



ČESKÁ REPUBLIKA

ROZSUDEK

JMÉNEM REPUBLIKY

Okresní soud v Kladně rozhodl Mgr. Janem Podaným jako samosoudcem ve věci žalobkyně nezl. Elišky Š██████████, nar. ██████████, bytem ██████████, zastoupené JUDr. Zuzanou Špitálskou, advokátkou se sídlem Praha, Plzeňská 4, proti žalovanému **Oblastní nemocnice Kladno, a.s., nemocnice Středočeského kraje, IČ: 272 56 537**, se sídlem Kladno, Vančurova 1548, zastoupenému JUDr. Janem Machem, advokátem se sídlem Praha 1, Vodičkova 28, za účasti vedlejšího účastníka **Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, IČ: 471 16 617**, se sídlem Praha, Pobřežní 21/665, o zaplacení **20.500.000,- Kč s příslušenstvím,**

t a k t o :

- I. Návrh žalobkyně, aby soud uložil žalovanému povinnost zaplatit žalobkyni částku ve výši 20.500.000,- Kč spolu s úrokem z prodlení ve výši 7,05 % ročně jdoucím z částky 500.000,- Kč od 10.02.2013 do zaplacení a spolu s úrokem z prodlení ve výši 8,05 % ročně jdoucím z částky 1.200.000,- Kč od 4.8.2013 do zaplacení, se zamítá.
- II. Žádný z účastníků nemá právo na náhradu nákladů řízení.
- III. ČR – Okresnímu soudu v Kladně se právo na náhradu nákladů řízení státu nepřiznává.

O d ů v o d n ě n í :

Žalobkyně se u zdejšího soudu se souhlasem opatrovnického soudu domáhala zaplacení shora uvedené částky na bolestném a na náhradě za ztížení společenského uplatnění, včetně mimořádného zvýšení. To vše s odůvodněním, že žalovaný v předporodní fázi lékařské péče od 7. 10. 2010 postupoval v rozporu s poznatky medicínské vědy (non lege artis) a takto postupoval i v průběhu porodu žalobkyně dne 20. 10. 2010, čímž byla žalobkyni dlouho trvající hypoxií způsobena škoda na zdraví, včetně trvalých následků.

Žalovaný ani vedlejší účastník na straně žalovaného nárok žalobkyně neuznávali, a to ani částečně. Popírali, že by poskytování péče bylo ze strany žalovaného provedeno non lege artis, a zejména zpochybňovali příčinnou souvislost mezi poškozením zdraví žalobkyně a postupem žalovaného.

Ve věci již bylo dříve rozhodnuto rozsudkem zdejšího soudu č.j. 20 C 117/2012-705 ze dne 20.2.2015, kdy soud žalobu zcela zamítl z důvodu chybějící příčinné souvislosti mezi jednáním žalovaného a poškozením zdraví žalobkyně. Tento rozsudek byl ale usnesením Krajského soudu v Praze č.j. 25 Co 232/2015-759 ze dne 5.8.2015 zrušen. Důvodem tohoto zrušení byla nedostatečná skutková zjištění soudu prvního stupně právě ve věci příčinné souvislosti mezi jednáním žalovaného a poškozením zdraví žalobkyně. Odvolací soud dospěl k závěru, že odborné závěry lékařských posudků jsou stále natolik rozporné, že nelze vyjít z jejich hodnocení soudem prvního stupně a je namístě ještě doplnit dokazování ústavním revizním znaleckým posudkem z oboru gynekologie a porodnictví a také z oboru perinatologie a neonatologie. Tím byl soud prvního stupně vázán a ve svém dalším postupu se pokynem odvolacího soudu řídil, nicméně i po doplněném dokazování, jak bude dále podrobně rozvedeno, se skutková zjištění soudu nezměnila.

Mezi stranami bylo nesporné, že k poškození zdraví žalobkyně skutečně došlo. Žalobkyně se podle zdravotnické dokumentace narodila dne 20. 10. 2010 v nemocnici císařským řezem bez srdeční akce, bez dechu, hypotonická, musela být resuscitována a byla převezena na specializované pracoviště Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, kde se s ohledem na proběhlou hypoxii (asfyxii) léčila. Trvalé poškození zdraví žalobkyně je konstatováno i v revizním znaleckém posudku. Vzhledem ke spornému základu nároku na náhradu škody se soud nakonec rozsahem poškození zdraví žalobkyně ani dalšími skutečnostmi rozhodnými pro stanovení výše bolestného a výše náhrady za ztrátu společenského uplatnění, včetně případného mimořádného zvýšení, nezabýval a cílené dokazování k této otázce pro nadbytečnost neprovedl.

Sporná byla zejména otázka, co bylo skutečnou příčinou hypoxie, resp. asfyxie plodu. Ke sporné otázce základu nároku, tedy k postupu žalovaného a k příčinné souvislosti mezi poškozením zdraví žalobkyně a postupem žalovaného soud naopak provedl velmi rozsáhlé dokazování listinnými důkazy, výpovědí řady svědků a znaleckými posudky, včetně uvedeného revizního znaleckého posudku Lékařské fakulty v Plzni Univerzity Karlovy v Praze.

K provedenímu dokazování lze úvodem uvést, že se soud musel vypořádat nejen s typickou situací škody vzniklé ve zdravotnickém zařízení, v níž se podstatné důkazy (zejména zdravotnická dokumentace) nacházejí ve sféře vlivu jedné ze stran sporu, ale i se zjevnými nesrovnalostmi v otázce existence a kvality těchto důkazů. Bylo zjištěno, že ve zdravotnické dokumentaci byl opakovaně nesprávně zaznamenán čas poskytování péče, vinou žalovaného došlo (údajně „při malování“) dokonce ke ztrátě části biologických vzorků a jejich listinných průvodků potřebných pro znalecký posudek, ačkoli se tyto podklady skládají zcela rozdílným způsobem a na různých místech. Nepodařilo se uspokojivě vysvětlit ani to, z jakého důvodu není k dispozici výsledek vyšetření pupečnickové krve (tzv. Astrup), přestože k odběru vzorku mělo podle zdravotnické dokumentace dojít.

Proto soud od počátku pracoval i s verzí, že žalovaný (jeho zaměstnanci) mohl tyto důkazy účelově ex post pozměnit nebo zničit, aby zakryl odpovědnost za poškození zdraví

žalobkyně. I proto soud nejprve podrobil všechny svědky, zejména ošetřující lékaře a další personál, důkladnému výslechu, jehož cílem bylo též potvrdit či vyvrátit takové podezření. Soud k tomu také vyslechl znalce, kteří na tyto nesrovnalosti v podkladech rovněž upozorňovali.

Z hlediska pravidel pro dělení důkazního břemene ve sporu o náhradu škody je totiž žalobce obecně povinen tvrdit a prokázat rozhodné skutečnosti o protiprávnosti jednání škůdce, o vzniku škody a o příčinné souvislosti. Nelze však přehlédnout, že poškozený pacient je v tomto typu sporu (zejména ve vztahu k prokazování postupu non lege artis a příčinné souvislosti) ve značné procesní nevýhodě, prakticky má jen minimální či žádný vliv na tvorbu a zachování zdravotnické dokumentace, rozhodné události vnímá jen laicky, ve stresu z neobvyklé a pro něj nebezpečné situace, popř. je v důsledku svého zdravotního stavu nevnímá vůbec. Pro tyto specifické případy, hrozí-li neunesení důkazního břemene poškozeného jen ze shora uvedených důvodů, teorie dokazování v civilním řízení umožňuje soudu obrátit dělení důkazního břemene, resp. suplovat důkazní deficit poškozeného tak, aby druhý účastník řízení disponující rozhodnými důkazy nemohl profitovat z jejich absence, nečitelnosti či z jejich nevěrohodnosti znemožňující zjištění skutkového stavu. Jde o promítnutí základní zásady rovnosti zbraní stran civilního sporu (tzv. fair process).

Soud se touto otázkou vážně zabýval, ale po zhodnocení důkazů jednotlivě i v jejich vzájemné souvislosti dospěl k závěru, že důvodem pro nesrovnalosti ve zdravotnické dokumentaci a pro absenci některých podkladů byl docela obyčejný nepořádek v administrativní činnosti žalovaného, nikoli snaha zastříit pravý stav věcí. Na výsledná skutková zjištění tedy uvedené nesrovnalosti neměly vliv, neboť rozhodný skutkový stav se podařilo zjistit jinak. Podstatná byla v tomto směru vyjádření ustanovených znalců.

Je také třeba uvést, že matka žalobkyně, byť má zásadní zájem na výsledku řízení, popsala ve své svědecké výpovědi celý postup zdravotní péče žalovaného podle názoru soudu zcela věrohodně, spontánně uvedla vše, co laicky vnímala, bez účelových fabulací. Řadu detailů navíc potvrdili nezávisle na sobě svědci z řad zaměstnanců nemocnice. Proto soud z její výpovědi zcela vycházel. Výjimkou bylo pouze tvrzení matky žalobkyně v samotném závěru řízení, kdy v reakci na revizní znalecký posudek nově začala zpochybňovat probíhající kontrakce už od 11 hodin dopoledne, jak je uvedeno v porodopisu - příjem. Varianta, že se jí na tento údaj v porodnici „nikdo ani neptal“, že by kontrakce začaly až současně s odtokem plodové vody a porodní asistentka si tedy konkrétní časový údaj, o kterém nemohla jinak nic vědět, sama vymyslela, se soudu jeví jako krajně nevěrohodná, zejména za situace, kdy v průběhu celého řízení matka žalobkyně nic takového neuvedla.

Pokud jde o zdravotní péči, která byla poskytována matce žalobkyně, resp. žalobkyni samé (plodu) v průběhu těhotenství, zejména v poslední fázi předporodní péče od 7. 10. 2010 nadále, má soud za prokázané, že žalovaný nepostupoval v plném rozsahu lege artis, tedy v souladu s tehdejšími poznatky medicínské vědy.

