu” z 2004 roku, które nie są obowiązującym aktem prawnym, ani standardem postępowania. Stanowią one sumę wiedzy w danej dziedzinie medycyny i wskazówki dla lekarzy odnośnie sposobu postępowania w praktyce zawodowej. Każdy lekarz w Polsce podejmuje indywidualnie decyzje w oparciu o własną wiedzę i doświadczenie zawodowe.

(pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu chirurgii ogólnej, naczyniowej M. G. k. 612 - 616 wraz z ustną opinią uzupełniającą protokół rozprawy z 21.01.2014r. - 00:02:35)

Celami działania pozwanej Wojewódzkiej (...) w Ł. jako samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej są:

- podejmowanie medycznych działań ratowniczych w warunkach przedszpitalnych;

- udzielanie świadczeń medycznych w zakresie doraźnej pomocy wyjazdowej i ambulatoryjnej;
- zapewnienie ludności hospitalizacji wynikającej z uprzednich medycznych działań ratowniczych;
- prowadzenie ambulatoryjnej działalności medycznej w zakresie podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej.

(odpis z KRS k. 25)

Pozwana Wojewódzka (...) w Ł. w okresie od 1 stycznia 2004 roku do 31 grudnia 2004 roku była ubezpieczona w zakresie OC na podstawie umowy ubezpieczenia zawartej w dniu 9 stycznia 2004 roku z (...) S.A. Oddział Okręgowy w Ł.. Zakres ubezpieczenia obejmował odpowiedzialność cywilną deliktową i kontraktową związaną z prowadzoną działalnością o charakterze medycznym, w tym odpowiedzialność za szkody wyrządzone pacjentom w związku ze świadczeniem usług medycznych/zdrowotnych.

(polisa ubezpieczenia OC k. 26)

Sąd dokonując ustaleń faktycznych, oparł się na powołanych wyżej dowodach. Wydane opinie przez biegłych Sąd uznał za rzetelne i wyjaśniające wszystkie konieczne do rozstrzygnięcia kwestie. Zostały one wykonane zgodnie z tezami dowodowymi w oparciu o analizę akt sprawy, zaś wszelkie zgłaszane przez strony wątpliwości zostały wyjaśnione w pisemnych i ustnych opiniach uzupełniających złożonych na rozprawie.

Postanowieniem z dnia 21 stycznia 2014 roku Sąd oddalił wniosek strony powodowej o dopuszczenie biegłego z zakresu farmakologii z uwagi na to, iż okoliczności dotyczące stosowania i prawidłowego dawkowania leku Clexane zostały w sposób wyczerpujący wyjaśnione w opiniach wydanych przez Katedrę i Zakład (...)Uniwersytetu Jagiellońskiego w K. oraz biegłych sądowych G. H. i M. G.. W związku z tym Sąd uznał, że przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego z zakresu farmakologii jest bezcelowe i zmierzające jedynie do zbędnego przedłużania procesu oraz zwiększania jego kosztów.

Na rozprawie w dniu 21 marca 2014 roku Sąd oddalił także wniosek powódki o reasumpcję postanowienia w zakresie dopuszczenia dowodu z opinii biegłego z zakresu farmakologii oraz dopuszczenie dowodu z zakresu ortopedii na okoliczność, czy w wypadku stosowania profilaktyki przeciwzakrzepowej u powódki i charakteru doznanego przez nią uszczerbku oraz powstania zakrzepicy z takiego rodzaju zaopatrzenia, jakiego udzielono powódce, dawka leku była prawidłowa, zarówno co do dawki jednostkowej, jak i tej zleconej przez lekarza, uznając, iż na tle ustalonego stanu faktycznego, a przede wszystkim braku szkody pozostającej w związku przyczynowym z błędem lekarskim, jaki miało być przepisanie przez lekarza z Wojewódzkiej (...) w Ł. preparatu Clexane i nieskierowanie na badania kontroli poziomu płytek krwi, dopuszczenie w/w dowodów było bezcelowe.

### **Sąd zważył, co następuje:**

Powództwo zasługiwało na częściowe uwzględnienie.

