

Sygn. akt I C 1278(02)

PROTOKÓŁ

Dnia 24 marca 2003r.

Sąd Okręgowy w Gdańsku Wydział I Cywilny w składzie :

Przewodniczący: po SSO M. Meissner

Protokolant: E.Szmigiero na posiedzeniu

jawnym rozpoznał sprawą z **powództwa mał.**

Oskar Kranczkowski przeciwko Szpital

Specjalistyczny ,PZU S.A o zadośćuczynienie

Posiedzenie rozpoczęło o godz.9;30 Zakończono o godz. 12;30 Po

wywołaniu sprawy stawili się :

przedstawiciel małoletniego powoda osobiście wraz z peł. S. Kacprzak za pozwanego nie stawili się nikt- o terminie powiadomiony prawidłowo za interwenienta ubocznego stawili się rpr. K. Mucha stawili się świadkowie. L.Bolt i A.Bielawska- Sowa

Sąd postanowił

dopuścić dowód z przesłuchania obecnych w dniu dzisiejszym świadków na okoliczność stanu małoletniego powoda po urodzeniu , leczenia małoletniego w czasie jego pobytu w oddziale, możliwości jego rehabilitacji oraz opieki nad matką w okresie poprzedzającym poród, nadto przyczyn obecnego stanu zdrowia powoda oraz czy ewentualnego zakażenia powoda nastąpiło w szpitalu

~~W/w świadek uprzedzony o znaczeniu przyrzeczenia i odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie, zwolniony od złożenia przyrzeczenia — po złożeniu przyrzeczenia zeznaje;~~

Staje Alina Bielawska- Sowa, lat 52. lekarz medycyny, zamieszkała Gdynia, obca, nie karana, po odebraniu przyrzeczenia, pouczone zeznaje;

Ja jestem pracownikiem pozwanego szpitala od 1993 roku. Zajmuję stanowisko ordynatora oddziału .Pamiętam powódkę. Jest to matka dziecka leczonego u nas w oddziale. Pamiętam poród i okoliczności bezpośrednio po porodzie. Miałam w tym dniu dyżur , ja odbierałam noworodka. W okresie wcześniejszym nie miałam kontaktu z powódką. To nie ja zdecydowałam ,że w tym dniu dojdzie do porodu. Jest to decyzja położników. Nie pamiętam osoby , która w tym dniu podjęła tę decyzję. Ja została wezwana tylko do odebrania samego noworodka. Poród powódki był jednym z wielu porodów przedwczesnych ogólnie rzecz biorąc. W związku z tym są opracowane szczególnie standardy i procedury do przyjęcia porodu przedwczesnego. Do porodu przedwczesnego idzie w takich sytuacjach tj porodu przedwczesnego lekarz z intensywnej terapii i pielęgniarka z oddziału intensywnej terapii noworodka. Na sali porodowej są przygotowane dwa inkubatory otwarte jako standardowe wyposażenie sali operacyjnej i

porodowej. Przygotowuje się specjalnie zabezpieczenie dla noworodka tj, jest w każdej chwili i zawsze dostępne bezpośrednio na sali. Jest dostępny tlen, inkubator jest włączony i ogrzany do właściwej temperatury. W ramach narodzin powoda procedury te zostały zachowane, w szczególności iż cięcie cesarskie nie nastąpiło w trybie nagłym. **Chodzi mi o to ,że myśmy wiedzieli, że pacjentka jest kierowana z patologii ciąży, stad mieliśmy dłuższy czas na przygotowanie się . My jesteśmy w ciągu 2 minut każdorazowo przygotować pełen standard. Ten standard w istocie cały czas istnieje na sali., wystarczy, włączyć inkubator i dojść do sali.**

Bezpośrednio po porodzie dziecko trafia do inkubatora otwartego zgodnie ze standardami, w takim inkubatorze dziecko przebywa tak długo jak to jest konieczne. Pozostaje to ze stanem noworodka, może być to kilka lub kilkadziesiąt minut. **Dziecko nie może opuścić sali porodowej bez prawidłowego zabezpieczenia oddechu i ustabilizowania krążenia.** Ja nie pamiętam jak długo powód był w inkubatorze. Pamiętam natomiast, że w 3 minucie dokonała intubacji z uwagi na brak oddechu .Nie jest to równoznaczne ze stwierdzeniem ,że dziecko nie oddychała. Postępowanie jest takie , że dziecko po urodzeniu krzyczy i jest to odruch normalny, bezwarunkowy jeżeli dziecko rodzi się w stanie optymalnym. Tutaj taka sytuacja miała miejsce. Potem po krzyknięciu oddech był niewydolny , nie ustabilizował się . Był wentylowany aparatem Ambu . Do 3 minuty dziecko nie podjęło oddechu. Aparat Ambu to maseczka zakładana na twarz dziecka plus worek pompujący powietrze lub mieszaniny powietrznej z tlenem w zależności od potrzeb. Aparat ten zakłada się dziecku gdy kładzie się go na stole w inkubatorze na stole, gdy dziecko nie krzyczy, lub gdy nie oddycha , lub gdy oddech oceniamy jako nieprawidłowy. U powoda oddech został oceniony jako nieprawidłowy, stad wentylowano aparatem Ambu.

