

UZASADNIENIE

Oskarżycielka posiłkowa A. S. (1) oskarżyła A. S. (2) o to ,że :

w dniu 25.09.1999 r. w G., pełniąc funkcję lekarza w (...) Szpitalu im. (...). W. w G., a więc będąc osobą na której ciąży obowiązek opieki, poprzez nieprawidłowe udzielenie pomocy medycznej oraz nieprawidłowe prowadzenie dokumentacji lekarskiej naraziła małoletniego O. S. na niedotlenienie mózgu, a co za tym idzie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w postaci czterokończynowego nieodwracalnego porażenia mózgu małoletniego, **-tj. o przestępstwo z art. 160§2 k.k.**

oraz M. S. o to ,że:

w okresie od dnia 01.09.1999 r. do dnia 25.09.1999 r. w G. , pełniąc funkcję lekarza w (...) Szpitalu im. (...). W. w G., a więc będąc osobą na której ciąży obowiązek opieki, poprzez nieprawidłowe udzielenie pomocy medycznej ciężarnej A. S. (1) naraziła małoletniego O. S. na niedotlenienie mózgu , a co za tym idzie bezpośrednio niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w postaci czterokończynowego nieodwracalnego porażenia mózgu małoletniego, **-tj. o przestępstwo z art. 160§2 k.k.**

Sąd ustalił następujący stan faktyczny :

W dniu 01 września 1999r. A. S. (1) (poprzednie nazwisko K.), będąca w 25 tygodniu ciąży ,przybyła do Szpitala (...) św. W. A. w G., gdzie zgłosiła fakt sączenia się wód płodowych. Podczas przeprowadzonych badań diagnostycznych (tj. badania wziernikiem oraz badania USG) w dniu przyjęcia jej do szpitala potwierdzono fakt przedwczesnego pęknięcia błon płodowych. Na tej podstawie przyjęto kobietę na Oddział Położniczo-Ginekologiczny, włączono leczenie farmakologiczne , w tym antybiotyk U.. Wykonano badania laboratoryjne, a w trakcie badań biologicznych wymazu z szyjki macicy, pobranego w dniu jej przyjęcia do szpitala, ujawniono w dniu 04 września 1999r. obecność gronkowca skórnoego (staphylococcus epidermidis, szczepu metycylinoodpornego) i w związku z tym uzupełniono podawane jej leki o globulki N.. Poza tym w celu zapewnienia jak największego stopnia dojrzałości płodu ,dążono do powstrzymania akcji porodowej poprzez podawanie pacjentce leku hamującego czynność skurczową macicy o nazwie F., stosowano również wobec niej ścisły reżim łóżkowy. Przeprowadzane badania KTG u A. S. (1) nie wykazywało żadnych nieprawidłowości .

/dowód : zeznania A. S. (1) (poprzednio K.) k .2055-2060 ze sprawy postępowania przygotowawczego PR w S. oraz k.151-155i 495-499 akt przedmiotowej sprawy ,kserokopia karty przebiegu ciąży k. 167-168- z akt cywilnych SA w G. IACa 1054/05, dokumentacja medyczna k.21-71,161-165,185-187,303-307,634 - z akt cywilnych SA w G. IACa 1054/05, opinie sądowno-lekarskie k. 263-264,265-268, 420-425, 472-473,2364-2366 z akt cywilnych SA w G. IACa 1054/05 , kserokopia opinii sądowno-lekarskich k.1244-1253 z akt postępowania przygotowawczego PR w S. Ds. 2326/09,kserokopia dokumentacji lekarskiej wraz z opiniami biegłych k. 61-68,114-167,200-246,471-944,1238,1565-1566,2073-2078 z akt postępowania przygotowawczego PR w S. Ds. 2326/09, opinia sądowno-lekarska z Instytutu Centrum (...) k. 2391-2415 z akt postępowania przygotowawczego PR w S. Ds. 2326/09,wyjaśnienia oskarżonej M. S. k.62-64/

W dniu 25 września 1999r. wystąpiło bardziej obfite wypływanie płynu owodniowego oraz nasiliła się w samoistny sposób czynność skurczowa macicy. Rozpoznano poród przedwczesny w 29 tygodniu ciąży i zdecydowano o wykonaniu cięcia cesarskiego, które wykonała dr M. S.. W protokole operacji zamieszczony został zapis o wydobyciu o godzinie 19:45 płodu z czystych wód płodowych. Noworodek został przekazany obecnemu na sali porodowej lekarzowi pediaterze-neonatologowi dr A. S. (2) i umieszczony w przygotowanym inkubatorze otwartym . Noworodek płci męskiej ważył 1400 g, a jego stan ogólny określono jako ciężki i w dziesięciostopniowej skali (...) wskazano, że osiągnął on 6 punktów. Noworodek jedynie raz krzyknął , po czym wystąpił u niego bezdech. Podjęto próbę jego wentylacjiambu bez efektu, a w 5 minucie jego życia zaintubowano go i zastosowano wentylację aparatemambu-przez

rukę. Po ustabilizowaniu oddechu i układu krążenia dziecka, zostało owinięte w ogrzaną, jałową serwetę i ogrzany becik, a następnie zaintubowane i wentylowane zostało przeniesione przez dr A. S. (2) na znajdujący się w trakcie porodowym Oddział Intensywnej Terapii Noworodka. Lekarzowi w transporcie noworodka, który trwał około pół minuty towarzyszyła pielęgniarka.

/dowód : wyjaśnienia oskarżonej A. S. (2) k.64-67, dokumentacja medyczna k.21-71,161-165,185-187,303-307,634 - z akt cywilnych SA w G. IACa 1054/05 , opinie sądowno-lekarskie k. 263-264,265-268, 420-425, 472-473,2364-2366 z akt cywilnych SA w G. IACa 1054/05 , kserokopia opinii sądowno-lekarskich k.1244-1253 z akt postępowania przygotowawczego PR w S. Ds. 2326/09,kserokopia dokumentacji lekarskiej wraz z opiniami biegłych k. 61-68,114-167,200-246,471-944,1238,1565-1566,2073-2078 z akt postępowania przygotowawczego PR w S. Ds. 2326/09,książka raportów pielęgniarskich k.1330 z akt postępowania przygotowawczego PR w S. Ds. 2326/09, częściowe zeznania A. W.-K. k. 1234-1236 z akt postępowania przygotowawczego PR w S. Ds. 2326/09, k. 201-202 akt cywilnych IC 1278/02 , k.520-526, częściowe zeznania M. W. k.1155-1157oraz z k. 1231-1233 z akt postępowania przygotowawczego PR w S. Ds. 2326/09, k. 199-201 akt cywilnych IC1278/02,,k. 210-215., opinia sądowno-lekarska z Instytutu Centrum (...) k. 2391-2415 z akt postępowania przygotowawczego PR w S. Ds. 2326/09,/

Na oddziale został umieszczony w inkubatorze, a że samodzielnie nie oddychał, został podłączony do respiratora. Badanie histopatologiczne płodu wykazało :w łożysku i błonach pozałożyskowych drobne ognisko martwicze z ropieniem. Z poddanych badaniom bakteriologicznym wymazów pobranych od noworodka, bezpośrednio po jego urodzeniu (z gardła i odbytu)- nie stwierdzono obecności bakterii , tym samym stwierdzono ich jałowość. Następnie z wymazów pobranych od niego w dniu 20 października 1999r i 2 listopada 1999r uzyskano wyniki wskazujące na obecność bakterii K. pneumoniae i E.. W toku wykonywanego badania USG mózgowia w dniu 27.09.1999r. stwierdzono :”komory boczne symetryczne, o szczelinowatym świetle , bocznie od komór bocznych na całej ich długości intensywne patologiczne halo, odpowiadające obszarowi martwiczemu”. Kolejne badanie USG wykonane w dniu 18.10.1999r. wykazało :” komory boczne ok. 22 mm wymiar dwukomorowy, rogi przednie zaokrąglone. Obecna jama przegrody przezroczystej. Obustronnie wzdłuż komór bocznych widoczne jamy malacyjne, większe po stronie prawej-do 25 mm, zlewające się ze sobą. Przestrzeń przymózgowa nieposzerzona”. Z uwagi na to ,że w 9 dobie życia noworodek zachorował na zapalenie płuc, był hospitalizowany do 15 listopada 1999r. W toku ostatniego przed opuszczeniem szpitala badania USG , wykonanego w dniu 04 listopada1999r. uzyskano wynik wskazujący na obustronne rozległe obszary malacyjne wzdłuż komór bocznych, większe po stronie prawej”. Dziecko-O. S. (poprzednie nazwisko K.) zostało wypisane ze szpitala w dniu 15 listopada 1999r. z rozpoznaniem „ wcześniactwo (...) 29,infekcja wewnątrzmaciczna, niedotlenienie okołoporodowe, niewydolność oddechowa, zapalenie płuc, niedokrwistość, wielotorbielowata malacja okołokomorowa”.

/dowód :wyjaśnienia oskarżonej A. S. (2) k.64-67, karta wypisowa z dnia 15.11.1999r. ze Szpitala (...) św. W. Z. k. 406-407, opinia sądowno-lekarska z Instytutu Centrum (...) k. 2391-2415 z akt postępowania przygotowawczego PR w S. Ds. 2326/09,kserokopia kart informacyjnych leczenia szpitalnego k.22,24-25,27, dokumentacja medyczna k.21-71,161-165,185-187,303-307,634 - z akt cywilnych SA w G. IACa 1054/05 , opinie sądowno-lekarskie k. 263-264,265-268, 420-425, 472-473,2364-2366 z akt cywilnych SA w G. IACa 1054/05 , kserokopia opinii sądowno-lekarskich k.1244-1253 z akt postępowania przygotowawczego PR w S. Ds. 2326/09,kserokopia dokumentacji lekarskiej wraz z opiniami biegłych k. 61-68,114-167,200-246,471-944,1238,1565-1566,2073-2078 z akt postępowania przygotowawczego PR w S. Ds. 2326/09,książka raportów pielęgniarskich k.1330 z akt postępowania przygotowawczego PR w S. Ds. 2326/09 /

Następnie O. S. był hospitalizowany dwukrotnie w Szpitalu Miejskim w G. , w okresie: od 21 grudnia 1999r. do 06 stycznia 2000r z rozpoznaniem: ”stan po zachłyśnięciu, zapalenie płuc, wcześniactwo, niewydolność oddechowa, wielotorbielowata malacja okołokomorowa, krzywica, niedokrwistość z niedoboru żelaza , podejrzenie alergii na białko mleka krowiego” oraz od 10 stycznia 2000r. do 9 lutego 2000r. z powodu zapalenia płuc, nawracającego obustronnego zapalenia oskrzeli , w rozpoznaniu umieszczono zapis , iż jest to dziecko ryzyka ciężowo-okołoporodowego, a w wynikach konsultacji neurologicznej wpisano ponadto ,że wykazuje ono znaczne opóźnienie rozwoju i podejrzane objawy uszkodzenia. W trakcie pobytu O. S. w okresie od 09 do 18 lutego 2000r. w Szpitalu