Wojewódzka (...) w Ł. zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (w brzmieniu na dzień 20 sierpnia 2004 r. - Dz. U. z 2003 r. Nr 171, poz. 1663, jak i według t.j. ogłoszonego w Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.) ma status samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Jak powyżej ustalono, zgodnie z wpisem w Krajowym Rejestrze Sądowym do celów działania tego podmiotu należy m.in. udzielanie świadczeń medycznych w zakresie doraźnej pomocy wyjazdowej i ambulatoryjnej oraz prowadzenie ambulatoryjnej działalności medycznej w zakresie podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej. Jak stanowi art. 33 ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej publiczny zakład opieki zdrowotnej udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych osobom ubezpieczonym oraz innym osobom, uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów, nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością. Udzielanie tego typu świadczeń przez publiczny zakład opieki zdrowotnej z reguły nie może być jednak uznane za wykonywanie władzy publicznej w rozumieniu art. 417 k.c., wobec czego odpowiedzialność takiego podmiotu musi być rozważana na podstawie innych przepisów prawa cywilnego, zwłaszcza art. 430 k.c. (G. Bieniek w: Komentarz do kodeksu cywilnego. Księga trzecia. Zobowiązania. Tom I, Warszawa 2009, s. 380).

Mając powyższe na względzie wskazać należy, iż podstawę odpowiedzialności publicznego zakładu opieki zdrowotnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych stanowi właśnie art. 430 k.c., zgodnie z którym kto na własny rachunek powierza wykonywanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności.

Między osobą powierzającą wykonanie czynności a tym, komu czynność powierzono, musi istnieć stosunek zwierzchnictwa i podporządkowania. Zwierzchnikiem jest ten, kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy jej wykonywaniu podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek. Zakład opieki zdrowotnej (szpital) ponosi odpowiedzialność za błędy organizacyjne i zaniedbania personelu medycznego oraz za naruszenie standardów postępowania i procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, skutkiem czego są poważne szkody doznane przez pacjenta (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie z dnia 12 października 2006 roku, sygn. akt I ACa 377/06).

Przyjęcie odpowiedzialności publicznego zakładu opieki zdrowotnej na podstawie art. 430 k.c. wymaga uprzedniego stwierdzenia, iż pracownik zakładu wyrządził.

Dla powstania odpowiedzialności na podstawie powołanych wyżej przepisów konieczne jest zatem ustalenie wyrządzenia szkody oraz normalnego związku przyczynowego pomiędzy działaniem lub zaniechaniem a powstałą szkodą w rozumieniu art. 361 § 1 k.c. Konieczne jest także ustalenie winy lekarza w znaczeniu subiektywnym, tj. podmiotowej zarzucalności działania lekarza. Błąd lekarski jest zawiniony subiektywnie, jeżeli stanowi następstwo niedbalstwa, tj. niedołożenia przez lekarza należytej staranności w działaniu. W celu oceny ewentualnej odpowiedzialności za wyrządzoną pacjentowi szkodę zbadać zatem należy, czy lekarzowi można postawić zarzut, że gdyby nie dopuścił się niedbalstwa (zachował wymaganą staranność i wykorzystał wszelkie dostępne w danym czasie

i okolicznościach metody i środki działania), mógłby uniknąć błędu i tym samym nie doprowadzić do powstania negatywnych następstw na zdrowiu pacjenta.

Określenie charakteru i zakresu czynności leczniczych wykonywanych przez pogotowie ratunkowe i jednostki należące do systemu ratownictwa medycznego wymaga wskazania podstaw prawnych funkcjonowania tego typu placówek w dacie wypadku, któremu uległa powódka, tj. w dniu 20 sierpnia 2004 r. Zgodnie z art. 3 pkt 7, 12, i 14 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej w brzmieniu na dzień 20 sierpnia 2004 r., do świadczeń zdrowotnych, tj. działań służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz innych działań medycznych wynikających z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania, zalicza się również badania diagnostyczne, zapobieganie powstawaniu urazów i chorób poprzez działania profilaktyczne oraz czynności z zakresu zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. W myśl natomiast art. 28 ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej pogotowie ratunkowe udziela świadczeń zdrowotnych w razie wypadku, urazu, porodu, nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, powodujących zagrożenie życia.

Z kolei zgodnie z art. 5 ust. 1 obowiązującej w dniu 20 sierpnia 2004 r. ustawy z dnia 6 grudnia 2002 r. o świadczeniu usług ratownictwa medycznego (Dz. U. Nr 241, poz. 2073 ze zm.) w zw. z art. 115 ust. 1 ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 45, poz. 391 ze zm.), lekarz podstawowej opieki zdrowotnej jest obowiązany do podejmowania wszelkich działań służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, a w szczególności do postępowania zgodnie z zakresem kompetencji lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Stosownie natomiast do art. 12 ust. 1-2 ustawy z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 113, poz. 1207), odpowiedzialność za szkody wyrządzone przez osoby uprawnione do podejmowania medycznych działań ratowniczych przy wykonywaniu tych działań ponosi dysponent jednostki. Dysponent jednostki jest obowiązany do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody, o których mowa w ust. 1. W myśl art. 23 powołanej ustawy jednostkami systemu są także zespoły ratownictwa medycznego, a stosownie do art. 30 ust. 1 pkt 1 ustawy medyczne działania ratownicze w jednostkach systemu podejmuje m.in. lekarz ratunkowy.

