

Ból w klatce piersiowej

W pozwie wniesionym do Sądu Okręgowego w Poznaniu powódka E. W. domagała się zasądzenia od pozwanego Szpitala (...) w P. kwoty 300.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę.

W uzasadnieniu powódka wskazała, że w dniu 28 września 2012 r. zmarł jej mąż. Zdaniem powódki zgon nastąpił w wyniku nieprawidłowego postępowania fachowych pracowników pozwanego Szpitala, który udzielał mu pomocy w nagłym zagrożeniu życia i zdrowia. Wykonano badanie koronarograficzne, jednakże w okresie po przebyciu tego inwazyjnego zabiegu diagnostycznego zlekceważono zgłaszane przez jej męża objawy, mogące świadczyć o wystąpieniu powikłań.

Nie wdrożono działań rozpoznawczych, uznając, że zgłaszane bóle w okolicy klatki piersiowej i pogorszenie ogóle samopoczucia chorego w tym czasie, są normalnym następstwem w tego typu przypadkach. Powódka wskazała, że z badania pośmiertnego wynika, iż w związku z uszkodzeniem związanym z wykonaną wcześniej koronarografią doszło do wytworzenia nieprawidłowego połączenia pomiędzy światłem aorty, a sąsiednią przestrzenią, tzn. workiem osierdziowym i na tej drodze do wnętrza worka osierdziowego w niewielkiej ilości, ale przez znacząco długi czas, a w tego wyniku najpewniej pacjent odczuwał: ucisk, rozpieranie i ból w okolicy przedsercowej, które to objawy zgłaszał personelowi oddziału. Wówczas to lekarz zalecał silne leki przeciwbólowe jak morfina.

Zdaniem powódki lekarz dyżurny oddziału powinien bardziej starannie dokonać ustalenia przyczyn narastania objawów, jakie powstały w tak wczesnym okresie po koronarografii. Objawy narastającej niewydolności oddechowej i dolegliwości rozpierającego bólu w klatce piersiowej były sygnałem możliwych powikłań jatrogennych i w związku z tym w/w reakcja, czyli postępowanie lekarza oddziału godziło w zasady staranności i ostrożności zawodowej, jaka spoczywa na każdym lekarzu w myśl przepisu art. 355 § 2 k.c.

W dniu 27 września 2012 r. W. W. około godziny 17:00 podczas jazdy samochodem zasłabł, odczuwając również ucisk w klatce piersiowej. Zatrzymał się na poboczu i stracił przytomność. Po odzyskaniu świadomości poczuł dyskomfort w klatce piersiowej, który odczuwał nadal. Wcześniej podobne dolegliwości mąż powódki odczuwał pół roku wcześniej. Wezwane pogotowie ratunkowe zawiozło W. W. do Szpitala w Ś., gdzie rozpoznano ostry zawał serca z uniesieniem odcinka ST ściany dolnej.

Po przyjęciu W. W. został przekazany na Oddział Kardiologiczny, gdzie został umieszczony na Sali Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, gdzie są przyjmowani pacjenci z rozpoznaniem OZW- STEMI ściany dolnej (ostrego zespołu wieńcowego). W pierwszej kolejności skierowano go na badanie koronarograficzne. Przed badaniem dostał 5000 j. heparyny (lek przeciwkrzepliwy). Nie wykazano w tym badaniu istotnych zwężeń tętnic wieńcowych, zwężenie wyniosło 30 i 40%, czyli poniżej stanu krytycznego. Natomiast wykazano angiograficzne zmiany miażdżycowe tętnic wieńcowych. Zabieg koronarografii wykonany został przez wykwalifikowanego operatora i przebiegał sprawnie.

Z uwagi na utrzymujące się cały czas dolegliwości bólowe w klatce piersiowej podano pacjentowi niewielkie ilości morfiny. Otrzymał także clexane 80 mg. Zlecono, aby kontynuować podawanie leków: plavix i polopiryne po 75 mg oraz Fortis 80 mg. Kontynuowano leczenie zastosowane przez zespół ratownictwa medycznego – leczenie przeciwbólowe. Wykonano też RTG klatki piersiowej, które nie uwidocznili istotnych nieprawidłowości. Zdjęcie RTG nie potwierdziło odmy, złamania żeber ani ciała obcego.

W dniu 28 września 2012 r. o godzinie 5:00 doszło do nagłego zatrzymania krążenia, przy zachowanej czynności serca 80-90/min., z brakiem pulsu na obwodzie (tzw. rozkojarzenie elektro-mechaniczne). Jest to sytuacja, gdzie pomimo stwierdzanej czynności elektrycznej serca, nie generuje ono istotnego czynnościowo wyrzutu krwi, czyli tętna. Personel medyczny podjął zaawansowane czynności reanimacyjne, tj. intubację, sztuczny oddech, zewnętrzny masaż serca.