(...) św. W. A. w G. po konsultacji neurologicznej umieszczono zapis ,że stwierdzono u niego tendencję do ustawiania kończyn w wyproście, zalecono dalszą rehabilitację i kontrolę neurologiczną. Wówczas dziecku wykonano badanie TK głowy i zalecono zgłoszenie się po odbiór wyniku tego badania. W tym samym szpitalu dziecko przebywało w okresie od 26 kwietnia 2000r. do 05 maja 2000r. z powodu duszności i napadowego kaszlu, a w epikryzie wpisano m.in. :”opóźniony rozwój psychoruchowy”. Kolejny pobyt w szpitalu (...) miał miejsce w okresie od 16 do 18 sierpnia 2000r. z powodu zapalenia gardła i zapalenia kataralnego ucha środkowego . W wyniku konsultacji neurologicznej rozpoznano u niego porażenie mózgowe pod postacią diparezy spastycznej. W okresie od 23 sierpnia do 31 sierpnia 2000r. dziecko przebywało w szpitalu Specjalistycznym św. W. w G. z powodu kaszlu i duszności, wówczas było także poddane konsultacji neurologicznej. W dniu 06 marca 2002r. wydane zostało orzeczenie (...) ds. Orzekania o Stopniu Niepełnosprawności w G., zgodnie z którym O. S. został uznany za osobę niepełnosprawną od urodzenia, ze wskazaniem jego uszczerbku na zdrowiu w 100% oraz co do tego ,że wymaga stałej opieki osoby drugiej, stosowania specjalnej diety i ciągłej rehabilitacji celem zapobieżenia pogorszeniu się jego stanu zdrowia.

/dowód : orzeczenie o stopniu niepełnosprawności k.7 z akt cywilnych SA w G. sygn. akt IACa 1054/05, zawierających akta SO w Gdańsku o sygn. akt IC 1278/02 i k. 102 z akt postępowania przygotowawczego PR w S. Ds. 2326/09 zawierające akta PR G.-O. w G. o sygn. akt 3Ds 27/07, , dokumentacja medyczna k.21-71,161-165,185-187,303-307,634 - z akt cywilnych SA w G. IACa 1054/05 , opinie sądowno-lekarskie k. 263-264,265-268, 420-425, 472-473,2364-2366 z akt cywilnych SA w G. IACa 1054/05 , kserokopia opinii sądowno-lekarskich k.1244-1253 z akt postępowania przygotowawczego PR w S. Ds. 2326/09,kserokopia dokumentacji lekarskiej wraz z opiniami biegłych k. 61-68,114-167,200-246,471-944,1238,1565-1566,2073-2078 z akt postępowania przygotowawczego PR w S. Ds. 2326/09,książka raportów pielęgniarских k.1330 z akt postępowania przygotowawczego PR w S. Ds. 2326/09, opinia sądowno-lekarska z Instytutu Centrum (...) k. 2391-2415 z akt postępowania przygotowawczego PR w S. Ds. 2326/09,/

Przeciwko A. S. (2) toczyło się postępowanie przed zawodowym sądem lekarskim, ostatecznie zakończone umorzeniem postępowania wyjaśniającego.

/dowód : kopia postanowienia Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w T. o umorzeniu postępowania wyjaśniającego z dnia 29.07.2008r. sygn. akt RO-0042/2006 k. 96-111/

M. S. przesłuchana w charakterze oskarżonej nie przyznała się do popełnienia zarzucanego jej przestępstwa. W złożonych wyjaśnieniach podała ,że w trakcie pobytu A. S. (1) na oddziale ginekologiczno-położniczym po przyjęciu jej do szpitala miała reżim leżenia i wdrożone leczenie farmakologiczne, zgodnie z badaniami laboratoryjnymi , takimi jak posiewy, morfologia, (...), badania ultrasonograficzne płodu i badania ginekologiczne .Wiadomo jej było zarówno z wywiadu uzyskanego od A. S. (1) , jak i z dokumentacji lekarskiej, że w pierwszym trymestrze ciąży wystąpiło u niej krwawienie i stwierdzono odwarstwienie kosmówki. W związku z tym ,że taka przypadłość może powodować niedotlenienie zarodka już w pierwszych miesiącach ciąży, powodowało to jeszcze większe przewrażliwienie lekarzy . W związku z tym ,że każde wcześniejsze odejście płynu owodniowego jest drogą do infekcji , dlatego pacjentce od początku pobytu włączono antybiotyk (jest to regułą w tego rodzaju sytuacjach). Od początku miała włączoną antybiotykoterapię i tokolizę czyli leczenie przeciwskurczowe. W okresie poprzedzającym poród, tj. 3 dni przed rozwiązaniem zgodnie z nowymi posiewami , przepisano jej inny antybiotyk(sprowadzany na tzw. import docelowy). W dniu porodu , zanim on nastąpił A. S. (1) była także badana ginekologicznie, miała wykonywane badanie USG i nadal była kontynuowana tokoliza i antybiotykoterapia. Z powodu rozpoczynającej się czynności skurczowej i postępującego rozwarcia szyjki macicy została rozwiązana cięciem cesarskim. Wykonywane badania KTG, słuchanie tętna płodu nie budziły zastrzeżeń. W godzinach wieczornych z powodu narastających objawów bólowych mając świadomość , że nie uda się już wyciszyć czynności skurczowej rozwiązała pacjentkę cięciem cesarskim. Decyzję o tym aby rozwiązać poród cesarskim cięciem a nie porodem naturalnym podjęła kierując się dużym wcześniactwem dziecka i jego niską wagą. Sądziła ,że poród drogami natury może dać uraz okołoporodowy. Z przebiegu cięcia cesarskiego dziecko wydobyte zostało z czystych wód płodowych, a objaw ten jest dowodem nie istnienia niedotlenienia. W trakcie przeprowadzonego zabiegu nie było żadnych powikłań, a wg jej oceny stan zdrowia wydobytego dziecka był średni.

Noworodek został przekazany obecnemu lekarzowi neonatologowi, który zajmował się dzieckiem, a ona w tym czasie skupiona była na pacjentce.

/dowód : wyjaśnienia oskarżonej M. S. k. 62-64/

A. S. (2) także nie przyznała się do popełnienia zarzucanego jej czynu. W złożonych wyjaśnieniach podała, że w dniu porodu A. S. (1) pełniła dyżur nocny na intensywnej terapii noworodka, a gdy została wezwana do wcześniaczego porodu, niezwłocznie udała się na salę porodową wraz z pielęgniarką. Przybyła na miejsce w momencie, gdy pacjentka była przygotowywana do cięcia cesarskiego. Sprawdziła wraz z pielęgniarką jeszcze raz sprawność wszystkich urządzeń, które mogły być im potrzebne do ewentualnej resuscytacji (jest to obowiązek i rutyna w tego rodzaju przypadkach). Wszystkie urządzenia były sprawne. Po wydobyciu noworodek został przekazany pielęgniarce na serwetę jałową i za sekundę położony do inkubatora otwartego. Oceniała go w skali (...) na 6 punktów – czyli stan średni. Akcja serca była na 2 punkty, co oznacza, że była prawidłowa- powyżej 100, pozostałe funkcje w skali (...) po jednym punkcie: obniżone napięcie mięśniowe, oddech nieefektywny, reakcja na cewnik do nosa mierna, zabarwienie skóry z niewielką sinicą obwodową. Te czynności działały się równocześnie- to znaczy jednocześnie oceniała i jednocześnie wykonywała czynności przy dziecku. Ponieważ oddech po wydobyciu był nieefektywny, rozpoczęła resuscytację aparatem (...) (profesjonalnym aparatem przystosowanym do resuscytacji i wentylacji pacjenta). Ponieważ dziecko nie podejmowało prawidłowego własnego oddechu w trzeciej minucie zostało zaintubowane i wentylowane aparatem (...), prowadząc prawidłowy oddech zastępczy. Po resuscytacji aparatem (...) uzyskala zaróżwienie skóry pacjenta w całości. Poprawiło się też napięcie mięśniowe. Chwilę później, cały czas prowadząc oddech zastępczy dziecko było zawinięte w ciepły ogrzany kocyk i przeniesione do oddziału intensywnej terapii. Cały transport trwał około 30-40 sekund, całą drogę prowadzono oddech zastępczy. W oddziale intensywnej terapii dziecko zostało umieszczone w inkubatorze otwartym i podłączono mu rurkę intubacyjną do respiratora i prowadzono nadal oddech zastępczy. Stan noworodka był wyrównany. Założono mu wkłucia obwodowe, podano leki według karty zleceń, standardowo włączono antybiotykoterapię szerokospektralną. Wykonano badania laboratoryjne, rentgen klatki piersiowej, gazometrię. W uzyskanym zdjęciu rentgenowskim położenie rurki intubacyjnej było prawidłowe, a płuca były rozprężone. Badanie gazometryczne również nie wykazywało odchylenia od normy- prawidłowe utlenowanie krwi bez cech kwasicy oddechowej. Przez cały dyżur do rana stan dziecka był stabilny, podobnie jak w kolejnych dniach. W piątej dobie po porodzie dziecko oddychało samodzielnie (zostało rozintubowane) i jego stan stopniowo poprawiał się. Rutynowo w takich przypadkach przeprowadza się badania USG głowy noworodka, w celu oceny stopnia rozwoju centralnego układu nerwowego i ewentualnych nieprawidłowości. Takie badanie zostało przeprowadzone w drugiej dobie życia O. S., które wykazało nieprawidłowości mózgowia. Stwierdzono boczne od komór bocznych intensywne patologiczne halo odpowiadające obszarowi martwiczemu. Później jeszcze kilka razy było wykonywane u dziecka badanie mózgu, obserwując ewolucję tych zmian pod postacią obszarów jam malacyjnych. Te badania wykazały ewolucję zmian uszkodzenia pierwotnego. Na tym etapie, oczywiście nieprecyzyjnie lecz przypuszczalnie możliwe było wg niej wskazanie czasu powstania tego uszkodzenia. W pierwszym badaniu stwierdzono zmiany, które były następstwem sytuacji, która nastąpiła nie krócej niż 10 dni wcześniej z tego względu, że aby uzyskać taki obraz USG musi wystąpić następstwo czasowe. Samo odpłynięcie wód płodowych jest dla płodu, który jest w 25 tygodniu ciąży, którego waga jest w granicach 600 gram, któremu towarzyszy wielka niedojrzałość wszystkich narządów, bardzo niebezpieczne. To odpłynięcie wód może powodować wahania ciśnienia w obrębie jamy macicy, a szczególnie w łożysku, co może powodować skrócz naczyń mózgowych u płodu. Konsekwencją tego mogą być obszary niedotlenienia, a cały czas odpływania wód przez co pęcherz płodowy nie był szczelnie zamknięty może powodować w tym przypadku, a trwało to przez okres 3 tygodni, warunki skrajnie nieprawidłowe. W związku z tym z całą stanowczością można wykluczyć, iż do powstania takich zmian mogło dojść podczas porodu lub krótko po nim albowiem badania, które były przeprowadzane po urodzeniu dziecka nie wykazywały niedotlenienia poporodowego. Ustosunkowując się do sposobu przetransportowania noworodka z sali porodowej do oddziału intensywnej terapii, oświadczyła że nie użyła inkubatora transportowego ponieważ na stanie szpitala takiego nie było. Przy czym zaznaczyła, że w tak krótkim transporcie rola inkubatora sprowadza się do tzw. ciepłarki, a przenosząc dziecko na rękach było ono prawidłowo ogrzane. Ona przenosiła wówczas dziecko na własnych rękach. Odległość pomiędzy salą porodową o oddziałem intensywnej terapii jest na tyle bliska (wynosząca niespełna 100 m), że transport trwający do jednej minuty, nie