Z kolei odpowiedzialność interwenienta ubocznego (...) S.A. w W. wynika z art. 822 § 1 k.c., zgodnie z którym (w brzmieniu obowiązującym na dzień 20 sierpnia 2004 r. - Dz. U. z 2003 r. Nr 124, poz. 1151) przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zakład ubezpieczeń zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, względem których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo osoba, na rzecz której została zawarta umowa ubezpieczenia. Według art. 822 § 4 k.c. uprawniony do odszkodowania w związku ze zdarzeniem objętym umową ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej może dochodzić roszczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela.

Po uchyleniu zaskarżonego wyroku i przekazaniu sprawy Sądowi Okręgowemu w Łodzi do ponownego rozpoznania, w toku niniejszego postępowania Sąd uwzględnił wytyczne Sądu Apelacyjnego w Łodzi, mające na celu rozwiązanie wątpliwość co do zakresu odpowiedzialności strony pozwanej za obecny stan zdrowia powódki, tj.: czy wcześniejsze ujawnienie choroby, we wczesnym stadium jej rozwoju, dzięki monitorowaniu u powódki stanu płytek krwi, miałyby wpływ na skuteczność leczenia, czy przebyta przez powódkę choroba ziarniaka złośliwego mogła być dla lekarza informacją na tyle istotną, że powinna mieć wpływ na ustalenie szczególnego reżimu podawana powódce leku Clexane, czy lekarz powinien, przepisując ten lek, zapytać wprost pacjenta o przebyte, czy obecnie istniejące choroby związane ze stanem krwi.

Z uzupełnionego materiału dowodowego, a zwłaszcza z opinii biegłego z zakresu hematologii G. H., wynika, że choroba, która została ujawniona u powódki, tzw. HIT, jest niezmiernie rzadkim powikłaniem leczenia heparynami drobnocząsteczkowymi. U M. W. wystąpiła pierwotna małopłytkowość immunizacyjna. Kryteria rozpoznania zespołu HIT zakładają, że płytki krwi obniżają się w okresie 5-15 dni od rozpoczęcia leczenia heparyną. Wprawdzie badanie liczby płytek krwi po 14 dniach od rozpoczęcia leczenia preparatem Clexane mogło zwrócić uwagę na obniżenie wartości płytek krwi, jednakże nie ma pewności, czy zlecone badanie płytek krwi wykazałoby ich spadek. Podkreślić bowiem należy, że małopłytkowość ujawnia się nagle, jej postęp jest gwałtowny. Zakładając u powódki

małopłytkowość ITP, mogło do tego dojść w ciągu kilku godzin. Skaza małopłytkowa najpewniej był obecna u powódki wcześniej, nie dawała jednak żadnych objawów. Podanie heparyny M. W. pozwoliło ujawnić się tej chorobie, ponieważ heparyna również powoduje zaburzenie krzepnięcia o zupełnie jednak innym mechanizmie. Podawanie heparyny nie miało wpływu na rozwój małopłytkowości, a co najwyżej jej nasilenie. Monitorowanie liczby płytek u chorych leczonych heparyną drobnocząsteczkową jest zalecane w grupie ryzyka HIT  $>0,1\%$ , a u powódki ryzyko wynosiło  $<0,1\%$ . W związku z powyższym w ocenie Sądu brak zlecenia M. W. przez lekarza Wojewódzkiej (...) w Ł. rutynowej kontroli płytek krwi nie jest jednoznaczne z brakiem kontroli lekarskiej.

Na uwagę zasługuje także fakt, iż nawet jeśli na podstawie zleconych badań płytek krwi wykryto u powódki małopłytkowość to i tak jedynym rozwiązaniem opanowania choroby byłoby wdrożenie leczenia steroidami. W ślad za opinią biegłego z zakresu hematologii Sąd przyjął, że leczenie ITP wdraża się w każdym przypadku ujawnienia się cech jawnej skazy krwotocznej małopłytkowej i/lub gdy liczba płytek wynosi  $<20-30 \times 10^{(9)}/l$ . Wcześniejsze ujawnienie choroby ITP także wymaga leczenia steroidami. Tym samym M. W. nie mogła uniknąć leczenia steroidami ze względu na bardzo niską liczbę płytek krwi oraz współistniejące objawy skazy małopłytkowej.