Matka žalobkyně byla podle závěrů znaleckého posudku MUDr. Ivana Šacha, zprávy gynekoložky MUDr. Barani, podle těhotenské průkazky a další zdravotnické dokumentace standardně sledována a v závěrečné fázi těhotenství bez podstatných zdravotních komplikací převedena z péče gynekologa do péče žalovaného. K dřívějšímu převodu do péče nemocnice (již v 33. týdnu těhotenství) bylo přistoupeno pouze z důvodu čerpání dovolené ošetřujícího gynekologa MUDr. Barani, k žádnému virovému či jinému onemocnění nedošlo. Popisované

zdravotní obtíže matky žalobkyně v průběhu těhotenství (otoky končetin, pocity na omdlení, pocity na zvracení) nepředstavovaly podle provedených vyšetření reálné zdravotní riziko, šlo o obvyklé „těhotenské stesky“. Provedenými vyšetřeními se neprokázala žádná zdravotní komplikace s tím související. Popsala to nejen svědkyně MUDr. Drmlová (dříve Jeřábková), ale zejména znalec Šach a vyplývá to i z dokumentace Disciplinární komise České lékařské komory, která projednávala možné pochybení zúčastněných lékařů, tedy MUDr. Drmlové (dříve Jeřábkové), MUDr. Křížové a MUDr. Farského. Jiná zjištění nepřinesl ani revizní znalecký posudek. Tato fáze zdravotní péče ostatně nebyla mezi stranami sporná.

Sporným ale již bylo odborné hodnocení kardiokardografických záznamů ze dne 7.10.2010 a zejména následný postup či spíše nečinnost žalovaného. Podle výpovědi všech lékařů, závěrů znalce MUDr. Šacha a závěrů posudků opatřených v disciplinárním řízení před Českou lékařskou komorou jde o vyšetřovací metodou kardiokardografie (tzv. CTG). Tyto CTG záznamy (nazývané „křivky“, „monitor“ apod.) se v České republice hodnotí závazně podle klasifikace FIGO a dělí se na záznamy fyziologické, suspektní a patologické. Uvedená metoda má vysokou senzitivitu, ale nízkou specifitu. Jinými slovy, je-li křivka CTG fyziologická, znamená to „téměř s jistotou“, že plod nemá problémy a má funkční rezervy pro případnou zátěž (např. způsobenou nástupem porodních kontrakcí). Ne-li křivka CTG fyziologická, jde naopak asi ve 40 % případů o falešnou pozitivitu („planý poplach“) a plod nemá žádné problémy, jen například spí. V tomto směru bylo dokazováním zjištěno, že adekvátní reakcí na nefyziologickou křivku CTG je v dané fázi těhotenství nejdříve pokus o buzení plodu různým polohováním matky, specifickými hmaty či zvukovým signálem, následně opakování vyšetření s určitým odstupem (2 hodiny). Je-li následná křivka CTG fyziologická, nasvědčuje to předchozí falešné pozitivitě.

Hodnocení křivek CTG je myšlenkový postup lékaře závislý na řadě faktorů záznamu, proto existují (jako v jiných oborech) i sporné záznamy (hraniční případy), záleží i na erudici posuzujícího lékaře. Křivka je navíc hodnotitelná až po určité době probíhajícího záznamu (20 min). To vyplynulo shodně ze všech výpovědí lékařů, ze znaleckého posudku předloženého u disciplinárního řízení soudním znalcem MUDr. Čepickým i ze znaleckého posudku znalce Šacha ustanoveného v tomto řízení. Oba znalci nicméně uvedli, že v případě opakovaně suspektních křivek je na místě zvážit metody s vyšší specifitou, například zátěžový oxytocinový test za hospitalizace. Znalec Šach jako standardní metodu označil též ultrazvukovou flowmetrii, jako tehdy možné označil i fetální EKG vyšetření (tzv. STAN analýzu), popř. nepřímou pulzní oxymetrii. K žádnému z těchto dalších vyšetření ale podle všech provedených důkazů nedošlo. Z revizního znaleckého posudku nevyplývaly odlišné závěry, znalecký ústav pouze v daném případě vyloučil možnost provedení vyšetření STAN.

Jak dále vyplývá z těhotenské průkazky a předložených CTG záznamů, byly dne 7. 10. 2010 za účasti MUDr. Drmlové (Jeřábkové) a poté MUDr. Křížové realizovány dva CTG záznamy, které byly správně hodnoceny jako suspektní. To potvrdil znalec Šach, MUDr. Čepický i další lékaři, potvrdil do též znalecký ústav. Proto byla matka žalobkyně (také správně) odeslána na další CTG vyšetření přímo do porodnice a upozorněna na možnost hospitalizace. To ve své výpovědi potvrdili i matka žalobkyně, její matka i otec žalobkyně. Ve večerních hodinách dne 7. 10. 2010 péči o matku žalobkyně prováděl MUDr. Farský, který nový CTG záznam hodnotil jako fyziologický, na místě nicméně byly podle výpovědi matky a otce žalobkyně pochybnosti a uvedený závěr fakticky doporučila sestra.

Přestože svědek MUDr. Petr Ullrych, který je primářem gynekologicko-porodnického oddělení žalovaného, tuto spornou CTG křivku rovněž při své výpovědi před soudem označil za fyziologickou, má soud za to, že je také suspektní. Jednoznačně to uvedl znalec Šach, stejný názor měli shodně i všichni lékaři, kteří se odborně k jednotlivým CTG křivkám vyjadřovali v rámci disciplinárního řízení před Českou lékařskou komorou, tedy znalec MUDr. Čepický, dále MUDr. Unzeitig, MUDr. Dvořák, MUDr. Rokyta i MUDr. Wohlgemuth. Ke stejnému závěru dospěl i znalecký ústav v revizním znaleckém posudku. Znalec Šach tento postup MUDr. Farského hodnotil jako postup vitium artis, tedy jako postup nezkušeného začínajícího lékaře, odborný posudek České lékařské komory jasně uvedl, že šlo o postup non lege artis. Znalecký ústav uvedl, že MUDr. Farský postupoval „podle svých znalostí a schopností“.

Matka žalobkyně byla následně podle všech důkazů odeslána domů s plánovaným vyšetřením CTG za týden (14.10.2010), tedy bez původně uvažované hospitalizace, bez pozorování, bez dalšího vyšetření s vyšší specificitou. Tento postup ale podle znalce Šacha i podle tehdejší praxe v nemocnici popsané MUDr. Drmlovou a MUDr. Křížovou a i podle závěrů České lékařské komory tehdejšími pravidly medicínské vědy neodpovídal. Totéž uvedl znalecký ústav v revizním znaleckém posudku. MUDr. Farský se ve své výpovědi sice pokoušel soud přesvědčit, že neměl k dispozici výsledky předchozích dvou vyšetření (dvě suspektní hodnocení CTG křivek), tomu ale soud neuvěřil. Matka žalobkyně se k vyšetření do nemocnice dostavila ve večerních hodinách „na přetočení“, přišla se svým druhem (svědkem Š. ████████, otcem žalobkyně), který chtěl být u porodu, byla (jistě ne sama od sebe) „sbalená“ k hospitalizaci. To MUDr. Farský věděl. Proto pravděpodobnost, že mělo ten den jít o první CTG vyšetření, byla už jen z těchto důvodů v podstatě nulová. Údaj o výsledku hodnocení CTG křivky se navíc podle výpovědi lékařů vždy zapisuje do těhotenské průkazky, kterou matka žalobkyně logicky i podle své výpovědi měla s sebou. Průkazka předložená matkou žalobkyně v originále také oba předchozí záznamy ze dne 7.10. 2010 (i když nesmyslně na různých místech a nikoli logicky a přehledně za sebou) objektivně obsahuje a obsahuje i záznam MUDr. Farského (opět na jiném místě). MUDr. Farský tedy nepochybně před soudem nehovořil pravdu ve snaze zmenšit svůj díl odpovědnosti. Zjevně věci nevěnoval dostatečnou odbornou pozornost.

MUDr. Farský měl podle vyjádření znalce Šacha i podle závěrů České lékařské komory lege artis uvedenou CTG křivku hodnotit jinak a i následně měl postupovat jinak. I podle obecné logiky mohl spornou CTG křivku (ten den již třetí, po předchozích dvou suspektních křivkách) alespoň konzultovat se starším lékařem, se kterým podle výpovědi všech lékařů vždy mladší lékař v jedné službě slouží. Ukončení těhotenství tehdy nebylo lege artis indikováno, to uvedl znalec Šach i MUDr. Čepický, MUDr. Farský ale měl a mohl nařídít opakování CTG vyšetření dříve, než za týden, mohl také za hospitalizace iniciovat další běžně dostupná vyšetření (ultrazvukovou flowmetrii, oxytocinový test), popř. jiná vyšetření, i kdyby byla prováděna jen specializovaným pracovištěm. Nic z toho neučinil. Toto pochybení potvrdil i revizní znalecký posudek.

Z provedených důkazů ale dále vyplývá, že toto pochybení MUDr. Farského nebylo přímou (hlavní a podstatnou) příčinou poškození zdraví žalobkyně, neboť ve věci došlo k tzv. přetržení příčinné souvislosti jinou pozdější (akutní) příčinou, bez které by ke škodě nedošlo. Jinými slovy, kdyby MUDr. Farský postupoval lege artis a další vyšetření nařídil, je možné (ale nikoli jisté), že by se vše bývalo vyvíjelo jinak. Právě v závislosti na dostupných zjištěních po provedených vyšetřeních mohlo (ale také nemuselo) dojít k dřívějšímu ukončení

těhotenství (císařským řezem) před nástupem akutní příčiny, což jako jedinou možnou prevenci škody na zdraví plodu akcentoval znalec Šach i znalecký ústav. Z hlediska právního posouzení věci ale, jak bude dále rozvedeno, takový vztah příčiny a následku nepředstavuje důkaz o příčinné souvislosti.