stanowi zagrożenia wyziębieniem dziecka. Wyjaśniła ,że mówiąc o nieefektywnym oddechu dziecka miała na myśli to ,że po narodzinach dziecko oddychało ale stękało ,przez co nie warunkowało prawidłowego utlenowania . W związku z tym było wentylowane aparatem (...), a następnie wobec braku poprawy oddechu zaintubowane było w trzeciej minucie życia i wprowadzono pełen oddech zastępczy .Zaznaczyła ,że oddech nieefektywny nie ma nic wspólnego z koniecznością umieszczenia dziecka w inkubatorze, który pełnił rolę ciepłarki, przy czym dziecko zaraz po porodzie leżało w inkubatorze otwartym na sali porodowej. Tak samo dziecko było umieszczone podczas całego procesu resuscytacji w inkubatorze. Zasadą jest to ,że nie zabiera się dziecka w stanie niestabilnym z sali porodowej. Obowiązkiem jest ustabilizowanie stanu dziecka, co zostało wykonane. Odnosząc się do niskich punktów (...), to były one niskie w pierwszej minucie życia dziecka, a więc bezpośrednio po porodzie, po czym skala ta rosła w miarę wykonywania czynności resuscytacyjnych. Wyjaśniła ,że we wrześniu 1999r. miała 26 lat doświadczenia w pracy zawodowej i blisko 9 lat pracy na intensywnej terapii noworodka. Oddział ten był oddziałem II stopnia, a pełnił zadania III stopnia dla województwa (...), toteż przedmiotowy przypadek ,był jednym z wielu i traktowany był z wielką starannością tak jak ratowanie życia każdego dziecka. Podawanie tlenu w tego rodzaju przypadkach nie jest zalecane z uwagi na toksyczne działanie tlenu na wiele narządów. Tlen używany jest tylko w pierwszych minutach do utlenowania i uzyskania stabilizacji stanu dziecka . Przy obecnym stanie wiedzy zalecenia wręcz negują konieczność używania tlenu przy procesie resuscytacji noworodka w szczególności wcześniaka, który jest bardzo wrażliwy na działanie wysokich stężeń tlenu. O. S. wychodząc ze szpitala miał ocenę neurologiczną prawidłową pomimo nieprawidłowości w USG. W karcie wypisowej zalecono kontrolę neurologiczną 3 tygodnie po wypisie .Było to zalecenie neurologa , który dalej kieruje rehabilitacją i leczeniem dziecka. Matka natomiast wyszła ze szpitala mając całkowitą wiedzę na ten temat, iż nastąpiło uszkodzenie (...) i że jest konieczność stałej kontroli u neurologa i konieczność rehabilitacji- strefą kierował neurolog i to do niego należała decyzja co do systemu rehabilitacji. Neurolog zalecił rehabilitację bierną polegającą na specjalnym układaniu dziecka i kontrolę za 3 tygodnie. Taka rehabilitacja była prowadzona przez cały okres pobytu O. S. na oddziale intensywnej terapii. Statystycznie u dzieci urodzonych poniżej 28 tygodnia ciąży ponad 60% wykazuje różnego rodzaju nieprawidłowości . Wczesne mózgowo porażenie dziecięce często towarzyszy głębokiemu wcześniactwu, co jest związane z niedojrzałością (...) niekoniecznie nawet uszkodzeniem ale niedojrzałością. Dokumentacja stanu dziecka z przebiegu leczenia sporządzana jest po ustabilizowaniu stanu dziecka. Wtedy może odejść od pacjenta i zająć się dokumentacją. W sporządzonej dokumentacji zawarte zostały wszystkie istotne fakty i zalecenia związane z leczeniem dziecka. Dokumentację prowadzi lekarz , który był przy porodzie i pielęgniarka- niezależną swoją dokumentację pielęgniarską.

/dowód : wyjaśnienia oskarżonej A. S. (2) k. 64-67/

Oskarżone A. S. (2) i M. S. w przeszłości nie były karane.

/dowód : dane z K. k.31-32/

Sąd zważył , co następuje :

W ocenie Sądu analiza zgromadzonego w sprawie i ujawnionego w toku przewodu sądowego materiału dowodowego nie daje podstaw do przypisania oskarżonym : M. S. i A. S. (2) zarzucanych im w akcie oskarżenia czynów.

Dokonując ustaleń faktycznych Sąd opierał się zarówno na dowodach pochodzących od osobowych źródeł dowodowych , jak i na dowodach w postaci dokumentów. Jeżeli chodzi o te ostatnie, Sąd uznał je za pełnowartościowy materiał dowodowy , zostały one bowiem sporządzone przez uprawnione do tego osoby, ich treść i autentyczność nie budzi wątpliwości Sądu , co do zasady nie była również kwestionowana przez strony. Dotyczy to takich dokumentów jak różnego rodzaju dokumentacja medyczna dotycząca zarówno A. S. (1) jak i jej syna O. S., która miała szczególnie istotne znaczenie w niniejszej sprawie, jak i innego rodzaju dokumenty w postaci zawiadomienia o popełnieniu przestępstwa, orzeczenia sądu lekarskiego, pism ze Szpitala (...) św. W. A. w G. -Z. czy wreszcie dokumentów dotyczących osoby oskarżonych –danych o karalności.

Także większość dowodów w postaci zeznań świadków nie budziła wątpliwości Sądu co do ich wiarygodności, albowiem były one w przeważającym zakresie logiczne, jasne, konsekwentne, ponadto w szerokim zakresie

korespondowały ze sobą. Pewne wątpliwości dotyczące wiarygodności części zeznań niektórych świadków, które zostaną zasygnalizowane w dalszej części uzasadnienia, w ocenie Sądu nie miały decydującego znaczenia dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy. Także wyjaśnienia oskarżonych : A. S. (2) i M. S. należało uznać za wiarygodne, albowiem współgrają one z innymi dowodami. Wracając do zeznań świadków należy zauważyć, że dwoje z przesłuchanych w niniejszej sprawie, tj. A. K. i M. W., stanowią osoby bliskie powiązane emocjonalnie w mniejszym lub większym stopniu z osobą A. S. (1), w związku z czym ich zeznania należało oceniać ze szczególną ostrożnością, albowiem miały one potencjalny interes w podawaniu okoliczności niezgodnych ze stanem rzeczywistym i niekorzystnych dla oskarżonych. Zdaniem Sądu uwidoczniło się to jednak jedynie w niewielkim stopniu i nie rzutowało na ocenę zeznań świadków jako w większości wiarygodnych.

Odnosnie szczegółów dotyczących kluczowej kwestii-tj. przebiegu ciąży A. S. (1) , jej porodu oraz opieki nad jej narodzonym synem oraz przebiegiem jego badań i leczenia , świadkowie zeznawali iż:

A. S. (1) zeznała, że ok. 2 miesiąca ciąży z powodu drobnego plamienia była hospitalizowana w Szpitalu (...) w G.-R.. Lekarzem prowadzącym jej ciążę był doktor B. i to on założył jej kartę ciąży. Stosowała się do wszystkich zaleceń lekarza i przeprowadzała zlecone jej badania, podczas każdej wizyty w gabinecie lekarz wykonywał u niej badania USG. Ostatnia wizyta u lekarza ginekologa miała miejsce w dniu 30 sierpnia 1999r. i wówczas nie stwierdzono żadnych nieprawidłowości w przebiegu ciąży. Kiedy w dniu 01 września 1999r. zauważyła ,że sączą się jej wody płodowe, niezwłocznie skontaktowała się ze swoim lekarzem, który poinformował ją, że mogą to być symptomy przedwczesnego porodu. W związku z tym zalecił jej aby udała się do Szpitala na Z., bo placówka ta specjalizuje się w ratowaniu wcześniaków i jest tam najlepsza aparatura. Niezwłocznie zatelefonowała do wskazanego Szpitala na Z. , połączono ją z dr S. , która miała wówczas dyżur i poleciła jej przyjechać do szpitala. Na izbie przyjęć pielęgniarka przeprowadzała z nią długi wywiad nie bacząc na to ,że mówiła jej o swoich objawach i że jest już umówiona z lekarzem. Następnie została przewieziona na badanie do dr S. i ta po zbadaniu jej i przeprowadzeniu badania USG zdecydowała o pozostawieniu jej w Szpitalu na Oddziale Patologii Ciąży. Zgodnie z tym ,że miała ścisły reżim łóżkowy , pomimo skrępowania toaletą i czynnościami fizjologicznymi w obecności innych pacjentek stosowała się do tych zaleceń , bo miała pełne zaufanie do lekarzy. Zaznaczyła, że lekarze przychodzili jedynie na obchody ranne i wieczorne i nie informowali jej o przebiegu ciąży, stwierdzając ,że wskazany jest jak najdłuższy okres przedłużania ciąży , a tym samym jej pobyt w szpitalu, po to aby uzyskać jak największą dojrzałość dziecka(otrzymywała leki na rozwinięcie płuc dziecka). Wskazała ,że Szpital przyjmując ją na oddział, wziął na siebie obowiązek odpowiedzialności za nią i jej dziecko i skoro nie dysponował specjalistycznym sprzętem w postaci respiratora i inkubatora transportowego powinien przewieźć ja do innej placówki. Szpital nie spełniał standardów i zaleceń , które obowiązują do chwili obecnej. W jej przypadku na S. porodowej powinien być respirator i inkubator transportowy, a jej syn nie powinien być przeniesiony z S. porodowej jak przedmiot , w serwecie, przykryty becikiem. Zgłaszała swoje złe samopoczucie w dniu 20 września , wezwany przez nią lekarz w badaniach nie stwierdził żadnych nieprawidłowości, po czym w kolejnych dniach też zgłaszała dolegliwości , na co zmieniono jej antybiotyk, ale nie wykonywano jej badań. Nikt jej nie informował o tym ,że może urodzić dziecko chore i nie odczuła niczego, co mogłoby wskazywać na zainteresowanie lekarzy jej przypadkiem i losem jej dziecka, pomimo tego ,że była pacjentką która nie sprawiała żadnego kłopotu personelowi i nawet sama wykonywała sobie badanie KTG, po czym sama podpisywała jego wynik, a pacjentka chodząca zanosila go lekarzom. Na Oddziale było mało pielęgniarek i każda z pacjentek dbała o siebie. Kiedy w dniu 25 września zgłosiła dr S. ,że źle się czuje, zleciła jej badanie USG po porannym obchodzie i na zlecenie lekarza przeprowadzającego to badanie wykonała sobie badanie KTG. Zgłosiła pielęgniarce, że źle się czuje. Dostała rozkurczowy zastrzyk , ale ciągle czuła niepokój, pielęgniarka mówiła jej ,że lekarz jest zajęty i nie może przyjść. Bała się być sama dlatego poprosiła o przyjście do niej koleżanki K. W. (1). Gdy przyszła koleżanka , na jej prośbę informowała pielęgniarki o złym samopoczuciu, a one miały powiadomić lekarza. Wykonała kolejne badanie KTG ok. godz. 16.00 .Potem przyszła do niej jej była szwagierka (siostra jej byłego męża) M. W. i jej także mówiła o swoim złym samopoczuciu. Od czasu otrzymania zastrzyku rozkurczowego o godz. 14.00 do godz. 19.45-do obchodu wieczornego nie pojawił się u niej żaden lekarz i nie zainteresował się jej stanem zdrowia. Na obchodzie wieczornym , gdy zgłosiła złe samopoczucie dr S. , ta zbadała ją stwierdzając u niej rozwarcie na 3 palce i zleciła przewiezienie jej na salę operacyjną. Nie można jej było podać narkozy , bo wcześniej zjadła posiłek i nikt się nią nie zainteresował i nie przygotował na taką ewentualność. Okoliczności te

świadczą o lekceważeniu jej osoby. A. podał jej znieczulenie zewnątrzoponowe i podczas zabiegu była świadoma. Nikt jej nie pokazał dziecka i nie słyszała jego płaczu. Dr S. po porodzie powiedziała jej tylko, że ma syna. Po porodzie, gdy przewożono ją na salę pooperacyjną widziała swoje dwie koleżanki i K. W. powiedziała do niej: „Aniu nie martw się, masz synka, wszystko będzie dobrze.” Po czym otrzymywała leki przeciwbólowe i nikt jej nie informował o stanie zdrowia dziecka. Na następny dzień rano dr B. powiedziała jej, że „synek się załamał i daliśmy go na podtrzymanie”. Wstała i poszła go zobaczyć. Gdy pytała pielęgniarek o to, co się stało, powiedziały jej, że gdy został przyniesiony, to już nie oddychał i że nie mogą z nią rozmawiać na ten temat, a wszystkich informacji udzieli jej lekarz. Z relacji K. W. i M. W. wie o tym, że widziały jak jej synka niosły pielęgniarki, które mówiły, że z dzieckiem jest wszystko dobrze. Dla niej był to cios, że jej dziecko było tak przenoszone. Po tym, jak zaczął oddychać własnym oddechem, na 8 dobę został zainfekowany bakterią klepsyli, która spowodowała u niego zapalenie płuc. Lekarka informowała ją, że dziecko ma jamki malacyjne, które później zrogowacieją i się wchłoną. Termin ten był dla niej niezrozumiały i nie wiedziała, co on oznacza. Na wypisie ze szpitala była umieszczona adnotacja „niedotlenienie okołoporodowe” i żeby skontaktować się z poradnią neonatologiczną- wczesnej interwencji dla wcześniaków. Po odebraniu dziecka ze szpitala jeździła na konsultacje neurologiczne do Szpitala na Z. i tam wykonywano USG mózgu dziecka. Lekarz mówił jej, że w mózgu są „duże obszary zaników: ale tłumaczył, że w związku z tym, że syn jest wcześniakiem, toteż jego rozwój jest nieco inny ale może zostać nadrobiony. Po badaniu tomografem, gdy syn miał 6-7 miesięcy zasygnalizowano jej, że ma zwrócić uwagę na jego rozwój psychoruchowy, bo to budzi ich niepokój- O. miał zaniki czołowo-skroniowe, które mogą świadczyć o zaburzeniach emocjonalnych i nie dostała żadnych informacji, że dziecko jest porażone. Dopiero, gdy syn miał 8 miesięcy podczas badań w Szpitalu w R. dowiedziała się o diagnozie: porażenie mózgowie czterokończynowe, spastyczne. Potem leczyła i rehabilitowała syna, ale dowiedziała się od lekarzy, że od początku było wiadomo, że jej dziecko jest porażone i szkoda, że straciła tyle miesięcy na rehabilitacji, bo byłyby lepsze rokowania jego rozwoju. Dotychczas przeprowadzana i kontynuowana rehabilitacja dziecka, jego leczenie i opieka nad nim pochłania jej wiele pieniędzy. Ponadto oświadczyła, że ma uwagi do niepełnej dokumentacji prowadzonej w Szpitalu na Z. po urodzeniu jej syna, na co wskazywała już w innych sprawach (m.in. cywilnej) i sam szpital to potwierdził, a to jej zdaniem wskazuje na to, że ta dokumentacja nie jest tak oczywista jak to wynika z opinii biegłych. Zwróciła uwagę, że w raporcie pielęgniarskim jest zapis o wyniku saturacji jej syna 96,97, a że wynik ten wg jej wiedzy jest najlepszy-książkowy toteż w tej sytuacji wątpliwy i niezgodny z prawdą, zwłaszcza, że wynik ten na wypisie dziecka ze szpitala wynosił już 93,2. Podobnie zinterpretowała wynik wysycenia tlenkiem syna jako 61,8 przy normie 45., zwłaszcza, że wynik ten na wypisie dziecka ze szpitala wynosił już 93,2. W jej ocenie dokumentacja medyczna jej dziecka nie odpowiada na pytania, co się działo z jej synem po urodzeniu, bo nie wie jak długo leżał i czekał na podłączenie do respiratora, nie wie jaki był jego stan w pierwszych minutach po urodzeniu, jak również w następnych, co się z nim działo po przeniesieniu na (...), kiedy stracił oddech- bo brakuje zapisów z następnych obserwacji. Nie zadawała jej stwierdzenie Szpitala, że dokumentacja byłaby bardziej rzetelna, gdyby się coś działo z pacjentem, bo wg niej, jej dziecko miało prawo do życia. Zgłosiła zastrzeżenia do wypowiedzi innych lekarzy (przesłuchanych na etapie postępowania przygotowawczego), którzy mieli kontakt z jej dzieckiem, co do tego, że nie mieli wiedzy na temat transportu dziecka, jego stanu i wyposażenia S. porodowej w inkubator transportowy. Wskazała na inne pacjentki, które w tym Szpitalu też były źle potraktowane i które mają negatywną opinię o tej placówce. Bulwersuje ją fakt, że przez cały dzień w dniu jej porodu pomiędzy podaniem jej zastrzyku rozkurczowego a badaniem podczas obchodu wieczornego żaden lekarz nie przyszedł do niej i nie zainteresował się jej sytuacją, a to to wg niej nie świadczy o właściwej opiece nad nią. Oświadczyła, że nie zgadza się z wnioskami biegłych opracowujących opinię z Centrum (...) w Ł., bowiem wzięli udział w manipulacji dokumentami, bo te dokumenty nie pozwalają na odtworzenie tego, co działo się z jej dzieckiem po porodzie. Ponadto wg niej w zespole biegłych powinien mieć udział neurolog dziecięcy oraz bakteriolog, a brak lekarzy tych specjalności w opracowaniu opinii miał niewątpliwy wpływ na niewłaściwe jej wnioski, bo nie ma w nich określonej przyczyny niedotlenienia mózgu O. S.. Dodaje, że czuje się oszukana zarówno przez Szpital w G.-Z. jak i przez biegłych lekarzy, którzy myśląc automatycznie wskazali jako przyczynę niedorozwoju dziecka, jego niedojrzałość wywołaną przedwczesnym urodzeniem, nie dokonując przy tym analizy pozostałych okoliczności: opieki nad jej synem, zarówno przed jak i po porodzie w Szpitalu, który nie spełniał standardów na przyjęcie takiego porodu. Sąd ocenił jako wiarygodne zeznania tego świadka w takim zakresie, w jakim podawane przez A. S. (1) okoliczności znajdują potwierdzenie w innych dowodach, a zwłaszcza w dokumentacji lekarskiej co do okoliczności związanych z przebiegiem jej ciąży, odpływaniem wód płodowych, przyjęciem do szpitala oraz porodem. Niemniej pozostała część

jej zeznań w ocenie Sądu jest rezultatem silnego napięcia emocjonalnego związanego z mocą zdarzenia, co mogło skutkować nadmierną interpretacją pewnych faktów, w szczególności jeżeli wziąć pod uwagę, że była ona zawiedziona tym, że doszło do przedwczesnego porodu dziecka, u którego stwierdzono porażenie mózgowie pod postacią diparezy spastycznej, w konsekwencji niepełnosprawnego i nieuleczalnie chorego, zdanego na jej opiekę do końca życia. Sąd w dalszej części uzasadnienia ustosunkuje się do poszczególnych uwag tego świadka w kontekście ustaleń stanu faktycznego.

Szczególnie istotne znaczenie w niniejszej sprawie miały natomiast dowody w postaci opinii biegłych z zakresu medycyny, albowiem nie budzi wątpliwości, iż z uwagi na charakter i przedmiot sprawy ocena prawidłowości zachowania oskarżonych, ale także innych osób, wymagała posiadania wiadomości specjalnych z zakresu medycyny. Z tego względu w toku postępowania zostały dopuszczone opinie zespołów biegłych, następnie uzupełniane za pomocą ustnych i pisemnych opinii uzupełniających. Niemniej jednak w ocenie Sądu wydane w niniejszej sprawie opinie, przy uwzględnieniu także pozostałego materiału dowodowego ocenianego przy uwzględnieniu zasad logicznego rozumowania i wskazań doświadczenia życiowego, były wystarczające do rozstrzygnięcia sprawy.