Od pierwszych minut reanimacji u pacjenta zaobserwowano obustronnie szerokie źrenice. Pomimo intensywnie prowadzonej akcji reanimacyjnej przez zespół anestezjologiczny i dyżurnego kardiologa, brak było postępu reanimacji. Czynności reanimacyjne okazały się nieskuteczne i o godzinie 5:31 stwierdzono zgon i odstąpiono od dalszych czynności reanimacyjnych.

Powódka E. W. obecnie ma 59 lat. Nigdzie nie pracuje. Wcześniej pracowała zawodowo, ale firma jej pracodawcy została zlikwidowana. Otrzymuje rentę rodzinną po zmarłym mężu W. W. w wysokości 1.500 zł miesięcznie. Mieszka z córką i jej rodziną oraz synem. Prowadzą wspólne gospodarstwo domowe. Powódka zażywa leki hormonalne oraz antydepresyjne na które miesięcznie wydaje 100 zł.

Przystępując do oceny opinii zasadniczej oraz opinii uzupełniającej biegłego kardiologa podkreślić należy, że w postępowaniu cywilnym dowód w postaci opinii biegłego podlega ocenie na równi z innymi dowodami, a strony są uprawnione do podważania mocy dowodowej opinii biegłych za pomocą wszystkich dostępnych i przewidzianych przez prawo środków dowodowych

Kierując się powyższymi wytycznymi Sąd uznał obie opinie biegłego kardiologa za przekonujące, mające zasadnicze znaczenie dla definitywnego rozstrzygnięcia sprawy. Zdaniem Sądu, opinia zasadnicza wraz z opinią uzupełniającą była kompletna, nie zawierała luk i błędów logicznych, wykonana została w sposób fachowy, zgodnie ze standardami obowiązującymi biegłych.

SĄD OKRĘGOWY ZWAŻYŁ, CO NASTĘPUJE: powództwo E. W. okazało się bezzasadne.

Bezspornym w przedmiotowej sprawie było, że mąż powódki W. W. w dniu 27 września 2016 r. doznał abortowanego zawału serca. Poza sporem było, że mąż powódki był leczony w pozwanym szpitalu i w dniu 28 września 2012 r. Zmarł. Spór sprowadzał się do ustalenia należytej staranności oraz braku winy przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny udzielający tych świadczeń mężowi powódki w czasie pobytu w placówce pozwanego. A w związku z tym czy pozwany ponosi odpowiedzialność za

ewentualną winę personelu medycznego w udzielaniu świadczeń medycznych.

Oceniając zachowanie pracowników pozwanego szpitala z punktu widzenia odpowiedzialności za błąd medyczny, w którym powódka upatruje podstaw swojego żądania, wskazać należy, że w obszarze deliktów prawa cywilnego rozróżnia się dwie postacie winy, tj. winę umyślną i nieumyślną.

W okolicznościach niniejszej sprawy powódka nie wykazała, aby personel medyczny udzielający świadczeń jej mężowi W. W. nie dołożył należytej staranności wymaganej w danych okolicznościach. Personel medyczny udzielający świadczeń medycznych mężowi powódki działał zgodnie z przepisami prawa, regułami wynikającymi z zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii zawodowej. Nie można temu personelowi zarzucić niedbalstwa lub innego rodzaju winy. Personel medyczny udzielający świadczeń zdrowotnych mężowi powódki dołożył należyłą staranność przy wykonywaniu swoich obowiązków, tj. diagnozowaniu stanu zdrowia i leczenia męża powódki.

Sąd pragnie podkreślić, że w sprawach błędów w sztuce medycznej Sąd nie jest w stanie samodzielnie rozstrzygnąć, czy leczenie zastosowane wobec męża powódki było zgodne z aktualnym poziomem wiedzy medycznej. Jedynym obiektywnym źródłem dowodowym jest opinia biegłego – specjalisty w danej dziedzinie. Skoro biegły kardiolog M. O. kategorycznie wykluczył możliwość popełnienia błędów w leczeniu W. W., Sąd nie miał żadnych podstaw, aby nie przyjąć tej opinii za podstawę orzekania.

Ubocznie Sąd pragnie podkreślić, iż powódka nie wykazała swoich usprawiedliwionych potrzeb, ani też zarobkowych i majątkowych możliwości zmarłego męża. W żaden sposób nie wykazała, iż uzyskiwane przez nią środki nie pozwalają jej po śmierci męża na zaspokojenie potrzeb rodziny na dotychczasowym poziomie.

Mając na względzie powyższe ustalenia i rozważania Sąd Okręgowy oddalił powództwo. Pod wyrokiem, który nie jest prawomocny podpisała się SSO **Iwona Godlewska**