Z hlediska stavu plodu byla následně ještě před dnem porodu provedena dvě další CTG vyšetření (kontroly) dne 14. 10. 2010 a dne 18. 10. 2010, v jejichž rámci byla CTG křivka hodnocena jako fyziologická. Na tomto hodnocení se opět shodli i všichni lékaři, kteří se odborně k jednotlivým CTG křivkám vyjadřovali v rámci disciplinárního řízení před Českou lékařskou komorou, tedy znalec MUDr. Čepický, dále MUDr. Unzeitig, MUDr. Dvořák, MUDr. Rokyta i MUDr. Wohlgemuth. Pouze soudem ustanovený znalec MUDr. Šach uvedl, že záznam ze dne 14. 10. 2010 by ohodnotil jako „lehce suspektní“, v jiné části své výpovědi ale uvedl, že je „prakticky normální“, tedy fyziologický. Jinými slovy, podle tehdejších obecně uznávaných postupů nebylo třeba další vyšetření provádět, neboť plod měl „téměř s jistotou“ dostatečné rezervy, jak uvedl MUDr. Čepický. Ke stejnému závěru dospěla v disciplinárním řízení ve vztahu k odpovědnosti MUDr. Farského i komise České lékařské komory. Také znalec Šach uvedl, že v ČR „se traduje, že normální monitor vydrží týden“, právě proto se vyšetření CTG provádějí po týdně. K obdobným závěrům dospěli i znalci znaleckého ústavu, kteří obě uvedené křivky hodnotili jako normální, což vylučuje jednoznačný kausální vztah k poškození zdraví plodu. Při výslechu MUDr. Turek uvedl, že uvedené záznamy „nesou známky poškození plodu“.

Klíčovým důkazem se v průběhu řízení ukázal zejména znalecký posudek MUDr. Šárky Hadravské, letité specialistky z oboru zdravotnictví - patologická anatomie. Ten totiž poskytl informaci o skutečné příčině hypoxie plodu, a zejména ve spojení s dalšími důkazy, včetně výpovědi matky žalobkyně, posudku znalce Šacha a revizního znaleckého posudku doplněného obsáhlou výpovědí znalců MUDr. Turka a MUDr. Matase, soudu poskytl ucelený obraz skutkového stavu věci, včetně toho, co bylo příčinou poškození zdraví žalobkyně a zda a jak žalovaný měl a mohl takovou příčinu postupem lege artis včas odhalit a škodlivému následku zamezit.

Znalec Šach uvedl, že stav žalobkyně odpovídá intrauterinní asfyxii. O tom nebylo mezi stranami sporu, odpovídá to i všem lékařským zprávám. Znalec uvedl, že asfyxie představuje dušení plodu, které má tři možné příčiny - onemocnění matky, onemocnění uteroplacentární jednotky nebo onemocnění plodu. To potvrdil i revizní znalecký posudek.

Stav matky byl po doplnění dokazování zprávou ošetřující lékařky a její ambulantní dokumentací a dokumentací gynekologa bez nálezů, žádné infekční nebo jiné onemocnění vyvolávající hypoxii plodu nebylo zjištěno. Tato příčina hypoxie plodu byla tedy vyloučena. Pokud jde o příčiny na straně plodu, tak zprávou Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, kde se žalobkyně léčila, zdravotnickou dokumentací a doplněným genetickým vyšetřením bylo vyloučeno i to, že by žalobkyně byla geneticky, metabolicky nebo infekčně stigmatizována. Tato příčina nepříznivého zdravotního stavu žalobkyně byla tedy podle znalce Šacha rovněž vyloučena. Soud se s těmito závěry ztotožnil a ani žádná ze stran tyto závěry nezpochybňovala, odpovídají i závěrům revizního znaleckého posudku.

Dokazování se proto zúžilo na chybnou funkci uteroplacentární jednotky (placenty a pupečnicku).

Znalkyně Hadravská vyšetřila tři dostupné (neztracené) tkáňové bloky (jeden z placenty, jeden z pupečnicku a jeden z plodových obalů) a čerpala i některé informace ze spisu. Standardně se ale podle výpovědi znalkyně zkoumá minimálně osm bloků, konkrétně čtyři na placentu, tři na pupečnick a jeden na plodové obaly. Další bloky se zpracovávají podle potřeby na základě předchozích zjištění. Takové zkoumání měla původně provést MUDr. Petra Beroušková, zaměstnanec žalovaného v oddělení patologické anatomie. Ta sice ve věci vyslechnuta nebyla (nebyla k výslechu stranami ani navrhována), ale podle údajů znalkyně Hadravské si na daný případ nepamatuje, neví, kolik tkáňových bloků bylo celkem zkoumáno. Kromě tří shora uvedených vzorků se všechny ostatní tkáňové bloky ztratily a ztratila se i písemná dokumentace (bioptické průvodky a další listiny) obsahující informaci o tom, co bylo zkoumáno a jaké byly nálezy a závěry. Dochovala se jen stručná zpráva, ve které MUDr. Beroušková uvedla, že „pupečnick a plodové obaly byly bez zánětlivých změn, placenta s ischemickými nekrózami klků a dystrofickými kalcifikacemi“. To je v rozporu se závěry soudní znalkyně Hadravské, nicméně varianta, že by došlo k záměně zbylých vzorků, z ničeho nevyplývá.

Přes uvedené nedostatečné podklady znalkyně Hadravská (ze zbylých vzorků) zjistila, že v místech, kudy protéká krev matky, byla v placentě masivní depozita fibrinu. Jde o patologickou změnu chronického rázu, nicméně při sledované graviditě je možné „s vysokou pravděpodobností stanovit, že funkce placenty byla v celém průběhu gravidity dostatečná“, byť celkové posouzení placenty ze zasláního materiálu není možné. Uvedla, že masivní přítomnost fibrinu i v těch vzorcích, které neviděla, by ji „překvapil“. Kdyby měla k dispozici všechny vzorky, mohla by zjistit případné rozsáhlejší změny placenty, ověřit anomální upnutí pupečnicku a rozsah zánětu. Vyloučila ale, že by ve ztracených vzorcích a dokumentaci mohlo být „něco, co svědčí pro pochybení nemocnice“.

Popsané nekrózy v dostupných vzorcích zjištěny nebyly, podle názoru znalkyně šlo ze strany MUDr. Berouškové o chybné hodnocení přítomnosti fibrinu. Znalkyně také uvedla, že nález fibrinu v jednom bloku nebo ještě v jednom by nehrál „žádnou roli, protože placenta obecně má funkční rezervy“. Zvýšené množství fibrinu se projeví „v řádu týdnů“. Podle literatury je to „vždy provázeno růstovou retardací plodu“, ke které objektivně nedošlo, plod byl naopak velký, vážil přes 4kg. Na hmotnosti placenty, která byla s 500g v normě, tolik nezáleží, záleží i na krevním tlaku matky, tedy ve výsledku na tom, zda placenta plní funkci, zda se plod vyvíjí a přibírá. Nefunkčnost placenty by se projevila „v poruchách vývoje plodu, v poruchách srdeční činnosti“, což se nestalo. Kdyby došlo k nahromadění fibrinu tak, že by postihl celou placentu, nemohl by plod vážit přes 4 kg. K tomu ještě uvedla, že choriové klky byly v placentě dobře vytvořeny a odpovídají „donošenému plodu dobře zásobenému krví“. Znalkyně Hadravská dále uvedla, že v akutních případech bývá příčinou hypoxie plodu také předčasné odloučení placenty, k tomu podle porodopisu ale také nedošlo, tato skutečnost byla zaznamenána („placenta bez známek odlučování“).

Také podle znalce Šacha je „málo pravděpodobné“, že by chronická hypoxie vyvolaná právě chronickou nedostatečností placenty vedla ke stejnému následku na zdraví sama o sobě, neboť by došlo „k odumření plodu v děloze“. Říká se tomu „tiché odumření“, v takových případech se navíc organismus snaží porod vyvolat.

Dále byl na rozdíl od uvedené zprávy MUDr. Berouškové zjištěn „mírný zánět“ v pupečnickové žíle, nikoli v pupečnickových tepnách a plodových obalech, což podle doplňující výpovědi znalkyně Hadravské znamená, že tento zánět byl i v placentě. Projevy zánětu jsou

takové, že u matky dochází ke zvýšení teploty, ale ne vždy, matka „nemusí projevovat žádné známky zánětu“. Takový zánět se může vyvinout i akutně, „v řádu hodin“ a „nemusí být zjištělný postupem lege artis“. Chronický zánět má „typický obraz, který zde nebyl“, proto podle názoru znalkyně nešlo o chronickou změnu, ale o změnu akutní, bakteriálního původu. Takové zánětlivé změny se vyvíjejí jen hodiny. Jde o faktor, který se také může podílet na vzniku hypoxie plodu, podle závěrů znalkyně ale „samotný zánět v pupečnicku nemohl způsobit náhlou bradykardii plodu“.

Pokud jde o pupečník, tak nebyly zjištěny žádné patologické anomálie v délce, v průběhu či upnutí pupečnicku. Na nedostatek informací o pupečnicku si stěžoval i znalec Šach. Uvedl, že neví, zda byl pupečník dlouhý, krátký, zatočený, zda na něm byl uzal, příslušné ultrazvukové vyšetření, které by to mohlo odhalit, nebylo provedeno. Tento údaj také nebyl při provedeném císařském řezu do operačního protokolu ani do porodopisu na rozdíl od údaje o placentě zaznamenán. Podle zavedené lékařské praxe, kterou potvrdil i znalec Šach, lze proto usuzovat, že k žádné takové anomálii nedošlo. V operačním protokolu se totiž poznamenávají pouze anomálie. Operující lékaři na anomálie při svém výslechu rovněž neupozornili. Tyto situace podle znalce Šacha navíc obvykle končí smrtí plodu ještě v děloze matky a zobrazují se při CTG vyšetření tzv. tichem, tedy rovnou čarou. K tomu také nedošlo.

Podle závěrů znalkyně Hadravské, se kterými se soud ztotožnil, proto došlo „téměř jistě“ k tzv. pupečnickové nehodě, která spočívá v náhlém stlačení pupečnicku tělem plodu, nebo v natažení pupečnicku, může spočívat i ve vyhřeznutí, otočení či tromboze, což vede k prudkému snížení průtoku krve pupečnickovými cévami a k náhlému nástupu bradykardie plodu. Tyto nehody vznikají i u zcela normálních pupečnicků a placent s fyziologickými parametry, častěji však vznikají u pupečnicků s patologickými změnami, některé literární údaje připouští „zvýšené riziko právě u velkých plodů“. Gynekolog - porodník tyto změny nemůže nijak postupem lege artis ozřejmit ani předem předvídat či ovlivnit (nehodám zamezit). Taková „hrozba je u každé gravidity“. Pro dokreslení uvedla, že jako specialista patologické anatomie od září 2014 (do 3.12.2014, tedy v poměrně krátké době) pitvala celkem 7 plodů z 39. – 40. týdne gravidity, u kterých došlo k úmrtí před porodem, při porodu nebo těsně po něm. Placenty byly v pořádku, šlo o nekomplikovaná těhotenství, která přesto skončila odumřením plodu z důvodu nitroděložního dušení. Znalkyně Hadravská také uvedla, že podle jejího odborného názoru nebyla jiná příčina dušení plodu zjištělná ve vzorcích tkání, které nedostala. K bradykardii došlo náhle a „něco se muselo stát“.