Zeznania M. W. oraz A. W. dostarczyły informacji o kontaktach przed porodem A. S. (1), w dniu jej porodu oraz tego, że widziały one wynoszone dziecko z sali porodowej na (...). Zeznania te korespondują z zeznaniami A. S. (1) i jako logiczne i konsekwentne zasługują na danie im wiary. Sąd z ostrożnością podszedł do oceny tej części ich zeznań, w których wskazały, że nie widziały u niesionego dziecka żadnych rurerek (zawiniątka nie wystawały żadne rurki ani przewody), albowiem z uwagi na niewielkie, wręcz znikome wielkości rurek do intubacji tak małych pacjentów oraz sposób zawinięcia dziecka, a dodatkowo jego obserwacja z odległości kilku metrów nie może być jednoznaczna z tym, że dziecko nie było zaintubowane, a lekarka niosąca dziecko obsługując worek (...) nie wspomagała w ten sposób jego oddechu. Ta część ich zeznań jako sprzeczna z wyjaśnieniami oskarżonej A. S. (2), dokumentacją medyczną oraz opiniami sądowno-lekarskimi, toteż nie zasługiwała na danie im wiary.

Jako wiarygodne zostały ocenione zeznania świadków: P. B. (1) oraz D. S.. P. B. (2)-lekarz prowadzący ciążę A. S. (1) zeznał, że opiekował się nią od 17 do 25 tygodnia ciąży. Pacjentka zgłosiła się do niego skarżąc się na bóle w podbrzuszu, które ustąpiły po przepisaniu jej leków rozkurczowych i zaleceniu oszczędnego trybu życia. Na kolejnych dwóch wizytach kobieta skarżyła się mu na ból, który pojawiał się przy wysiłku, niemniej podczas przeprowadzanych badań nie stwierdził żadnych nieprawidłowości do dnia 30 sierpnia 1999r. ciąża przebiegała prawidłowo. Ocenił tę ciążę jako zagrożoną z uwagi na dolegliwości bólowe. Natomiast D. S., który był lekarzem stażystą na Oddziale ginekologii od 1.10.1998r. do 30.09.1999r. składał swoje zeznania w oparciu o dokumentację lekarską, którą wypełniał na polecenie lekarza nadzorującego. Nie odpowiadał wówczas za diagnostykę i leczenie szpitalne. Potwierdził, że to on wypisywał epikryzę dotyczącą pobytu A. S. (1) w szpitalu, która została przyjęta w 8 tygodniu ciąży na oddział z powodu płamienia z dróg rodnych. Zostały wykonane badania, a ich wyniki nie wykazały cech infekcji. W badaniu USG stwierdzono u pacjentki odwarstwienie kosmówki i to mogło być przyczyną krwawienia. Podczas jej pobytu w tym szpitalu nie wykonywano u niej badań bakteriologicznych, bo nie było takich wskazań. Okoliczności podawane przez tych świadków wzajemnie się uzupełniają zarówno z zeznaniami A. S. (1), jak i dokumentacją lekarską, tworząc jednolitą całość, tym samym zasługują na danie im wiary, nie znajdując podstaw do ich kwestionowania.

Mając powyższe na względzie, Sąd uznał wyjaśnienia M. S. oraz A. S. (2) co do przebiegu zdarzeń poprzedzających poród, jego przebieg oraz następujących po nim, za wiarygodne.

Odnosnie prawidłowości postępowania oskarżonych i zasadności postawionej przez nie diagnozy, Sąd dysponował opinią biegłych z Instytutu Centrum (...) w Ł. w składzie: prof. nadzw. dr hab. n. med. E. G.-Kierownika Kliniki (...) oraz prof. dr hab. n. med. G. K. – Kierownika Kliniki (...). Biegli wydali opinię na zlecenie Prokuratury, zaś następnie opinię uzupełniającą na zlecenie Sądu, po czym w związku z koniecznością ustosunkowania się do zastrzeżeń A. S. (1) jeszcze jedną dodatkową opinię uzupełniającą w formie pisemnej, odpowiadając w sposób zwięzły, lecz jasny, logiczny i wewnętrznie niesprzeczny na zadane pytania. W tej sytuacji stwierdzić należy, że opinia spełnia warunki stawiane przez przepisy kodeksu postępowania karnego. Biegli dysponują wiedzą fachową, a ich kompetencje nie budzą wątpliwości Sądu, nie zostały też w sposób zasadny podważone przez żadną ze stron. W tym miejscu wskazać też

należy, że podstawą do zakwestionowania opinii biegłych nie może być sam fakt, że strona nie zgadza się z wnioskami tej opinii; strona może wykazać stronniczość biegłych, ich niekompetencję, wewnętrzną sprzeczność w twierdzeniach zawartych w opinii- a żadna z tych okoliczności nie została w niniejszej sprawie wykazana. Ewentualne wątpliwości co do stanowiska biegłych zostały rozstrzygnięte poprzez przedstawienie im dodatkowych pytań i uzyskanie opinii uzupełniających. Wskazać w szczególności należy, że nie można skutecznie kwestionować obiektywizmu biegłych poprzez ogólne powoływanie się na solidarność lekarską czy też automatyzm i przywiązanie się do sformułowanych wniosków, gdyż każdy przypadek jest inny, indywidualny, a w praktyce sądowej można spotkać się zarówno z opiniami zespołów biegłych stwierdzających błędną diagnozę i postępowanie lekarza, jak też stwierdzające, iż lekarz postąpił prawidłowo. Mając wszystko powyższe na względzie, Sąd nie widzi podstaw do zakwestionowania opinii biegłych wydanej w tej sprawie.

Z treści obszernej opinii płyną w ocenie Sądu następujące najistotniejsze wnioski:

- Przedwczesne odpłynięcie płynu owodniowego może mieć różną etiologię. Najczęściej związane jest ze wstępującym zakażeniem dolnego bieguna jaja płodowego, szczególnie jeżeli rozwiera się kanał szyjki macicy-formowana szyjka z zamkniętym kanałem wypełnionym śluzem stanowi skuteczne zabezpieczenie przed florą bakteryjną pochwy). Odpłynięcie płynu owodniowego może nastąpić również w wyniku postępującego rozwierania się kanału szyjki – wówczas pęcherz płodowy traci podparcie i ulega pęknięciu. Niemniej w przypadku A. S. (1) biegły wskazał, że przedwczesne odpłynięcie płynu owodniowego nie wynikało z zaniedbania A. S. (1) (która zgłaszała się co 3-4 tygodnie na kontrolne wizyty), a przyczyn w tej sytuacji należy poszukiwać w innych patologiach jak np.: przebyta infekcja bakteryjna lub wirusowa matki lub też nieprawidłowa budowa pęcherza płodowego. Czynnikiem wpływającym na przedwczesne odpłynięcie płynu owodniowego może być wiele i nie zawsze da się je ustalić. W tym przypadku była to prawdopodobnie infekcja wstępująca pochwy (wyhodowano gronkowca skórno metycylinoodpornego).
- Postępowanie z ciężarną w tak wczesnej ciąży jest z reguły zachowawcze (po wykluczeniu infekcji jaja płodowego). Standard ten obowiązuje we wszystkich ośrodkach o wysokiej preferencyjności na całym świecie.
- Korzystniejsze dla płodu jest przedłużenie czasu trwania ciąży, a tym samym zapewnienie większej dojrzałości płuc i naczyń mózgowym, niż szybkie ukończenie ciąży w obawie przed infekcją płodu.
- postępowanie lekarskie w szpitalu im. św. W. - A. można określić jako profesjonalne i konsekwentne.
- Ciężarnej wykonano rozmaz z kanału szyjki macicy (wyhodowano gronkowca skórno metycylinoodpornego), podano antybiotyki, glikokortykosterydy oraz leki tokolityczne. Badanie potwierdziło zakażenie pochwy i szyjki macicy w czasie przyjęcia do szpitala.
- Z dużą częstotliwością (co drugi dzień) oznaczano parametry infekcji u ciężarnej (leukocytozę i (...)). Dwukrotnie w ciągu dnia wykonywano zapis KTG. W w/w badaniach nie stwierdzano odchyłań od stanu prawidłowego.
- W dniu 25.09.2009r. w godzinach popołudniowych wystąpiła regularna czynność skurczowa. Był to 29 tydzień ciąży, a więc noworodek narażony był na zagrożenia wynikające z głębokiego wcześniactwa, w tym na skłonność do krwawień z naczyń mózgowych. Z tego powodu niektórzy położnicy preferują rozwiązanie ciąży cięciem cesarskim. Ten sposób wybrano w przypadku A. S. (1)
- Choroba dziecka (porażenie mózgowo) wynikała najprawdopodobniej z głębokiego wcześniactwa spowodowanego przedwczesnym odpłynięciem płynu owodniowego, a stwierdzone zmiany malacyjne w mózgu dziecka po jego porodzie nie wynikały z niewłaściwego postępowania zespołu położniczego po przyjęciu ciężarnej A. S. (1) do szpitala.
- Opieka nad ciężarną i rodzącą A. S. (1) na Oddziale Położniczo-Ginekologicznym Szpitala (...) św. W. A. w G. -Z. była prawidłowa

- Nie doszukano się niewłaściwych decyzji czy też braku zaangażowania ze strony personelu.
- Przygotowanie do porodu i opieki nad przedwcześnie urodzonym O. S. powinno mieć miejsce w ośrodku referencyjnym.
- O. (K.) S. urodzony został w dniu 25.09.1999 w 29 tyg. ciąży z (...) dr. c.c. z m. ur. 1400g. Wody płodowe zaczęły odpływać w dniu 1.09.1999- był to 25 tydzień ciąży. Szansę na przeżycie noworodków urodzonych w tym tygodniu ciąży są nadal bardzo małe a wyniki leczenia tej grupy pacjentów nadal niezadawalające. W roku 1999 tj. 10 lat temu (były to pierwsze lata funkcjonowania programu poprawy opieki perinatalnej) szansę na przeżycie takich dzieci były bliskie zeru. Nadal w niektórych krajach Europy Zachodniej nie podejmuje się resuscytacji dzieci urodzonych poniżej 27 tyg. ciąży. Z tego powodu postępowanie położnicze (włączenie tokolizy, diagnostyka zakażenia i leczenie przeciwbakteryjne, podanie sterydów celem stymulacji płuc płodu) było jak najbardziej uzasadnione. Także w 29 tygodniu ciąży noworodek nie jest przygotowany do samodzielnego życia pozalonowego, noworodki takie zazwyczaj wymagają wspomagania oddechu, mogą mieć problemy kardiologiczne, zaburzenia termoregulacji, zaburzenia metaboliczne, zazwyczaj wymagają w pierwszych dniach żywienia pozajelitowego.
- Stan zdrowia noworodka uzależniony jest od porodu przedwczesnego oraz przebiegu ciąży powikłanej przedwczesnym odpływaniem płynu owodniowego, oraz zmian w ośrodkowym układzie nerwowym pod postacią torbielowatej leukomalacji okołokomorowej
- W tym przypadku miały miejsce przedurodzeniowe czynniki ryzyka wystąpienia leukomalacji okołokomorowej, której konsekwencją jest mózgowe porażenie dziecięce, w postaci:

-przedwczesnego odpłynięcia płynu owodniowego

- poród w 29 tyg ciąży

- zapalenia błon płodowych, sznura pępowinowego,

- tachycardia płodu mogła świadczyć o toczącym się procesie zapalnym.