Powód w 3 minucie został zaintubowany, oddech został zabezpieczony poprzez rurkę intubacyjną , oraz wentylację aparatem Ambu, ale przez rurkę. W tym czasie obserwowaliśmy akcję serca i stabilizację krążenia, która była prawidłowa, w ciągu około następných dwóch minut przygotowaliśmy dziecko do przeniesienia do oddziału intensywnej terapii. Noworodka umieszcza się w ciepłej jałowej , ogrzanej serwecie i okrywa ciepłutko ogrzanym becikiem. Lekarz bierze na ręce noworodka wentylując aparatem Ambu. **Transport do oddziału z sali trwa maksymalnie 30 sekund. Dziecko podczas przenosin jest cały czas zaintubowane i wentylowane. Przenosi sieje na rękę. Nie ma potrzeby przenoszenia dzieci w inkubatorach jeżeli transport trwa tak krótko.**

Podłączenie dziecka do maszyn i ułożenie dziecka w inkubatorze transportowym trwa około 10 minut, wentylacja aparatem Ambu jest bezpieczniejsza na takiej krótkiej odległości albowiem nie znane są parametry podatności i wydolności płuc. Przenosi dziecka dokonuje zawsze lekarz i on także dokonuje podczas przenosi wentylacji w dziecka. . Powoda przenosiłam konkretnie ja. Nie przypominam sobie abym podczas przenosin dziecka z kimś rozmawiała lub ktoś mnie zaczepiał. Czas jest zbyt krótki by prowadzić rozmowy, skraca się maksymalny czas transportu. Gdy przenoszę dziecko zawsze towarzyszy mi pielęgniarka. Ja wracam do matki dziecka na salę gdy dziecko jest zabezpieczone. Ja zawsze zostaję z dzieckiem na oddziale. Nie pamiętam czy wróciłam do matki na salę. Nie pamiętam czy poinformowałam matkę przed czy po przeniesieniu dziecka na oddział intensywnej terapii jakiej płci jest dziecko. Płeć określa położnik wyjmując dziecko z łona matki. Matką po porodzie zajmuje się położnik.

Stan dziecka po przeniesieniu na oddział intensywnej terapii określiłabym jako ciężki. Dziecko samodzielnie nie oddychało , zostało podłączone do respiratora , zastosowano wentylację mechaniczną IMV. Dziecko wykazywało duże cechy nie dojrzałości, mimo , że waga była dosyć duża. Chodzi mi o głębokie wcześniactwo. Te dwa czynniki warunkują ciężki stan noworodka. Do porodu doszło w 28 - 29 tygodniu ciąży. Cięża powódki - z tego co wiem z dokumentów była ciążą zagrożoną. Już w 10 tygodniu ciąży wystąpiło krwawienie co świadczy o oddzielaniu łożyska. Na ten temat w istocie powinien się wypowiedzieć położnik. W 24 tygodniu ciąży odpłynęły wody płodowe.

Stan taki w 90 % spowodowanym jest pierwotnym zakażeniem jaja płodowego. Położnicy gdy nas wzywali poinformowali nas, iż nastąpiło rozwarcie szyjki macicy, rozpoczął się szybko idący poród, nie do zatrzymania. Wg mojej oceny gdyby poród był do zatrzymania to z pewnością by doprowadzono do takiego stanu.. Wynika to z tego, że dąży się do tego by dziecko było jak najdłużej w łonie matki gdy komplikacje związane z wcześniactwem są horendalne.

Na pytanie peł. interwenienta ubocznego

Aparat do wentylacji jest długości około 20 cm długości, dziecko podczas transportu jest bardzo szczelnie okryte. Aparat nie wystaje i gdy ja trzymam dziecko na rękach, aparat pozostaje w istocie nie widoczny. Rurka do wentylacji ma około 3-4 milimetrów średnicy i wystaje na około 3 cm z ust dziecka. Odpłynięcie wód płodowych w 24 tygodniu ciąży świadczy o długotrwałym zakażeniu wewnątrzmacicznym. Proces zapalny toczy się przez dłuższy okres czasu. Warunkiem utrzymania ciąży jest brak objawów osocznicy. Jeżeli odpłyną wody płodowe w 24 tygodniu świadczy to o zakażeniu płodu. Ukończenie ciąży w tym tygodniu warunkuje urodzenie dziecka o niewielkich szansach na przeżycie, lub bardzo niedojrzałego. Jeżeli dziecko przeżyje ma duże problemy zdrowotne związane z głębokim wcześniactwem. Ewentualną rehabilitację dziecka zaczynamy w oddziel jeśli to potrzebne. O zakresie rehabilitacji decyduje neurolog na podstawie ubytków jakie stwierdza u pacjenta. U dzieci - u każdego wcześniaka stosujemy rehabilitację polegającą na prawidłowym ułożeniu dziecka, stymulacji

w tym miejscu stawia się peł. pozwanego

i stymulacji odruchu ssania. Indywidualizowany sposób rehabilitacji uzależniona pozostaje od charakterów ubytków a w konsekwencji zaleceń neurologa i rehabilitanta. Z tego co wiem w naszym szpitalu podejmuje się leczenie.