Riziko takové pupečnickové nehody připustil i znalec Šach, uvedl i statistické údaje o nezaviněném úmrtí či poškození zdraví novorozenců v ČR. Sám také popsal případy, ve kterých se v průběhu těhotenství pupečník utahuje a zase povoluje, což způsobuje změny v zásobení plodu krví (kyslíkem). Uvedl také, že osobně zažil pět případů s obdobným vstupním vyšetřením CTG, k jakému došlo u žalobkyně při porodu dne 20.10.2010 (decelerací typu „W“), „nepřežilo ani jedno dítě“.

Lze tedy shrnout, že v hodnocení příčiny stavu žalobkyně se znalec Šach se znalkyní Hadravskou neshodl, resp. v průběhu řízení své závěry postupně upřesňoval. V písemné části posudku uvedl, že stav dítěte se pravděpodobně vyvíjel delší dobu a možnost nápravy v posledních desítkách minut před vybavením plodu byla jen velmi malá. Později upřesnil, že akutní hypoxie pravděpodobně nasedla na latentní nerozpoznanou chronickou hypoxii popsanou soudem shora. Vznik následku na zdraví žalobkyně i bez akutní pupečnickové nehody, tedy jen v důsledku nerozpoznané chronické hypoxie, ale nepotvrdil (ta

pravděpodobnost je „malá“), potvrdil naopak, že akutní pupečnicková nehoda „může být příčinou následku na zdraví žalobkyně sama o sobě a že nemusela být zjistitelná již v předporodní fázi zdravotní péče, mohla se objevit až v den porodu“. Jednoznačně uvedl pouze to, že škodný následek na zdraví žalobkyně může být horší proto, že akutní příčina nasedla na (lege artis neřešenou) chronickou nedostatečnost uteroplacentární jednotky, která snížila rezervy plodu. Uvedl, že jiný výsledek „může mít“ (nikoli že má, nebo musí mít) akutní nehoda dobře vyživovaného plodu a jiný, pokud „nasedne na plíživou nedostatečnost placenty“. Podle znalkyně Hadravské představoval predispozici dušení plodu i akutní mírný zánět pupečnicku a placenty, sám o sobě ale příčinou také nebyl. Argument znalce Šacha k zavinění žalovaného spočíval tedy jen v tom, že kdyby byla dříve odhalena plíživá nedostatečnost placenty, vedlo by to (možná) k ukončení těhotenství dříve, než se objevila akutní příhoda.

Je proto třeba v souladu s jednoznačným závěrem znalkyně Hadravské a upřesněným závěrem znalce Šacha uzavřít, že chronická hypoxie plodu způsobená zhoršenou funkcí placenty ani uvedený zánět nebyly hlavní (prvotní) a natolik podstatnou příčinou, která následek způsobila, plod rezervy měl. Je třeba připomenout fyziologické křivky CTG ze dne 14.10.2010 a 18.10.2010, jakož i zralost a váhu plodu. Primární, hlavní a tedy podstatnou příčinou stavu žalobkyně tak při absenci jiných (dokazováním vyloučených) příčin na straně matky a plodu musela být hypoxie akutní, vzniklá tzv. pupečnickovou nehodou. Bez ní by ke škodnému následku nedošlo. Soud se proto zaměřil na postup žalovaného v průběhu porodu, tedy na jeho možnost akutní hypoxii plodu včas odhalit a reagovat na ni lege artis tak, aby ke škodě na zdraví plodu nedošlo.

Z porodopisu vyplývá, že matka žalobkyně pociťovala kontrakce od 11:00 hodin, k odtoku plodové vody došlo spontánně v 15:00 hodin.

Svědčce V [redacted], matka žalobkyně, k tomu vypověděla, že svého druha pana Š [redacted] volala dne 20.10.2010 v 15:30 hodin. Přijel „brzy“, pracuje 3 km daleko a už „byl na odchodu“. To svědek Š [redacted], otec žalobkyně, potvrdil, šel ještě do domu, pak jeli do nemocnice. Svědkyně V [redacted] přesný čas příjezdu do porodnice neznala, svědek Š [redacted] nepříliš věrohodně uvedl čas 15:50 hodin. Podle názoru soudu vzhledem ke vzdálenosti nemocnice a místa bydliště (cca 5km) museli být na příjmu v porodnici (ve 4. patře nemocnice) určitě již před 16:00 hodin, měli jasný důvod spěchat doma i cestou.

Svědčce V [redacted] svůj zdravotní stav popsala tak, že jí doma „praskla plodová voda“, „je možné, že byla zelená, ale spíš do hněda, byla to taková řídká hmota, určitě ne jako voda“. Zachytila ji do ručníku, ale „nevsáklo se to“, ani se nesprchovala a „jeli hned“ do porodnice. Ručník s sebou ale nevezala, porodní asistentce B [redacted] na příjmu řekla, že plodová voda se jí „nelíbila, protože byla až hnědá“, „že byla opravdu ošklivá“, o konzistenci plodové vody jí ale „nic neříkala“. Lze proto považovat za vyloučené, že by šlo o hustší kašovitou hmotu (tzv. hrachovou kaši), takovou informaci by si rodička jistě nenechala pro sebe, nicméně podle její výpovědi bylo z toho ručníku svědku Š [redacted] zpětně „špatně“. Svědkyně S [redacted], babička žalobkyně, na místě nebyla, svědek Š [redacted] o konzistenci plodové vody nic netušil, o obsahu ručníku před odjezdem do nemocnice nic nevěděl, „odsunul ho nohou“, při příjezdu do nemocnice se ještě domníval, že je „vše v pořádku“, ručník uklízel s jinými věcmi až po návratu domů.

Nelze tedy přehlédnout, že matka žalobkyně pocítovala 4 hodiny kontrakce a přesto nevolala vůz RZP, a to ani ihned po odtoku „opravdu ošklivé“ plodové vody, ačkoli věděla, že jde o potermínovou graviditu, a vyčkala až na příjezd svědka Š [REDAKCE], který ji do nemocnice vezl, tedy standardně na běžný příjem porodnice, nikoli na urgentní příjem nemocnice. Ačkoli svědek Š [REDAKCE] „přijel brzy“ a „jeli hned“, jak svědkyně V [REDAKCE] vypověděla, uběhla jen od odtoku již zkalené plodové vody do příjezdu do nemocnice přibližně hodina (60 minut), navíc ručník jako jasný důkaz o zhoršené kvalitě plodové vody s sebou nevezali.

Z výpovědi všech lékařů vyplynulo, že hnědá barva plodové vody suspekci nepředstavuje, je dána příměsí staré krve, sleduje se zejména zkalení plodové vody, které vzniká uvolněním stolice plodu do plodové vody a má tři stupně, kontroluje se na vložce nebo vaginálním vyšetřením. Jistě by ale bylo patrné i ze zmíněného ručníku. Pouze třetí stupeň zkalení, kterému se říká „hrachová kaše“, indikuje podle výpovědi MUDr. Křížové ukončení těhotenství podle nálezu buď kleštěmi, nebo císařským řezem. Podle výpovědi MUDr. Ullrycha je třetí stupeň zkalení na příjmu „závažná informace“. Znalkyně Hadravská sice uvedla, že u funkčně zralého střeva donošeného plodu může už v děloze dojít k produkci stolice, případný zánět tuto činnost zvyšuje, znalec Šach ale uvedl, že jde o minimum případů. Většinou jde o signál, že se „něco děje“. Proto je lepší těhotenství ukončit i s vědomím rizika císařského řezu pro matku. Druhý stupeň zkalení plodové vody (jen „s vločkami“, „s kousky“) není podle výpovědi uvedených lékařů indikací k ukončení porodu císařským řezem. To nezpochybnil ani znalec Šach. Znalci znaleckého ústavu uvedli, že přítomnost zkalené plodové vody by měla vést k přísnějšímu hodnocení CTG záznamu (snížení o jeden stupeň), nicméně nijak nezpochybovali, že záznam CTG je hodnotitelný až po určitém čase, a také netvrdili, že by zkalení plodové vody ve druhém stupni již bez dalšího indikovalo císařský řez.

Svědkyně V [REDAKCE] k tomu uvedla, že na příjmu chvíli čekali, že jí „bylo špatně“, což porodní asistentka „viděla“. Porodní asistentka ([REDAKCE]) proto svědkyni hned po převlečení vyšetřila vaginálně, aby „věděla, jak mají pospíchat“. Plodovou vodu viděla i na rukavici, tu měla „hnědou“, svědkyně V [REDAKCE] „žmolky neviděla“, nějaké mechanické části ale v plodové vodě podle názoru soudu být musely, pokud se již předtím doma do ručníku „nevsákly“. Do porodopisu porodní asistentka vaginální vyšetření (chybně) nezaznamenala, uvedla nicméně, že rodička „pohyby plodu vnímá“. Pohyby plodu nezpochybnila ani svědkyně V [REDAKCE]. Záznam o pozdějším vaginálním vyšetření před operací učinila pouze MUDr. Křížová (v 16:40 hodin) s poznámkou o zkalení plodové vody „ve druhém stupni“.

Podle operačního protokolu již byl při císařském řezu zjištěn třetí stupeň zkalení, tedy kašovitá plodová voda, současně ale bylo z výpovědi lékařů zjištěno, že stupeň zkalení se může během porodu zvýšit, může se lišit stupeň zkalení přední a zadní plodové vody, zkalení plodové vody navíc představuje jen jednu z potřebných informací.