- krwawienia przed porodem.

- Przedwczesne odpłynięcie płynu owodniowego i zakażenia okołoporodowe są obecnie uznane za 2 główne czynniki wystąpienia leukomalacji okołokomorowej i nieprawidłowości istoty białej u noworodków o urodzeniowej masie ciała < 1500g. Obserwacje kliniczne wskazują, iż istotnym ryzykiem wystąpienia mózgowego porażenia dziecięcego obarczone są noworodki urodzone przedwcześnie z ciąży powikłanej przedwczesnym pęknięciem błon płodowych oraz cechami tzw. chorioamnionitis (zapalenie błon płodowych). Wzajemne relacje pomiędzy infekcją wewnątrzmaciczną ((...)), krwawieniem do-i okołokomorowym, leukomalacją okołokomorową i mózgowym porażeniem dziecięcym (CP-cerebral palsy) były przedmiotem licznych doniesień. Zależności te ((...), (...), P. oraz CP) obserwowane są znacznie częściej wśród noworodków urodzonych pod koniec drugiego trymestru ciąży aniżeli wśród dzieci o większej dojrzałości. W. z ciąż powikłanych procesem zapalnym owodni są 3-4-krotnie częściej (wg. Y. nawet 9x częściej) zagrożone krwawieniem do- i okołokomorowym aniżeli dzieci pochodzące z ciąż nie powikłanych zakażeniem. Epidemiologiczny związek pomiędzy infekcją wewnątrzmaciczną a krwawieniem do (...), jak również uszkodzeniem istoty białej (PYL) u noworodka może być przynajmniej częściowo wyjaśniony również poprzez biologiczny efekt cytokin prozapalnych. Podwyższony poziom IL-1p, IL-6, (...)a obserwowano u noworodków we krwi pępowinowej, których matki wykazywały zarówno kliniczne jak i histologiczne cechy infekcji wewnątrzmacicznej. C. prozapalne np. (...).cc, IL-1p, IL-6 produkowane w reakcji na infekcje wewnątrzmaciczną są odpowiedzialnie zarówno za wywołanie porodu przedwczesnego jak i uszkodzenie okołokomorowej istoty białej. W takich przypadkach podwyższone stężenie cytokin można stwierdzić we wszystkich trzech kompartmentach: macicy, krążeniu płodu oraz w mózgu płodu.

- Częstość PYL wśród noworodków urodzonych przedwcześnie o masie < 1500gram wg danych z USA wynosi w różnych ośrodkach od 4-do 28%. W badaniach autopsyjnych noworodków urodzonych przedwcześnie leukomalacja okołokomorowa występuje aż u 75%. Około 60-100% dzieci z PYL rozwija w późniejszym okresie objawy mózgowego porażenia dziecięcego. D. spastyczna jest najczęstszą postacią. (...) wśród dzieci z umiarkowaną PYL. Dzieci z ciężką postacią leukomalacji okołokomorowej najczęściej rozwijają porażenie czterokończynowe. Jakkolwiek opisano również pourodzeniowe czynniki ryzyka wystąpienia PYL to jednak wyniki badań obrazowych ośrodkowego układu nerwowego O. S. i obserwowana ewolucja tych zmian świadczą dobitnie, iż do uszkodzenia istoty białej okołokomorowej doszło już w okresie przedporodowym. Analizując dokumentację nie ma podstaw do stwierdzenia, iż doszło do niedotlenienia płodu/novorodka w trakcie hospitalizacji ciężarnej i jej dziecka.
- Pierwsza ocena w skali A. wynosiła 6 punktów, w kolejnych minutach życia wystąpił bezdech - noworodek wentylowany był Aparatem A., nie uzyskując poprawy został zaintubowany i do czasu podłączenia do respiratora w oddziale, wentylacja prowadzona była aparatem A.. (...) na odległość 50 m bez użycia inkubatora transportowego nie można uznać za błąd w sztuce o ile opieka termalna oraz prowadzona w tym czasie wentylacja są wystarczające. Pierwsze badania gazometryczne wykonane zostały w oddziale po przyjęciu dziecka, a jego wynik nie świadczy o przebytych w tym okresie niedotlenieniu. Za bezdech który wystąpił w sali porodowej mogły być odpowiedzialne zmiany obserwowane w ośrodkowym układzie nerwowym o typie leukomalacji okołokomorowej.
- transport dziecka na rękach nie jest optymalny , jednak przy braku innych możliwości realizacji transportu tj. w ogrzonym inkubatorze transportowym przy zastosowaniu adekwatnych parametrów wentylacji możliwe jest przeniesienie dziecka do (...) (zwłaszcza na odległość 50 m). Opinię tę begła wyraziła na podstawie własnych doświadczeń z przeszłości podczas transportu dzieci karetką N. Do czasu wykonania odpowiednich podjazdów we wszystkich szpitalach położniczych zdarzały się sytuacje gdy zespół transportujący nie mógł wykorzystać inkubatora transportowego i znosił noworodka do karetki N na rękach wentylując aparatem A.. Doświadczony zespół neonatologiczny jest w stanie zapewnić bezpieczny transport dziecka na odległość 50-100 m, z drugiej strony sam fakt transportowania dziecka w inkubatorze transportowym ale np.: przy braku optymalnie dobranych parametrów wentylacji i opieki termalnej także może nie zapewnić pełnego komfortu noworodka. W przedstawionej dokumentacji noworodka nie ma dowodów na pogorszenie stanu dziecka w wyniku transportu do oddziału, W trakcie hospitalizacji noworodka z różnych powodów mogą być odłączone od respiratora (np: konieczność preintubowania - wymiany rurki intubacyjnej, wymiany rur układu respiratora) i w tym czasie prowadzona jest bezpieczna wentylacja manualna.
- W dokumentacji brak jest dowodów na związek przyczynowy pomiędzy działaniem zespołu neonatologicznego a stanem zdrowia dziecka. Właściwe działanie tego zespołu doprowadziło do przeżycia pacjenta, natomiast ewidentnie zły wynik neurologiczny pacjenta wynika ze stwierdzonej leukomalacji okołokomorowej. Jeśli do uszkodzenia istoty białej okołokomorowej doszło w okresie przedurodzeniowym to dalsze prawidłowe postępowanie nie zatrzyma postępu i ewolucji typowych zmian w ośrodkowym układzie nerwowym. Nie ma obecnie żadnej metody leczniczej leukomalacji okołokomorowej. Prawidłowe postępowanie neonatologiczne jedynie uchroni przed nakładaniem się czynników przed i pourodzeniowych, które mogłyby nasilić zmiany PYL.
- Istota schorzenia dziecka A. S. (1) - leukomalacja okołokomorowa nie jest zależna od sposobu transportu dziecka po urodzeniu.
- Co prawda, zachłyśnięcie jest przyczyną niedotlenienia (...), niemniej w przypadku O. S. przyczyną (...) (mózgowe porażenie dziecięce) jest leukomalacja okołokomorowa.
- Noworodek został zaintubowany w sali porodowej (dowód- opisy resuscytacji i wpis dotyczący punktacji A.), transportowany na odległość ok. 50-100m z zabezpieczeniem wentylacją wspomaganą. W tej sytuacji nie miało

znaczenia czy noworodek miał własny napęd oddechowy. W pierwszych kilkunastu minutach po stwierdzeniu bezdechu stosowanie wentylacji zastępczej ap. A. jest wystarczające.

- Istota schorzenia dziecka A. S. (1) - leukomalacja okołokomorowa nie jest zależna od resuscytacji noworodka. W Polsce resuscytacja prowadzona jest zgodnie ze standardami (...) i A. i żaden neonatolog nie czeka bez reakcji przez 3 minuty opóźniając podjęcie czynności resuscytacyjnych (biegła podkreśliła ,że nie ma ta kwestia zastosowania do sytuacji dziecka A. S. (1))
- W pierwszych minutach życia prawidłowo prowadzona wentylacja zastępcza jest wystarczająca (poprzez maskę twarzową lub rurkę intubacyjną). Okres 10 minut jest standardowym przedziałem jaki mija do czasu podłączenia noworodka do respiratora. W omawianym przypadku nie zachodzi związek przyczynowo-skutkowy,
- U noworodka stwierdzano kolonizację przewodu pokarmowego florą G minus, która jednak nie prowadziła do objawów zakażenia noworodka i w związku z tym nie prowadziła do zmiany jego stanu klinicznego (pogłębienia uszkodzenia mózgu). Najbardziej prawdopodobne czynniki , które doprowadziły do zapalenia płuc

wydają się 2 wersje:

1. zakażenie wrodzone drobnoustrojami atypowymi np.; U. nr. -drobnoustrój ten odpowiedzialny jest za zakażenia perinatalne, mógł on być odpowiedzialny za stan zapalny błon owodniowych (u matki 3 tygodnie odpływały wody płodowe, wynik badania histopatologicznego płodu: mikroskopowo w łożysku i błonach przyłożyskowych drobne ognisko martwicy z ropieniem) oraz. Doprowadzić to mogło do zakażenia płodu drogą wstępującą, po porodzie objawem zakażenia jest zapalenie płuc, z obfitą wydzieliną. Objawem zakażenia noworodka była też wysoka leukocytoza stwierdzana w pierwszych dniach po urodzeniu, po urodzeniu: L- 47,4, 8 form młodych.seg-63, w kolejnym dniu 62,5tys. 4 formy młode. W rutynowo wykonywanych posiewach bakteriologicznych nie można potwierdzić , tego rodzaju zakażenia.

Diagnostyka tych zakażeń 10 lat temu nie była rozpowszechniona w Polsce. Wykazano,-równie związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy zakażeniami atypowymi w okresie noworodkowym a rozwojem dysplazji oskrzelowo-płucnej.