Na pytanie peł. powoda

Minutę zaintubowania dziecka opieram na standardach postępowania i wpis w historii choroby. **Przenoszenie dziecka w serwecie i beciku jeżeli transport trwa około 30 sekund przenoszenie dziecka w ten sposób jest standardem światowym.**

Taki transport nie wiąże się z przemieszczeniem rurki intubacyjnej gdyż rurka jest bardzo dobrze zafiksowana. Końcówka do rurki podłączona jest końcówka aparatu dopasowana szczelna. Dziecko podczas transportu nie ma maseczki na twarzy. Na transport dziecko musi być prawidłowo zaintubowane i wentylowane. Kontakt ze skórą dziecka z serwetą nie ma wpływu na jej stan. Dziecko przenoszone w inkubatorze musi być zabezpieczone pasami by się nie obijało. **Sposób transportu dziecka w serwecie na tej odległości w serwecie jest bardziej bezpieczny i delikatny. Żaden z inkubatorów będących na sali nie jest inkubatorem transportowym. Inkubator transportowy jest na wyposażeniu sali intensywnej terapii. Czy dziecko transportuje się w inkubatorze czy nie, do minuty jednak lub dwóch dziecka nie transportuje się w inkubatorze. Inkubator transportowy jest zawsze przygotowany i dostępny. Inkubator transportowy dostarczany jest na salę i dziecko przekładane jest z inkubatora otwartego bezpośrednio na sali.**

Wg posiewów dziecko urodziło się czyste pod względem bakteriologicznym. Badanie dziecka wykazały przewlekły proces zapalny w płucach jak też uszkodzone mózgowie pod postacią martwicy kory. Nie było wylewu śródczaszkowego. Zmiany zapalne płuc stwierdzono w istocie wtedy gdy dziecko się urodziło. My w historii choroby opieramy się także na ocenie własnej a nie tylko na ocenie zdjęcia. My za każdym razem weryfikujemy

swoje doświadczenia z lekarzem radiologiem. Zakażenie bakterią dziecka , która kolonizuje organizm jest nie uniknione gdy dziecko jest tak małe i przebywa na oddziale z tak obniżonym stopniem odporności. Dla wcześniaka który stopień odporności jest równy zeru każda bakteria ma charakter chorobotwórczy. Wcześniak nie wytwarza przeciwciał. Każda bakteria dla wcześniaka może być bakterią zabójczą.

Porażenia mózgowego nie zdiagnozowano u nas w oddziale. Porażenie takie rozpoznaje się najwcześniej w 5-6 miesiącu życia dziecka. Potem nie miałam kontaktu z dzieckiem. Nie pamiętam czy matka zgłaszała się do mnie. Nie pamiętam czy matka prosiła mnie o indywidualną opiekę nad dzieckiem. W takich sytuacjach ja zawsze odmawiam bo uważam z jednej strony że byłoby to nadużywanie mojego stanowiska, z drugiej zaś istnieją odpowiednie do tego poradnie. Zasadą pozostaje ,że lekarz który prowadzi dziecko na oddziale kontynuuje prowadzenie dziecka w poradni.

Gdy wypuszczamy dziecko z działu diagnozujemy to co widzimy. Badanie neurologiczne dziecka przy wypisie z oddziału było negatywne tj nie wykazywało ubytków neurologicznych. Natomiast zaistniało uszkodzenie mózgowia , które było widoczne w badaniu USG. Tego typu uszkodzenie może dawać w przyszłości różnego typu uszkodzenia neurologiczne. My nie potrafimy jednak w tym momencie powiedzieć jakie konkretnie uszkodzenia spowoduje to w przyszłości. Wiemy jedynie że pacjent nie będzie się rozwijał prawidłowo .

O takich zagrożeniach wielokrotnie informowaliśmy matkę. Ja sama ja informowałam.

rr/w świadek uprzedzony o znaczeniu przyrzeczenia i odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie, zwolniony od złożenia przyrzeczenia po złożeniu przyrzeczenia zeznaje.

Staje Lech Bolt lat 64, lekarz medycyny , zamieszkały Gdańsk, obcy, nie karany ,słuchany po odebraniu przyrzeczenia, pouczony, zeznaje:

Jestem ordynatorem oddziału położniczo - ginekologicznego w pozwanym szpitalu od 1984roku. Wiem ,iż powódka leżała na naszym oddziale. Została przyjęta na oddział w z powodu odpływania wód płodowych w 25 tygodniu drugiej ciąży. Ja bezpośrednio nie zajmowałem się powódką.

Na pytanie peł. pozwanego

w momencie przyjęcia powódki na oddział bezpośrednio po przyjęciu wykonano badanie położnicze z wziernikowaniem pochwy, badaniem usg i pobrano materiał do niezbędnych badań dodatkowych. Chodzi tu o badanie krwi, określenie leukocytozy, obrazu białokrwionkowe CRP , pobranie materiału z kanału szyi do badania bakteriologicznego.