Mając na uwadze powyższe rozważania, Sąd uznał, że nie istnieje związek pomiędzy zastosowaniem heparyny drobnocząsteczkowej, w tym przypadku preparatu Clexane, a rozwojem małopłytkowości u powódki, natomiast skaza małopłytkowa w każdym przypadku skutkuje koniecznością leczenia steroidami. Brak jest związku przyczynowego pomiędzy stanem zdrowia powódki, przyjmowaniem steroidów a zaordynowaniem jej przez lekarza leku Clexane i niezleceniem kontroli poziomu płytek krwi. Szkoda, jaką doznała M. W., nie pozostaje w związku przyczynowym w procesem leczenia zapoczątkowanym w Wojewódzkiej (...) w Ł. a ujawnioną w tym czasie małopłytkowością i związaną z tym koniecznością przyjmowania steroidów. W ocenie Sądu zgromadzony w sprawie materiał dowody wskazuje na brak szkody pozostającej w związku przyczynowym z błędem lekarskim, jakim miało być przepisanie preparatu Clexane i brak skierowania na badania kontroli poziomu płytek krwi.

Powódka wskazywała jednak równolegle, iż postępowanie lekarskie w postaci zastosowania profilaktyki zakrzepowej było samo w sobie nieprawidłowe, niezgodne ze standardami lekarskimi, a co za tym idzie doszło do naruszenia praw pacjenta (por. pismo z dnia 18. 06. 2013 r., k . 602 – 604 i protokół rozprawy z dnia 21. 03.2014 r., 00:26:58). W tym zakresie należy wskazać, iż zgodnie z obowiązującym w dacie udzielenia powódce pomocy medycznej art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku (Dz. U. 1991, Nr 91, poz. 408) o zakładach opieki zdrowotnej pacjent ma prawo do:

- 1) świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej, a w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń - do korzystania z rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń,
- 2) informacji o swoim stanie zdrowia,
- 3) wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub ich odmowy, po uzyskaniu odpowiedniej informacji,
- 4) intymności i poszanowania godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych,
- 5) umierania w spokoju i godności.

W razie zawinionego naruszenia praw pacjenta, o których mowa w art. 18 ust. 2 i ust. 3 pkt 1 oraz w art. 19 ust. 1 pkt 1-4, sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 Kodeksu cywilnego (art. 19a ust. 1 w/w ustawy).

W oparciu o przepis art. 448 k.c. w razie naruszenia dobra osobistego sąd może przyznać temu, czyje dobro osobiste zostało naruszone, odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę lub na jego żądanie zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na wskazany przez niego cel społeczny, niezależnie od innych środków potrzebnych do usunięcia skutków naruszenia

Powódka dochodzi zadośćuczynienia pieniężnego w związku z wadliwym jej zdaniem zaordynowaniem leku Clexane przez lekarza z Wojewódzkiej (...) w Ł..

Z wytycznych w postaci „Zasad profilaktyki żylnych chorób zakrzepowo - zatorowych w ortopedii i traumatologii narządu ruchu” z 2004 roku wynika, że przypadku leczenia zachowawczego złamań w obrębie kończyn dolnych z unieruchomieniem w opatrunku gipsowym lub w ortezie obejmującej dwa (lub więcej) segmenty kończyny, zaleca się stosowanie profilaktyki przeciwzakrzepowej zgodnie ze SCHEMATEM 1, który z kolei przewiduje zażywanie leku Clexane w jednorazowej dawce dobowej 0,4 ml (40 mg) dla chorych o masie ciała pomiędzy 51 kg a 70 kg, czyli tak jak zastosowano u powódki. Nie ulega wątpliwości, że dawka Clexane zalecana powódce przez lekarza Wojewódzkiej (...) była zgodna z powyższymi wytycznymi. Z kolei w ulotce dotyczącej preparatu w dziale poświęconym monitorowaniu ilości płytek krwi mowa jest o kontroli ich ilości w 5 i 21 dniu.