2. tzw. odrespiratorowe zapalenie płuc ((...)), które jest efektem podłączenia noworodka do respiratora.

Zapalenie płuc mogło mieć wpływ na wydłużenie czasu tlenoterapii oraz czasu hospitalizacji dziecka. Opisany w dokumentacji medycznej przebieg zapalenia płuc nie wpływał na zakres uszkodzenia mózgu.

- Rozpoznanie MPDz nigdy nie jest stawiane w okresie noworodkowym. Można je postawić w kolejnych miesiącach życia dziecka w miarę jego rozwoju psychoruchowego, zazwyczaj po raz pierwszy ok. 6 m-ca życia. Rehabilitacja rozpoczęta została w trakcie kolejnej hospitalizacji dziecka tj. w grudniu 1999 czyli przed postawieniem rozpoznania mpdz. Licząc wg wieku korygowanego dziecka 40 tygodni upływało 15 grudnia. 1999 - był to przewidywany termin porodu.
- W dokumentacji zawarta jest ocena w skali A. w 1 minucie życia oraz w 3 lub 5 minucie (zapis nieczytelny). Zanotowano, iż akcja serca oceniana była dwukrotnie na 2 pkt, co oznacza, iż stale wynosiła powyżej 100/ minutę, oddech prowadzony był poprzez r.inmbacyjną, zabarwienie skóry oceniono na 0 pkt co oznacza sinicę uogólnioną. Należy dodać iż o ile akcja resuscytacyjna przebiega standardowo i stan dziecka nie ulega zmianie wielu neonatologów nie notuje kolejnych parametrów o ile dziecko jest zaintubowane. Punktacja A. opracowana została ponad 50 lat temu (1952r), i wówczas nie przewidywano sytuacji resuscytacji i leczenia tak małych pacjentów. Dopiero w 2006 Amerykańska Akademia (...), C. on F. and N. oraz A. College of O. and G., and C. on O. P. opracowały tzw. rozszerzoną punktację A. dla noworodków wymagających resuscytacji. W Polsce nadal nie jest ona powszechnie stosowana. Powszechną praktyką w oddziałach noworodkowych jest opisanie czynności resuscytacyjnych w sali porodowej, oraz stanu dziecka po przyjęciu do oddziału, z podaniem parametrów wentylacji kontrolowanej tak jak w przypadku O. S.. W ocenie biegłej dokumentacja jakkolwiek nie jest bardzo szczegółowa zawiera jednak podstawowe, niezbędne dane. Z dokumentacji wynika, iż intubacja miała miejsce

między 3 a 12 minutą życia. W 1 minucie życia ocena wynosiła 6 pkt, następnie wystąpił bezdech, próba stymulacji i wentylacji aparatem A.. W opinii biegłej praktycznie najwcześniej można było zaintubować tego noworodka w 3 minucie życia. Kolejne minuty należy doliczyć na przekazanie noworodka do (...) i podłączenie dziecka do respiratora. Resuscytacja miała miejsce na sali porodowej, elementami resuscytacji jest wentylacja ap. A., intubacja, wentylacja poprzez rurkę dotchawicza. Po zabezpieczeniu oddechu, wentylacja sztuczna, a przy zadawalającej akcji serca pozostało przetransportować noworodka do (...). Biegła zaznaczyła, że nie ma podstaw do twierdzenia, iż resuscytacja została przerwana. Po zabezpieczeniu oddechu noworodka (noworodek został zaintubowany, prowadzono oddech zastępczy), przy braku objawów niewydolności krążenia noworodek wymagał przekazania do (...) i podłączenia do respiratora. Można powiedzieć iż została ona zakończona po zapewnieniu dziecku oddechu zastępczego.

- Na podstawie dokumentacji medycznej załączonej do akt sprawy można powiedzieć z całą pewnością, że resuscytacja noworodka nastąpiła w odpowiednim czasie, tzn. po wystąpieniu bezdechu u noworodka w sali porodowej, z prawidłową sekwencją czynności resuscytacyjnych. W tym zakresie zanotowano podstawowe czynności oraz sekwencje zdarzeń. Nie ma potrzeby podłączania noworodka po resuscytacji w sali porodowej do respiratora. Po uzyskaniu stabilizacji krążeniowo-oddechowej noworodki transportowane są do (...), i dopiero tam podłączane są do respiratora. Optymalną metodą jest transport w inkubatorze z respiratorem transportowym, w przypadku jego braku możliwe było zapewnienie oddechu wspomaganego ap. A.. Zgodnie z dokumentacją upłynęło od 10-15 min-max 15 minut do podłączenia do respiratora.
- W analizowanej dokumentacji opisano bezdech bezpośrednio po urodzeniu tj. w sali porodowej. W trakcie resuscytacji noworodek został zaintubowany, tzn. że prowadzono oddech zastępczy przez rurkę intubacyjną, w tym czasie nie miało znaczenia czy noworodek miał własny napęd oddechowy.
- wyniki saturacji noworodka O. S. już po przyjęciu do oddziału, kiedy był już zaintubowany (intubacja odbyła się na bloku porodowym) i podłączony do respiratora, wskazuje że tak dobre, wysokie saturacje są jedynie jednym z licznych analizowanych przez lekarzy parametrów. Wskazują na fakt, iż krew noworodka jest dobrze i wystarczająco utlenowana. Odnotowane w dokumentacji wyniki saturacji w opinii biegłego należy uznać za wiarygodne i w ich poziomach nie ma nic niezwykłego. Noworodek zaintubowany i leczony przy pomocy respiratora o ile jest w stanie ustabilizowanym, powinien mieć dobre, wysokie wyniki saturacji krwi. Nie świadczy to natomiast, iż noworodek w ocenianej chwili jest w stanie dobrym, takiego stwierdzenia nie można postawić w przypadku dziecka leczonego w oddziale intensywnej terapii i podłączonego do respiratora.
- nie wiadomo do końca jakie są prawidłowe wartości (...) u niedojrzałego płodu. Stwierdzenie „norma” sugeruje stan fizjologiczny, a wcześniactwo takim stanem nie jest. Wiadomo, iż płód przebywa w środowisku wewnątrzmacicznym w warunkach tzw. względnego głodu tlenowego z niskimi wartościami parcjalnego tlenu. Po urodzeniu wartości tlenu i CO₂ zmieniają się stopniowo. Wg rekomendacji dotyczących resuscytacji za prawidłowe wartości saturacji po urodzeniu należy uznać w pierwszej minucie ok. 60-65% i dopiero w 10 minucie życia około 85-95%. Nie ma tak precyzyjnych danych dotyczących zmian wartości CO₂ po urodzeniu. Za prawidłowe stężenie należy uznać wartości do 50 mmHg; wyższe wartości w zakresie 50-60 mmHg są lekko nieprawidłowe, umiarkowanie nieprawidłowe 61-70 mmHg, natomiast ciężkie zaburzenie dopiero powyżej 70 mmHg
- wyniki wskazane w karcie wypisowej ze szpitala (...) po jego urodzeniu nie są „idealne”, jednak nie świadczą też o głębokim niedotlenieniu, a wynik 85 mmHg jest wysoki. O zmianach sugerujących niedotlenienie można mówić przy wartościach <60 mmHg, a istotne klinicznie są wartości <50mmHg
- wynik (...) jako 61,8 u O. S. jest umiarkowanie prawidłowy i nie odpowiada za zwężenie naczyń mózgowych. Do zwężenia naczyń krwionośnych prowadzi zbyt niskie stężenia parcjalne (...). Tak dzieje się u noworodków donoszonych lub urodzonych blisko terminu porodu. Reakcja naczyń krwionośnych u wcześniaków jest jednak bardzo niedojrzała i słabo wyrażona, nadal trwają eksperymentalne prace badawcze w tym zakresie.

- W przypadku pierwszego wyniku gazometrii 15 min po urodzeniu O. S. , który był prawidłowy, nie można zakładać ,że gdyby był on robiony wcześniej to byłby nieprawidłowy, ponieważ niedojrzały wcześniak nie jest w stanie w tak krótkim czasie wyrównać istotnych dla stanu klinicznego zaburzeń biochemicznych
- U niedojrzałych wcześniaków często występują epizody oddechu periodycznego lub tzw. bezdechy. Trwają one kilkanaście sekund, epizody takie często kojarzą się bradykardią i spadkami saturacji. Powtarzają się często wielokrotnie w ciągu doby i są charakterystycznym zjawiskiem u dzieci niedonoszonych są to tzw. bezdechy wcześniaków, które wymagają podaży leków stymulujących ośrodek oddechowy lub nawet wsparcia oddechu noworodka przy pomocy aparatury. Nie oznacza to jednak ,że u tych noworodków dojdzie do rozwoju leukomalacji okołoporodowej, a w późniejszym okresie życia do mózgowego porażenia dziecięcego. Jedynie nieleczone, długotrwałe i powtarzające się bezdechy mogłyby mieć znaczenie kliniczne w zakresie dalszego rozwoju neurologicznego

Jak wskazano wyżej opinia biegłych w ocenie Sądu jest zupełna i logiczna. W tej sytuacji Sąd uznał wnioski opracowanej opinii za wiarygodne, czyniąc je podstawą dokonania ustaleń faktycznych.

W świetle opinii biegłych postępowanie oskarżonych w zaistniałej sytuacji uznać należy za uzasadnione.

Odnosząc się do zarzutów A. S. (1) , jakoby w opracowaniu opinii zabrakło wypowiedzenia się biegłych z zakresu neurologii dziecięcej i bakteriologii, Sąd w tej mierze w całej rozciągłości przychylił się do stanowiska biegłych ,którzy wydali opinię dla potrzeb tej sprawy wskazując ,że biegli wypowiadają się co do wiedzy i doświadczenia, a bakteriolog ani neurolog nie mają doświadczenia w prowadzeniu porodu ani w leczeniu wcześniaków. Przedmiotowa sprawa dotyczy wcześniactwa i przebiegu okresu okołonorodkowego O. S. ,a nie przebiegu jego leczenia już po hospitalizacji pourodzeniowej. Biegli nie dopatrzili się nieprawidłowości w postępowaniu z A. S. (1) w dniu jej porodu, uznając że skoro przez okres jej pobytu czyniono wszystko w tym celu aby powstrzymać akcję porodową, tym samym dużą niekonsekwencją byłoby przyspieszenie porodu , kiedy nasiliły się jego symptomy. Biegli nie podzielili zastrzeżeń A. S. (1) , co do tego ,że Szpital (...). W. A. w G.-Z. nie był przygotowany na przyjęcie jej przedwczesnego porodu uznając ,że wbrew jej opinii spełniał on kryteria ośrodka referencyjnego , zapewniając wyszkolony w zakresie resuscytacji noworodka personel medyczny oraz przygotowany do natychmiastowego użycia sprzęt do resuscytacji noworodka (na karcie 20 opinii z (...) z Ł., biegła E. G. przywołuje standard świadczenia usług medycznych (...), materiały dla świadczeniodawców i płatników Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej. W. lipiec 1999r. dla Szpitali z II stopniem Referencji).