Lze tedy ze spojitosti uvedených důkazů usuzovat, že při přijetí svědkyně V [REDAKCE] do nemocnice zde zkalení plodové vody ve druhém stupni bylo, objevilo se dokonce již doma, tedy před 15:00 hodin, kdy takto zkalená plodová voda odtekla, o kašovitou plodovou vodu (zkalení ve třetím stupni) ale ještě nešlo. To uvedla i svědkyně B [REDAKCE] jako zasahující porodní asistentka.

Porodní asistentka tedy měla informaci o zkalení plodové vody druhého a nikoli třetího stupně a o příměsi staré krve, akutní krvácení zde nebylo (v porodopisu je uvedeno jen to, že rodička „špiní“). Rodička se dostavila sama s druhem na běžný příjem, komunikovala, pohyby plodu vnímala, pouze jí „viditelně bylo špatně“, ručník s obsahem odteklé plodové vody s sebou neměla, vaginální vyšetření také nic alarmujícího (indikujícího císařský řez) neodhalilo. Proto bylo pokračováno CTG vyšetřením bez přivolání lékaře. Takový postup byl a je standardní, to uvedly obě porodní asistentky J [redacted] a B [redacted] i všichni lékaři a nezpochybňoval to ani znalec Šach a ani znalci znaleckého ústavu. Také podle MUDr. Turka je běžné, že při příchodu rodičky do porodnice je rodička vyšetřována pouze porodní asistentkou bez přítomnosti lékaře, rodička je napojena na monitor a porodní asistentka sepíše dokumentaci, je-li vše v normě. Podle okolností průběhu je ale povinna přivolat lékaře. Dojde-li k odtoku plodové vody, je porodní asistentka také oprávněna rodičku vyšetřit sama.

Na místě podle výpovědi obou asistentek i lékařů také běžely další dva porody, porodní asistentky se tedy musely částečně věnovat i jim, nikdo o nich ale jako o zásadní komplikaci nehovořil, zřejmě nebyly komplikované. Běh dalších porodů potvrdila i svědkyně V [redacted], s jinou rodičkou se potkala i v příjmové místnosti. Kvůli tomu svědek Š [redacted] nemohl dovnitř a vše podle své výpovědi sledoval jen z chodby. Proto také o dalším vývoji již nic podstatného nevěděl. Službu v tu dobu vykonávaly podle všech výpovědí celkem dvě porodní asistentky a dva lékaři – mladší lékař na porodnici (MUDr. Křížová) a starší lékař na gynekologii (MUDr. Ullrych, primář).

Podle obsahu prvního záznamu ze vstupního CTG vyšetření dne 20.10.2010 byla matka žalobkyně připojena na CTG monitor v 16:08 hodin, což také zpětně ukazuje na příchod do nemocnice před 16:00 hodin, neboť rodička chvíli čekala, poté se převlékala, byla vaginálně vyšetřena, přemístila se do příjmové místnosti, která byla podle všech výpovědí naproti šatně, a teprve tam byla připojena na CTG monitor. Je tedy vyloučeno, že by byla přijata až v 16:22 hodin, jak bylo zpětně (a chybně) uvedeno porodní asistentkou B [redacted] v porodopisu.

Údaje o časech ve zdravotnické dokumentaci byly celkově značně chaotické, na to si také stěžovali všichni znalci. Není ani divu, když sám primář Ullrych jako vedoucí oddělení nedokázal ve své výpovědi soudu jasně popsat, kde přesně byly na oddělení hodiny, zda a jak se seřizují, kdo a zejména podle jakého údaje jednotlivé časové informace do zdravotnické dokumentace zaznamenává. Jednotné pracovní postupy k tomu zjevně vytvořeny nebyly. Svědkyně K [redacted] to popsala pregnantně tak, že žádná oficiální (centrální, kontrolovaná) časomíra na porodnici není, záleží na tom, „jak kdo má hodinky nařízené“. Sám primář také do operačního protokolu zaznamenal zjevně nesprávný čas zahájení operace císařským řezem v 16:45 hod., ve skutečnosti musela být operace zahájena až později. Podle jakého údaje se při psaní protokolu řídil, nedokázal uvést.

Podle prvního záznamu CTG předloženého v originále byla rodička připojena na CTG monitor v 16:08 hodin, záznam končí v 16:37 hodin bradykardií plodu (začínající v 16:35 hodin) s pádem ozev až na 60 za minutu a s poznámkou „ad monitor příjem + O2“. Druhý záznam začíná po 16:39 hodin s ozvami plodu 50-60 za minutu a poznámkou „O2“.

Skutečnost, že záznamy jsou dva, roztržené nesourodým způsobem a opatřené dalšími nesourodými údaji, takže „k sobě nesedí“, ačkoli by mělo jít o kontinuální záznam na jedné roli papíru, nedokázala MUDr. Křížová (jako svědek slyšený první v pořadí) vysvětlit a tápal i

primář Ullrych. Teprve z výsledku svědkyně V [redacted] a zejména z výsledku obou porodních asistentek bylo jednoznačně prokázáno, že důvodem byl záznam postupně na dvou rozdílných přístrojích, šlo tedy o útržky ze dvou záznamových rolí. Svědkyně V [redacted] totiž byla právě kvůli probíhající bradykardii plodu přemístěna za účelem podání kyslíku („O₂“) do vedlejší místnosti, v příjmové místnosti totiž kyslíkový přístroj nebyl. Ve vedlejší místnosti byla opětovně připojena na (jiný) monitor CTG, což odpovídá nejen naměřeným ozvám plodu, ale i časům (prodleva na přemístění a podání kyslíku cca 2 minuty), oba přístroje tedy musely mít čas seřízený v podstatě stejně (tedy oba stejně špatně, pravděpodobněji ale oba stejně správně).

Tomu svědčí i výpověď MUDr. Křížové, která byla přivolána právě kvůli již probíhající bradykardii (po 16:37 hodin) a na místo podle své výpovědi a záznamu v dokumentaci přišla v 16:40 hodin (dívala se „na své hodinky“, tedy na jinou, ale odpovídající časomíru), rodička již ležela ve vedlejší místnosti s kyslíkem, kde ji podle dokumentace vaginálně vyšetřila. V té době se dostavil podle všech výpovědí i primář Ullrych, který z gynekologie „šel hned“, jak ho zavolali, šel do místnosti s CTG, „záznam byl ještě v přístroji“, ozvy plodu byly v té době stále na úrovni 60. Proto se podle výpovědi svědkyně V [redacted] ptal, zda sondy CTG omylem nesnímají frekvenci matky místo plodu. To se podle lékařů obecně stát může, svědkyně V [redacted] to ale jako laik odjinud nemohla znát, zjevně tedy vypovídala před soudem ve všech detailech upřímně, věrohodně popsala vše, co si dokázala zapamatovat.

Následně primář Ullrych podle všech výpovědí nařídil ukončení těhotenství, byl svolán operační tým. Záznam CTG končí v 16:45 hodin s poznámkou „16,45 zajištěna žíla“. Podle dalších poznámek na záznamu a v dokumentaci byl poté (již podle pokynu primáře, jak vypověděl) aplikován Gynipral a byla standardně odebrána krev na dvě transfuzní jednotky, rodička tak byla připravována na operaci, byly jí také sundány náušnice a řetízký. MUDr. Křížová ještě před tím provedla orientační ultrazvukové vyšetření, které je nekompatibilní se sondami CTG, ty tedy již musely být sejmuty. U toho již primář Ullrych zřejmě nebyl (nepotvrdil to), poté MUDr. Křížová také odešla, protože měla u operace asistovat a musela se také připravit. Svědkyně V [redacted] k tomu ještě vypověděla, že se pak musela přemístit na operační sál, protože v místě nebylo převozní lehátko (křeslo), musela to „doběhnout“, sestra ji vedla za ruku na konec dlouhé chodby vlevo, což tehdejšímu umístění operačního sálu přesně odpovídá, umístění lehátka jen na operačním sále a nikoli na příjmu potvrdila i porodní asistentka J [redacted]. Na operačním sále již byla připravována operace, s určitým odstupem byla rodičce aplikována celková anestezie, teprve poté standardním pokynem anesteziologa „můžeme“ (můžeme říznout) mohla být zahájena operace.

Je tedy zřejmé, že operace nemohla být zahájena v 16:45, jak zapsal primář zpětně (a opět chybně) do protokolu, v té době teprve končil CTG záznam, jehož čas byl s nejvyšší pravděpodobností nejbližší realitě, a ještě následovala řada shora popsaných úkonů (odběr krve, aplikace léků, ultrazvuk, přemístění na sál, příprava a aplikace anestézie). Tím spíš není možné, aby operace začala již v 16:40 hodin, jak je uvedeno v anesteziologicko-resuscitačním záznamu operace. Vyjádření znalce Šacha, že se ještě nikdy neseťkal s tím, aby v tomto záznamu byla chyba, na tom nic nemění. Plod byl totiž vybaven podle operačního protokolu v 16:57 hodin, což podle názoru soudu na rozdíl od jiných údajů také odpovídá realitě, dřívější vybavení nezaznamenané v dokumentaci je vyloučeno, nikdo z přítomných by na tom nemohl mít zájem, spíše naopak.

Čas vybavení plodu hlásí podle výpovědi svědkyně J. [redacted] přítomná porodní asistentka, což byla tehdy podle dokumentace ona. Zaznamenává si ho podle shodné výpovědi primáře i přítomný pediatr. Svědkyně J. [redacted] uvedla, že se někdy dívá na své hodinky, někdy na hodiny na operačním sále. Na jaké se dívala, si nevzpomněla, „možná na oboje“. Ačkoli obvykle údaj o vybavení dítěte přesně „na minuty nezaznamenává a většinou zaokrouhluje“ na pět minut dolů nebo nahoru, byl do protokolu udán přesný čas, „protože miminko nebylo dobré“. Zda k tomu někdo dal pokyn, si nevzpomněla, uvedla, že to možná udělala i sama. Podle názoru soudu je to logické. Už věděla, že dítě bylo vybaveno ve velmi nepříznivém stavu (podle porodopisu Apgar skóre 0-0-3), muselo být resuscitováno. Ze zkušenosti věděla, že tento údaj se zapisuje i jinak, že rozhodují minuty a přesný čas je proto podstatný. Byla u toho také řada dalších svědků (operační tým, zejména anesteziolog), neměla prostor ani důvod bez jasného pokynu nadřazeného něco v zapsaném čase měnit, sama se (na rozdíl od kolegyně B. [redacted]) předchozí péče o rodičku přímo neúčastnila.