Wytyczne „Zasady profilaktyki żylnych chorób zakrzepowo - zatorowych w ortopedii i traumatologii narządu ruchu” z 2004 roku nie są obowiązującą normą, standardem postępowania dla lekarzy, a jedynie stanowią sumę wiedzy w danej dziedzinie medycyny i wskazówki dla lekarzy odnośnie sposobu postępowania w praktyce zawodowej. Każdy lekarz podejmuje decyzje w oparciu o własną wiedzę i doświadczenie zawodowe. Natomiast informacja zawarta na ulotce leku zawiera szczegółowe informacje, wskazówki, uwagi producenta co do stosowania, działań, czy powikłań konkretnego preparatu. Lekarz jest także związany zaleceniami producenta, może zastosować lek odmiennie od tych wskazań, jednakże wówczas ponosi on pełną odpowiedzialność za skutki takiego działania. W ocenie Sądu lekarz ordynujący powódce Clexane nie zachował się prawidłowo, wydając receptę na tak dużą ilość leku, tym bardziej, że działał w ramach procedury ratunkowej. Powinien on porównać informacje zawarte w wytycznych oraz te zamieszczone na ulotce i po stwierdzeniu rozbieżności w dawkowaniu leku skierować powódkę na badanie ilości płytek krwi. Podzielając wnioski zawarte w opinii Katedry i Zakładu (...) Uniwersytetu Jagiellońskiego w K., Sąd przyjął, że przeprowadzenie kontroli płytek krwi u powódki po podaniu 5 zastrzyków Clexane 40 i po kolejnych zastrzykach pozwoliłoby zmniejszyć ryzyko krwawień i pozwoliłoby na wcześniejszą interwencję specjalistyczną w związku z rozwijającą się małopłytkowością. Badanie liczby płytek krwi po 14 dniach od rozpoczęcia leczenia preparatem Clexane mogło zwrócić uwagę na obniżenie wartości płytek krwi i stanowić wskazanie do wdrożenia właściwego leczenia. Przestrzeganie zasad ostrożności w leczeniu preparatem pozwoliłoby na wcześniejsze zorientowanie się, iż ilość płytek jest nieprawidłowa.

W przypadku powódki istotna była kwestia przestrzegania reguł ostrożności zalecanych przez producenta leku Clexane. Lekarz z Wojewódzkiej (...) w Ł. nie uwzględniając wskazówek producenta co do dawkowania leku, zaniechał natychmiastowego skierowania do Poradni (...), jak również zlecenia badań kontrolnych. Mając na uwadze powyższe, należy uznać, że M. W. została pozbawiona prawa do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej i z tego tytułu Sąd przyznał jej zadośćuczynienie w wysokości 15.000 zł. Zasądzona kwota została określona na podstawie przeglądu orzecznictwa Sądu Najwyższego, z którego wynika, że zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę spowodowaną nieprawidłowym działaniem zakładów opieki zdrowotnej wynosi 10.000 zł – 20.000 zł. Ponadto Sąd wziął pod uwagę to, że lekarz z Wojewódzkiej (...) w Ł. dopuścił się nieprawidłowości, ale nie była ona rażąca, skoro stosował się do wytycznych dla lekarzy odnośnie sposobu postępowania w praktyce zawodowej, tj. „Zasady profilaktyki żylnych chorób zakrzepowo - zatorowych w ortopedii i traumatologii narządu ruchu” z 2004 roku.

O odsetkach od zasądzonego zadośćuczynienia Sąd orzekł na podstawie art. 481 § 1 k.c. od dnia 4 kwietnia 2014 roku, przyjmując, że jeżeli krzywda doznana przez powódkę mogła być prawidłowo oceniona dopiero po przeprowadzeniu szeregu dowodów w sprawie i dopiero ich przeprowadzenie pozwoliło na dokonanie prawidłowych ustaleń obrazujących skutki zdarzenia, należną powódce kwotę zadośćuczynienia sąd odniósł do aktualnych warunków, a nadto ocenił krzywdę powódki na dzień zamknięcia rozprawy, to stała się ona wymagalna dopiero z datą wyrokowania i dopiero od niej dłużnik pozostaje w opóźnieniu uzasadniającym zapłatę odsetek (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 27 marca 2013 roku, sygn. akt V ACa 846/12)

Mając na uwadze sytuację materialną i zdrowotną powódki oraz charakter sprawy, Sąd na podstawie art. 102 k.p.c. nie obciążył M. W. obowiązkiem zwrotu kosztów postępowania oraz nie obciążył stron obowiązkiem zwrotu nieuiszczonych kosztów sądowych.