Nieuzasadnione są jej dalsze sugestie jakoby dokumentacja medyczna była niepełna , a zawarte w nich dane o wynikach jej dziecka miały być wątpliwe, albowiem jak wynika z wypowiedzi biegłych nie odbiega ona od standardów obowiązujących w tamtym czasie, a dane w nich zawarte były wystarczające do wydania opinii. W tym miejscu należy podnieść ,że na zmianę stanowiska Sądu nie może wpływać po wielokroć powoływana argumentacja A. S. (1) wysnuta na podstawie wybiórczo przedstawianej przez nią tez z literatury medycznej, czy też wydrukach z internetu itp., mająca świadczyć o rzekomej manipulacji wynikami jej syna i tym samym wskazywać na inne przyczyny niedorozwoju dziecka , nie dopuszczając w ten sposób do siebie tego ,że źródłem ciężkiego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego jest w tym przypadku ogólny niedorozwój płodu w chwili przedwczesnego urodzenia. Biegli wskazali na brak jakiegokolwiek związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy postępowaniem lekarzy o stanem O. S.. Nie miało na to wpływu powstrzymanie akcji porodowej, przebieg porodu ani późniejsza opieka i zabiegi wykonywane przy noworodku. Ani czas intubacji dziecka , ani sposób jego przenoszenia nie miały wpływu na to, że był on w ogólnym stanie niedorozwoju już w chwili narodzin i nie był zdolny do samodzielnego życia i żadna aparatura ani procedury i inne okoliczności (w tym zainfekowanie dziecka , które miało spowodować jego zapalenie płuc) podawane przez A. S. (1) nie miały wpływu na pogłębienie się tego niedorozwoju. Biegła prof. E. G. zaakcentowała (k.389) ,że poza koncentracją w zakresie niedotlenienia (wokół czego skupia uwagę A. S.) , bardzo istotnym elementem odpowiedzi zapalnej ze strony organizmu płodu , kiedy to przez okres 3-4 tygodni odpływania płynu owodniowego pomimo prawidłowości postępowania położniczego toczył się proces zapalny , a wynik badania histopatologicznego łożyska stwierdzał drobne ogniska martwicy i ropienia mógl doprowadzić do odpowiedzi płodu na tego rodzaju zakażenie ,

które łatwo mogło przeniknąć do mózgu płodu i w konsekwencji odpowiadać za powstanie zmian w ośrodkowym układzie nerwowym. W ocenie Sądu nie mogą się spotkać z aprobatą i te zarzuty A. S. (1), w których wskazuje, że nie wiedziała o uszkodzeniu mózgu dziecka i zbyt późno postawiono diagnozę, co uniemożliwiło prowadzenie rehabilitacji albowiem przeczą temu wyniki dziecka, z którymi się zapoznawała oraz wpisywane w dokumentację lekarską zalecenia badań neurologicznych. Ostateczna diagnoza była możliwa do postawienia dopiero z upływem czasu, ze wzrostem dziecka i obserwacja jego rozwoju. Biegli analizując dokumentację lekarską nie uznali aby było możliwe to wcześniej niż przed datą 23 sierpnia 2000r., przy czym rehabilitacja rozpoczęta została w trakcie kolejnej hospitalizacji dziecka, tj. w grudniu 1999r. czyli przed postawieniem rozpoznania MPDz.

W tym miejscu należy zaznaczyć, że w aktach sprawy cywilnej stanowiącej załącznik do akt niniejszej sprawy znajduje się także sprawozdanie sądowo – lekarskie wraz z opiniami (k. 263-264,265-268,420-425,427-473) sporządzone na potrzeby postępowania toczącego się przed sądem cywilnym przez biegłego dr n. med. R. A. z Instytutu (...) w W., opinia zespołu biegłych (...) J., w składzie: Dr hab. J. K. –specjalista ginekolog położnik, prof. Dr hab. R. L. specjalista neonatolog, dr. (...) T. K.-adiunkt Katedry Medycyny Sądowej oraz opinia prof.dr hab. E. H.-Konsultanta Krajowego w dziedzinie neonatologii, ponadto w aktach postępowania przygotowawczego PR w S. DS. 2326/09) znajduje się opinia prof.dr hab.med. J. S. z (...) w P., które w ocenie Sądu także zasługują na uwzględnienie jako pełnowartościowy materiał dowodowy. Wyciągnięte przez nich wnioski są zbieżne z tymi, które zostały przeprowadzone po analizie całokształtu dokumentacji lekarskiej przez biegłych opracowujących opinię dla potrzeb niniejszej sprawy z (...) z Ł.. Biegli w sposób logiczny, jasny i należyście uzasadniony odpowiedzieli na zadane im pytania, w związku z czym ich opinie należy uznać także za zupełne

Powyższe uniemożliwia przypisanie oskarżonym: A. S. (2) oraz M. S. popełnienia zarzucanych im w akcie oskarżenia czynów. Podkreślenia wymaga bowiem, że występki z art. 160 § 2 kk jest przestępstwem skutkowym, materialnym. W przypadku tego występkę skutkiem takim jest spowodowanie narażenia człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Aby przestępstwo takie można było przypisać oskarżonym, konieczne byłoby stwierdzenie, iż zachowanie przypisywane oskarżonym, w tym nieprawidłowe udzielenie pomocy medycznej oraz nieprawidłowe prowadzenie dokumentacji lekarskiej dotyczącej małoletniego O. S., a także nieprawidłowe udzielenie pomocy medycznej ciężarnej A. S. (1), pozostawało w związku przyczynowym z opisanymi wyżej skutkami. Nie wnikając w teoretyczne rozważania na temat instytucji związku przyczynowego stwierdzić należy, iż o związku przyczynowym pomiędzy zachowaniem a skutkiem można mówić wówczas, gdy bez określonego zachowania się sprawcy skutek by nie nastąpił. Jak już natomiast wyżej wskazano i co wynika z opinii biegłych opracowanych na podstawie całokształtu dokumentacji lekarskiej, skutki w postaci mózgowego porażenia dziecięcego oraz w postaci spowodowania bezpośredniego niebezpieczeństwa utraty życia przez pokrzywdzonego, nastąpiłyby niezależnie od sposobu postępowania lekarzy po jego przyjściu na świat, pomijając fakt, że odbyły się one prawidłowo i zgodnie ze sztuką lekarską(zarówno w zakresie powstrzymania akcji porodowej, rozwiązania ciąży, intubacji, resuscytacji, transportu noworodka, prowadzenia dokumentacji itp.), albowiem wyniki badań obrazowych ośrodkowego układu nerwowego O. S. i obserwowana ewolucja tych zmian świadczą dobitnie, iż do uszkodzenia istoty białej okołokomorowej doszło już w okresie przedporodowym, a co w konsekwencji doprowadziłoby do zaistnienia opisanych wyżej skutków, nawet gdyby lekarze dopuścili się jakiegoś zaniedbania, niemniej co jak już po wielokroć podkreślano- nie ma zastosowania w tej sprawie. Stan zdrowia syna A. S. (1) był uzależniony od porodu przedwczesnego, przebiegu ciąży powikłanej przedwczesnym odpływaniem płynu owodniowego oraz zmian w ośrodkowym układzie nerwowym pod postacią torbielowatej leukomalacji okołoporodowej. To właśnie dzięki profesjonalnemu działaniu zespołu lekarzy ze Szpitala (...) św. W. A. w G.-Z. opóźniono wystąpienie porodu o 25 dni zwiększając wielokrotnie w ten sposób szanse przeżycia przedwcześnie urodzonemu O. S. i z przyczyn od nich niezależnych, niestety stwarzając jedynie szansę normalnego rozwoju.

Sąd podziela w całej rozciągłości pogląd wyrażony przez SN m.in. w wyroku z dnia 1 kwietnia 2008r. w sprawie IV KK 381/07, który ma zastosowanie w niniejszej sprawie, że: warunkiem odpowiedzialności lekarza-gwaranta z art. 160§2 i 3 k.k. jest obiektywne przypisanie mu skutku należącego do znamion strony przedmiotowej objętym tym przepisem przestępstwa. Warunek ten będzie spełniony, gdy zostanie ustalone, że pożądanego

zachowanie alternatywne, stanowiące realizację ciążącego na lekarzu obowiązku, zapobiegłoby narażeniu człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.”(OSNKW 2008/7/56, Biul. SN 2008/7/14).

W orzecznictwie wskazuje się, że o bezpośredniości zagrożenia przesądza wysoki stopień prawdopodobieństwa określonych w art. 160 § 1 kk skutków bez dalszych czy dodatkowych czynności ze strony sprawcy lub innych osób (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 października 1983 r., sygn. akt II KR 219/83, OSNKW 1984/5/54). W realiach niniejszej sprawy nie ulega natomiast wątpliwości, że opieka nad ciężarną A. S. (1), rozwiązanie jej ciąży i opieka nad jej przedwcześnie urodzonym dzieckiem nie stworzyły sytuacji, w której zachodziłoby niebezpieczeństwo skutku z art. 160§1 k.k., albowiem dziecko to było narażone na taki skutek już wcześniej - w okresie życia płodowego, kiedy to do uszkodzenia jego mózgu doszło już w okresie przedporodowym i przyszło na świat niedojrzałe do życia pozalonowego, toteż późniejsze prowadzone działania lecznicze mające na celu utrzymanie dziecka przy życiu nie miały i nie mogły mieć wpływu na stwierdzone u dziecka ciężkie uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego i tym samym nie można postawić oskarżonym zarzutu niedochowania należytej staranności, albowiem stwierdzona choroba tego dziecka była zdarzeniem losowym i nieprzewidywalnym.

Reasumując, zgromadzony materiał dowodowy nie daje podstaw do przypisania oskarżonym zarzucanych im czynów.

Sąd orzekł również o kosztach procesu. Przede wszystkim na mocy stosownych przepisów zasądził od Skarbu Państwa na rzecz Kancelarii Adwokackiej adwokata T. J. kwotę 929,88 zł brutto tytułem kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej oskarżycielce posiłkowej z urzędu.

Wobec uniewinnienia oskarżonych, Sąd kosztami procesu obciążył Skarb Państwa.

SSR Marlena Kozacka

ZARZĄDZENIE

1. (...);

2. (...).

G., dnia 19 lipca 2012r.

SSR Marlena Kozacka