Primář Ullrych vypověděl, že čas zahájení operace je dán tím, kdy se pacient uspí a „můžeme říznout“, pak by mělo být dítě vybaveno do 5 minut. Císařský řez „šel rychle, bez komplikací, do 5 minut“. Kdyby tam nějaké komplikace byly, tak by je v operačním protokolu zaznamenal. K tomu podle protokolu nedošlo. Svědkyně J. [redacted] uvedla, že na operačním sále byla s MUDr. Ullrychem mnohokrát, „umí miminko vybavit rychle, tak do 5 minut“. Svědkyně K. [redacted] uvedla, že císařský řez netrvá 12 minut, nejdelší část operace následuje až po vybavení plodu. Doba od zahájení císařského řezu do vybavení plodu záleží na obtížnosti přístupu, v případě paní V. [redacted] to ale „bylo rychle, bez komplikací“. Jde-li císařský řez rychle a bez komplikací a je-li sehraný tým, trvá to „obvykle 2 až 3 minuty“.

Nepochybné tedy je, že operace šla rychle, operoval zkušený lékař (primář), který „umí vybavit plod rychle“ a ke komplikacím nedošlo. Pokud bylo dítě vybaveno v 16:57 hodin, musela být operace zahájena v rozmezí od 16:52 do 16:55 hodin. Tomu odpovídají i shora popsané úkony realizované jistě až po 16:45 hodin, ale nutně ještě před zahájením operace.

Proto soud uzavřel, že k účelovým machinacím s časem nedošlo a že nepřesnosti vyplývají opět pouze z administrativních nedostatků v provozu oddělení, v závislosti na nejednotném nastavení jednotlivých přístrojů a na nejasné definici pracovních postupů jednotlivých osob, které zaznamenávají čas (kdy a podle čeho). Údaj o čase zaznamenaný v rámci CTG vyšetření odpovídá jak popsanému příchodu svědkyně V. [redacted] do porodnice a počátečním úkonům při příjmu (před začátkem záznamu), tak příchodu MUDr. Křížové (v průběhu záznamu, měřeno na jejích hodinkách) a předoperačním úkonům, průběhu operace a údaji o vybavení dítěte (po ukončení záznamu). Lze ho proto považovat za reálný údaj.

Teprve se závěrem o reálném čase jednotlivých úkonů se soud mohl zaměřit na posouzení, zda v činnosti žalovaného nedošlo k určitému prodlení (non lege artis) už v průběhu vyšetření CTG (ještě před přivoláním lékařů), resp. poté a zda případné prodlení mělo vliv na výsledný zdravotní stav plodu.

Svědka Křížová vyjádřila svůj odborný názor, že po 10 minutách je křivka CTG nehodnotitelná, nejde-li o preterminální křivku. Skutečnost, že decelerace proběhla, byla podle záznamu hodnotitelná tak v 16:22 hodin. Uvedla, že křivka je zúžená, nejsou přítomny akcelerace. Proto měla porodní asistentka zavolat lékaře „nejpozději v 16:25 hodin“. Křivku zpětně jako celek vyhodnotila jako patologickou. Uvedla, že je těžké hodnotit, jak by to

dopadlo, kdyby porodní asistentka přivolala lékaře dříve, patrně by pacientku jako přivolaný lékař „nejdříve vyšetřila a čas by stejně uplynul“.

Svědkyňe Drmlová (dříve Jeřábková) na místě nebyla, vyjádřila ale svůj odborný názor tak, že pokud porodní asistentka měla informaci, že plodová voda byla zkalená, měla přivolat lékaře už v 16:20 hodin. Současně ale uvedla, že na další vývoj už by to nemělo vliv, neboť zbytek křivky představuje terminální stadium a je výsledkem křivky předchozí. Přivolaný lékař by stejně musel pacientku vyšetřit, takže „by se dostali na stejný čas“.

Svědék Ullrych uvedl, že podle jeho názoru byla křivka CTG hodnotitelná nejdříve v 16:28 hodin nebo 16:30 hodin, první výkyv směrem dolů (16:21 hod.) ale představuje upozornění, že by křivka mohla být silentní, od 16:21 hodin lze proto křivku hodnotit jako suspektní. Porodní asistentka „měla zpozornět“. Zkalená plodová voda je také suspekce. V této fázi, pokud byla informace o zkalené plodové vodě, „byla na místě zvýšená opatrnost“. Obecný postup na oddělení byl takový, že porodní asistentka monitoruje fyziologický porod, v případě suspekce volá mladšího lékaře, ten případně volá staršího lékaře. Porodní asistentka si ale mohla myslet, že je pouze špatná poloha sondy. Na záznamu je poznámka „sedí“. Zřejmě tedy pacientku polohovala. To vyplývá i z CTG záznamu a potvrdila to i svědkyně V. Popsala i „š'ouchání do břicha“ ze strany porodní asistentky, fakticky tzv. Pavlíkovy hmaty popsané primářem Ullrychem. Porodní asistentka se tedy zjevně snažila jedním ze standardních postupů plod v děloze vzbudit, což se jí z důvodů, které ovšem vyšly najevo až následně, nepodařilo.

Lékaři, kteří se odborně k jednotlivým CTG křivkám vyjadřovali v rámci disciplinárního řízení před Českou lékařskou komorou, tedy MUDr. Unzeitig, MUDr. Dvořák, MUDr. Rokyta uvedli, že šlo od počátku o „jasně patologickou křivku“ typu sinusoidy, nereagující na pravidelné děložní kontrakce, což bylo „od počátku důkazem o těžkém nitroděložním stresu plodu, na který nebylo včas adekvátně reagováno“. V 16:35 hodin přechází srdeční akce plodu na záznamu do hluboké bradykardie, ve které zůstává po celou dobu monitorování až do 16:45 hodin.

Obdobně se ve svém vyjádření pro žalobkyni vyjádřil i MUDr. Roztočil. Uvedl, že CTG záznam začíná v 16:14 hodin (správně ovšem 16:08 hodin), přičemž od počátku jde o „jasně patologickou křivku“, plod byl „ve stavu těžké hypoxie minimálně od 16:14 hod.“ Postup vedoucí k zahájení císařského řezu až v 16:45 hod. proto hodnotil zcela jasně jako non lege artis.

Primář Nemocnice Slaný MUDr. Wohlgemuth se ve svém odborném vyjádření v rámci disciplinárního řízení pro Českou lékařskou komoru vyjádřil tak, že silentní patologický záznam se posuzuje „minimálně po 20 minutách trvání křivky“. V souvislosti s proběhlou decelerací by ale záznam jako „jasně patologický hodnotil od času 16:20 hodin“, to by měla rozlišit „každá porodní asistentka“.

Ve stejném řízení se ve svém posudku vyjádřil i znalec MUDr. Čepický. Uvedl, že křivka je „od počátku hrubě patologická“ (silentní variabilita při bazální frekvenci cca 150 za minutu, dvakrát decelerace, nejspíše tzv. variabilní decelerace) a v 16:35 hodin přechází v terminální bradykardii. Ke konkrétnímu času pro přivolání lékaře se výslovně nevyjádřil, ve svém závěru ale uvedl, že prodlení v reakci na vstupní CTG (jako „rozhodující chybu“) nezpůsobila pozdní reakce lékařů, ale to, že „nebyli včas přivoláni porodní asistentkou“.

Podle názoru znalce Šacha byla křivka CTG od počátku „vysoce suspektní, jasnou patologií představuje právě záznam ve tvaru „W“ v 16:20 hodin“, akutní hypoxie „masivně začala v 16:35 hod.“ Operační výkon tak byl zahájen „v poslední možnou chvíli“. Operace byla provedena lege artis, do té doby hodnotil postup nemocnice (porodní asistentky) jako vitium artis, současně ale uvedl, že se tento postup „vejde do tolerance medicínských postupů v té době“, což by označení vitium artis odporovalo. Kdyby v té době byla křivka rovná, šlo by určitě o postup non lege artis, pokud nedošlo k okamžitému ukončení těhotenství. Obecně uvedl, že systém v nemocnici byl špatně nastaven, personál špatně četl a podcenil CTG záznam. Systém, kdy záznam posuzuje porodní asistentka, a nikoliv lékař, označil za a priori špatný. Uvedl, že by se nenašel zkušený lékař, který by to „nechal běžet tak dlouho“. Znalec uvedl, že sám by „po jedné třetině záznamu“ nařídil ukončit těhotenství císařským řezem. Se záznamem je ale „třeba chvíli počkat, jestli se to nespraví“. Vždy se musí vyhodnotit dokumentace, to „také chvíli trvá“. Potom se zahajuje léčba kyslíkem, to celé „může trvat třeba 15 minut, teprve pak by nařídil ukončení“, neboť se tím „zvyšuje šance dítěte na lepší výsledek jeho zdravotního stavu“.

Lze tedy shrnout, že podle všech lékařů porodní asistentka B. nepostupovala správně, pokud nepřivolala lékaře dříve, než v 16:35 hodin došlo k bradykardii. Většina lékařů se odborně shodla na tom, že lékař měl být volán nejpozději od 16:21 hodin (po deceleraci ve tvaru „W“), v té době už by všichni hodnotili křivku CTG jako patologickou, i když se křivka standardně hodnotí až po 20 minutách záznamu, zejména pokud porodní asistentka měla ještě další suspekci v podobě shora popsané informace o zkalení plodové vody ve druhém stupni. Před tím nepochybně k žádnému pochybení porodní asistentky nedošlo, počínala si standardně a získávala potřebné informace pro další postup.

Následný (chybný) postup ale nelze z pohledu soudu hodnotit jinak, než jako postup non lege artis. Porodní asistentka B. sice i po proběhlé deceleraci ještě prováděla standardní úkony pro buzení plodu, tedy polohování matky, Pavlíkovy hmaty, a posléze nasadila kyslíkovou terapii („O₂“), bez přítomnosti lékaře ale zjevně oddálila možnost rozhodnutí o ukončení těhotenství, které spadá výlučně do pravomoci lékaře.

Stejně se vyjádřila i porodní asistentka Jandourková, která uvedla, že by lékaře volala už v 16:21 hodin, protože křivka je zúžená, je tam „zřejmá ta decelerace“, zejména pokud byla zkalená plodová voda, tak by „tam lékaře chtěla mít“.

V rámci revizního znaleckého posudku MUDr. Turek před soudem vypověděl, že křivka monitoru byla od počátku suspektní, nicméně k tomu, zda je silentní, by bylo podle tehdejších uznávaných postupů možné se vyjádřit až „po 40 minutách trvání záznamu“. Uvedl, že popisy CTG monitorů „se mění“, je to „velmi subjektivní činnost“. V odborné literatuře byly zkoumány ze strany expertů stejné křivky, přičemž v případě křivek s redukovanou variabilitou (jako v tomto případě) se experti shodli jen ve 40 % případů. Obecně platí, že „čím větší patologie, tím méně se experti v hodnocení křivky shodnou“.

Na originálu CTG záznamu z 20.10.2010 znalec popsal zvýšenou srdeční frekvenci plodu kolem 155 – 160, což je „mírná tachykardie“, tehdy byla za „normální rozmezí“ považována hodnota 110 – 150, dnes by to bylo „až 160“, obvykle bývá i vyšší, třeba 170. To svědčí o reakci plodu na probíhající hypoxii, v té době tedy „již běžel ten hypoxický inzult“. To odpovídá i vyjádření MUDr. Roztočila a MUDr. Šacha. Kdyby se křivka CTG začala

„natačet už dřív“, mohla být podle MUDr. Turka „po 40 minutách“ hodnocena jako silentní a už by bylo „jasné, že se něco musí udělat“. Dále uvedl, že ze záznamu nelze přesně odhadnout, jak dlouho už hypoxie před zahájením záznamu trvala. O hypoxii svědčí „právě zkalená plodová voda“, i když ta se může obecně objevit i u fyziologických porodů.

Jinými slovy, MUDr. Turek také nepopsal nic, v čem by porodní asistentka v této fázi pochybila, ihned na počátku zjevně nebylo „jasné, že se něco musí udělat“, i když už hypoxie plodu probíhala. Současně ale znalec připomněl, že zde byly jiné alarmující okolnosti, kromě odteklé zkalené plodové vody také decelerace ve tvaru „W“, a v té době „už měl být lékař přivolán“, „zjištěné kontrakce určitě nevěstily nic dobrého“. Opět tak potvrdil shora uvedené závěry o nutnosti přivolání lékaře po 16:21 hod. a o prodlení, ke kterému došlo v činnosti porodní asistentky poté.

Podle názoru soudu ale není jisté, jak dlouhé celkové prodlení reálně bylo, tedy zda a jak by dřívější přivolání lékařů změnilo čas rozhodnutí o ukončení těhotenství, čas vybavení plodu a zejména následky na zdraví žalobkyně. To jsou tři rozdílné skutečnosti.

Rozdíl mezi indikací účasti lékaře u porodu, jak vyplývá ze shora uvedených zjištění (16:21 hodin), a jeho reálným přivoláním (po 16:35 hod., kdy bradykardie nastala, ale před 16:37 hodin, kdy již došlo k odpojení prvního CTG a lékaři již byli voláni) představuje přibližně 15 minut. V době trvající bradykardie („alterace na 60“) už byla jasná indikace ukončení těhotenství, CTG záznam již trval 29 minut (a byl tedy lépe hodnotitelný než v 16:21 hodin), o tom při příchodu a rozhodování lékařů (MUDr. Ullrycha a MUDr. Křížové) už nebylo pochyb a vyplývá to i z vyjádření znalce Šacha a dalších shora uvedených lékařů. Vše směřovalo k okamžité operaci („v poslední možnou chvíli“). K žádnému dalšímu prodlevě tedy ve fázi od 16:37 hodin (po nastalé bradykardii plodu) už nedošlo. I když rodička nepochopitelně musela na operační sál ještě sama dojít (vlečena sestrou), příprava operace běžela.

Před uvedenou bradykardií ale lze i z laického pohledu považovat za jisté, že by přivolaný lékař nejdříve rodičku vyšetřil a prostudoval CTG a dokumentaci, než by o ukončení těhotenství rozhodl. Císařský řez má podle všeho zdravotní rizika pro matku a podle neonatologa MUDr. Matase i významná rizika pro plod. Druhý stupeň zkalení plodové vody není sám o sobě indikací k ukončení porodu císařským řezem. Přivolaný lékař by se jistě neobjevil na místě ihned (v 16:21 hod.) a jistě by nerozhodl ihned „ve dveřích“ (v 16:21 hod.), bez jakýchkoli podkladů, přičemž záznam by stále běžel (doba trvání hypoxie by se prodlužovala). To potvrdil i znalec Šach, který uvedl, že to celé „může trvat třeba 15 minut“. Uvedli to i MUDr. Křížová, MUDr. Drmlová a MUDr. Ullrych. Ten dokonce jednoznačně tvrdil, že ho ani „pozdě nevolali“, pochybení porodní asistentky se snažil lidsky i odborně omluvit stejně jako v případě MUDr. Farského.

Také MUDr. Turek v rámci revizního znaleckého posudku uvedl, že takové vyšetření do indikace císařského řezu probíhá, ale zabere „maximálně 5 minut“, tedy podobně, jak to bylo realizováno „po příchodu primáře Ullrycha“. Současně ale uvedl, že by osobně indikoval císařský řez „ihned“. To však podle názoru soudu nelze brát doslova. Jiným způsobem se přirozeně k takovému rozhodnutí staví osoba znalce (se zpětnou znalostí všech podkladů a následků případných chyb) a jiným osoba, která tyto informace ještě nemá a nemůže mít. Ne nadarmo se říká, že „po bitvě je každý generál“. V reálném životě ale každé rozhodnutí zabere určitý čas. I primář Ullrych, k jehož postupu nebyly žádným ze znalců vzneseny námitky a

kteřý své rozhodnutí o dalším postupu učinil až později, kdy byly dostupné další závažné informace (nejen delší záznam CTG, ale zejména nastalá bradykardie), se neopomněl ještě ujistit o správnosti získaných informací (analyzoval záznam CTG a ujišťoval se, že sondy skutečně snímají frekvenci plodu a nikoli matky, jak se také stává). Stejně postupovala i MUDr. Křížová, rodičku nejdříve vyšetřila.

Lze tedy reálně předpokládat, že doba potřebného vyšetření a analýzy informací pro rozhodnutí o ukončení těhotenství (bez vědomosti o blížící se bradykardii) by lékaři na místě zabrala minimálně uvedených 5 minut (dle MUDr. Turka), je ale možné, že i více (až 15min dle MUDr. Šacha). Teprve pak by byla nařízena operace. K tomu dále MUDr. Turek uvedl, že tehdy byly uznávané postupy takové, že od indikace císařského řezu do začátku operace nesmělo uběhnout více než 15 minut.

Podle výpovědi MUDr. Turka je bradykardie výsledkem hypoxie, je to „závěrečný stav, kdy už plod vyčerpal všechny kompenzační mechanismy“, následně by v děloze zemřel. Kdyby porodní asistentka přivolala lékaře dříve, tak by k bradykardii „nejspíše nedošlo“, znalec osobně by „podle předloženého záznamu“ nařídil císařský řez „asi v 16:25 hodin“. Dále uvedl, že ke zlepšení stavu plodu se podává parciální tokolýza, což je medikace, v 16:25 hodin ale „ještě nebyl důvod provádět parciální tokolýzu, to souvisí až s bradykardií“. Je to součást intrauterinní resuscitace před císařským řezem. To vše bylo v daném případě po příchodu lékařů (po nastalé bradykardii) realizováno. Dále také uvedl, že plod už „delší dobu vyčerpával kompenzační mechanismy a už mohl být poškozený“. Pravděpodobnost, že by se narodilo zdravé dítě, označil za „minimální“.

Reálné prodlení mezi potenciálním a skutečným rozhodnutím lékaře o ukončení těhotenství císařským řezem objektivně není zjizitelné, podle názoru soudu ale bylo nepochybně kratší než shora uvedených 15 minut, je dokonce dobře možné, že by k rozhodnutí o ukončení těhotenství ani při správném postupu porodní asistentky nedošlo před 16:30, resp. 16:35 hodin, tedy více než 20 minut před reálným zahájením operace. Lékař by musel po 16:21 hod. na místo nejdříve přijít, opatřit si podklady pro rozhodnutí a rozhodnout o provedení císařského řezu. Přípravy na operaci by byly zahájeny až po rozhodnutí, zatímco ve skutečnosti již vše běželo kvůli probíhající bradykardii paralelně, operace byla reálně zahájena 12 až 15 minut po příchodu prvního lékaře (MUDr. Křížová v 16:40 hod), tedy přibližně 7 až 10 minut po definitivním rozhodnutí primáře Ullrycha o provedení císařského řezu (v 16:45 hod.). Maximální dobu reálného prodlení v činnosti žalovaného tak lze podle názoru soudu jen odhadnout, a to maximálně na 10 minut, je však také možné, že by k vybavení plodu před 16:57 hod. nedošlo ani při jiném běhu věcí (při včasnějším přivolání lékaře).

Z revizního znaleckého posudku soud dále zjistil, že hypoxie je nedostatečné zásobení organismu nebo jednotlivých tkání kyslíkem, jde o závažnější stav, než pouhá hypoxémie. Dochází k výraznějšímu poklesu saturace kyslíku v arteriální krvi plodu. Tělo plodu přidává k omezení pohybu další obranné prostředky nutné k zachování okysličení životně důležitých orgánů (srdce, mozek, nadledviny). Do krve se začínají vyplavovat stresové hormony (především adrenalin), které způsobují centralizaci oběhu plodu na úkor okysličení periferie. Dochází k anaerobnímu metabolismu, čímž vzniká respirační acidóza i acidóza metabolická. Akutní hypoxii může plod kompenzovat pouze několik hodin od vzniku inzultu. Dalším stadiem je asfyxie, jde o nejtěžší fázi, ve které je zvýšené riziko selhání životně důležitých orgánů, prohlubuje se anaerobní metabolismus, který probíhá už i v centrálních orgánech

plodu. V tomto stadiu dochází k nevratnému poškození organismu. V této fázi by měl být porod okamžitě ukončen, jinak život plodu spěje do finálního konce, kdy dochází k povolení centralizace oběhu, k poklesu srdeční frekvence a následně pak k zástavě srdce. Asfyxii plod dokáže kompenzovat jen pár minut. Asfyxie způsobí postupné snižování srdeční frekvence (bradykardii) a lapavé dýchání, které je příčinou aspirace plodové vody do dýchacích cest a plic (k tomu v daném případě podle dokumentace rovněž došlo). Lapavé dýchání asi po 5 – 10 minutách ustává a přichází tzv. terminální apnoe (bezdeší), po tomto posledním vdechu může přetrvávat srdeční frekvence ještě 10 minut. Kritická hodnota srdeční akce je 60 a méně stahů za minutu. Obecně platí, že čím je plod rizikovější, tím hůře s hypoxií bojuje, což je způsobeno nedostatečným vyvinutím obranných mechanismů a jejich postupným vyčerpáním. Přesný časový limit trvání hypoxie nemůže být striktně určen, MUDr. Turek při jednání uvedl, že to může být „1 – 4 hodiny, záleží jak který plod.“ Naproti tomu asfyxii plod dokáže kompenzovat jen pár minut, MUDr. Turek při jednání uvedl, že k odumření plodu může dojít za „2 minuty nebo také 15 minut“, proto by ve fázi bradykardie měl být porod „okamžitě ukončen“.

Ačkoli z logiky věci a podle revizního znaleckého posudku jde v takovém případě (asfyxie) o minuty, je třeba si reálně uvědomit, že určitá doba je vždy potřebná pro řádné vyšetření stavu plodu a rozhodnutí o způsobu řešení, další doba pak pro přípravu případné operace, ledaže by ošetřující lékaři byli „vševědoucí“ (nepotřebovali nic zjišťovat) a byli „stále připraveni“ na místě i s celým operačním týmem, což reálnému poskytování zdravotní péče neodpovídá a ani nemůže odpovídat. Další doba je navíc potřebná pro faktické provedení operace.

V daném případě lékaři rozhodli správně o aplikaci parciální tokolýzy a o ukončení těhotenství, které také řádně provedli. To jednoznačně uvedl i znalec Šach, postup lékařů (po jejich přivolání) hodnotil jednoznačně jako postup lege artis, operace byla zahájena v limitu „20 minut“ (podle MUDr. Turka jde o „15 min.“) od indikace císařského řezu (časový limit tedy nebyl vyčerpán) a dítě bylo vybaveno do 5 minut (rychle). Obecně uznávaný limit je podle znalců dán právě technicko-organizačními parametry ve zdravotnictví (možnostmi jednotlivých pracovišť), nikoli fyziologickými vlastnostmi lidského těla.

Problém spočívá v tom, že podle vyjádření znalce Šacha je medián (tedy střední hodnota) přežití člověka bez kyslíku 5 minut, u dětí 10 minut, delší doba u konkrétního jedince pouze „není vyloučena“. Obdobné závěry, jak shora uvedeno, vyplývají i z revizního znaleckého posudku.

Logicky ale v takovém případě není postup zdravotní péče lege artis v ČR (ani v obecně uznávaném časovém limitu reálného provedení operace) zárukou zachování zdraví plodu. To je třeba vnímat jako obecné riziko pacienta dané reálnými možnostmi systému zdravotnictví. Na druhou stranu každé prodlení snižuje šance dítěte na život, popř. lepší zdravotní stav, otázkou však zůstává míra tohoto snížení.

Znalec Šach k tomu v písemném posudku uvedl, že stav plodu se vyvíjel „delší dobu“ a že „možnost nápravy a řešení v posledních desítkách minut před vybavením plodu byla jen velmi malá“. Ve své výpovědi uvedl, že „případné prodlení při vybavení dítěte nemělo na stav vliv a že by tu byl stejný stav dítěte, i kdyby císařský řez byl proveden ihned při přijetí“. To opakoval několikrát, odmítl předjímat jiný výsledný stav dítěte při dřívějším ukončení těhotenství. Uvedl, že CTG záznam ze dne 20.10.2010 připouští možnost pupečnickové

nehody. Nedá se zjistit, kdy přesně ta komplikace začala, je pravděpodobné, že to bylo „již doma“ při odtoku plodové vody. Zkalená plodová voda je „obvykle signálem, že se něco děje“. Stejnou možnost popsal i primář Ullrych.

V závěru disciplinární komise České lékařské komory se objevilo v podstatě totéž. Lékaři sice uvedli, že prodlení v reakci na patologickou křivku (dne 20.10.2010) je „s nejvyšší pravděpodobností v příčinné souvislosti s poporodním postižením plodu“, současně ale uvedli, že „nelze vyloučit podobný nebo stejný rozsah postižení i po císařském řezu provedeném neprodleně po zjištění patologického CTG záznamu“, což jednoznačně svědčí proti příčinné souvislosti.

Pro druhé konstatování (proti příčinné souvislosti) svědčí podle lékařů disciplinární komise České lékařské komory charakter CTG záznamu (od počátku těžký nitroděložní stres plodu), průběh porodu před přijetím, konzistence a barva plodové vody i patomorfologický nálezný na placentě. Ten byl sice vyloučen posudkem znalkyně Hadravské (šlo o depozita fibrinu v placentě), byl zde ale zjištěn shora popsaný akutní zánět pupečníku a placenty a chronická nedostatečnost placenty (obojí jako predispozice). Pro první konstatování (svědčící pro příčinnou souvislost, tedy vznik následku na zdraví žalobkyně právě prodlením porodní asistentky při přivolání lékaře) uvedení lékaři disciplinární komise České lékařské komory naopak nic dalšího neuvedli. Takový závěr (o příčinné souvislosti) není podle názoru soudu objektivně ničím podložen a patrně byl míněn jako možná, nikoli jako prokázaná a hlavní, příčina.

Obdobným způsobem soud hodnotil písemný revizní znalecký posudek, v němž se objevil závěr, že pochybení (prodlení porodní asistentky) „je s největší pravděpodobností v kausální souvislosti s poporodním stavem plodu“, ale také závěr, že „nelze s jistotou tvrdit, že by podobný nebo stejný rozsah postižení byl (zjevně míněno „nebyl“) i po císařském řezu provedeném v kratším časovém horizontu po zjištění patologického CTG“. Znalecký ústav uzavřel, že za „nejpravděpodobnější příčinu“ vzniklého stavu lze považovat náhlou pupečnickovou nebo placentární příhodu. Placentární příhodě ale neodpovídá operační protokol, podle názoru soudu lze proto spíše usuzovat na pupečnickovou příhodu, zejména utisknutí pupečníku, neboť jiné viditelné patologie pupečníku (uzel apod.) nebyly v dokumentaci popsány. Tomu odpovídá i výpověď MUDr. Turka, podle kterého je „jediným vysvětlením stlačení pupečníku, což se ani po císařském řezu, na rozdíl od jiných příčin, nezjistí“. Je zřejmé, že plod nedostával tolik kyslíku a živin, kolik potřeboval, proto došlo k hypoxii, a poté, co plod vyčerpал všechny kompenzační mechanismy, došlo k těžké bradykardii. Podle znalce Turka je také „zřejmé, že plod byl kompromitován už před příchodem do porodnice“, po odtoku plodové vody se „muselo něco stát“, proto už „muselo dojít ke změnám v zásobování plodu kyslíkem a živinami“.

K otázce příčinné souvislosti znalec Turek uvedl, že „nelze vyloučit“, že ke stisknutí pupečníku došlo už doma při odtoku plodové vody, to „se stává“. Při odtoku plodové vody může dojít i k vyhrěznutí pupečníku, to se nestalo, nicméně „při kontrakcích se stisknutí pupečníku zesiluje“. Proto, i kdyby porodní asistentka zavolala lékaře „ihned“, tak by se na výsledku „nic nezměnilo“. K procentuální pravděpodobnosti vlivu prodlení porodní asistentky při přivolání lékaře na následný zdravotní stav plodu jednoznačně uvedl, že „s převažující pravděpodobností“ by následek na zdraví plodu „nebyl jiný, i kdyby k prodlení na straně porodní asistentky nedošlo“ a že by stav plodu „nebyl ani významně lepší“. Pravděpodobnost, že by se narodilo zdravé dítě, je podle názoru znalce Turka „minimální“.

Znalec Matas dokonce možnost narození zdravého dítěte vyloučil. V písemném posudku uvedl, že příčinou poškození zdraví žalobkyně byla prodělaná asfyxie „nezávisle na tom, zda žalovaný postupoval lege artis či nikoli“. U jednání znalec uvedl, že pokud hypoxie trvá delší dobu, tak se stav plynule zhoršuje až do situace, kdy vyvolá terminální asfyxii. I kdyby byl císařský řez proveden dříve, tak by plod reagoval na podávané léky snížením svých životních funkcí. Proto je možné, že i kdyby byl císařský řez proveden ve fázi před zmíněnou bradykardií, vše by dopadlo stejně. Asfyktický novorozenec se může narodit i „proto, že byl ovlivněn léky, které dostala matka při přípravě císařského řezu“. Je-li plod na hranici svých kompenzačních mechanismů, vede anestézie k asfyxii a k poškození plodu. Asfyxie může nastat i u jinak zdravého plodu, ten pak ale obvykle reaguje na resuscitaci dobře. Zásadní je podání adrenalinu, pokud na něj srdce nereaguje, je to známkou těžkého poškození. Novorozenci na rozhraní naopak reagují dobře.

Pokud jde o reálný průběh hypoxie (asfyxie), poukazovala žalobkyně na chybějící vyšetření pH pupečnickové krve (tzv. Astrup). Podle operačního protokolu byla krev pro toto vyšetření nabrána (bez podrobnějšího záznamu, kdy a jaká krev byla odebrána), nicméně výsledek vyšetření v dokumentaci bez vysvětlení chybí: Není tedy zřejmé, zda k nabrání vzorku skutečně došlo, a pokud ano, zda bylo vyšetření realizováno či nikoli a proč, a pokud bylo realizováno, proč není výsledek k dispozici (v dokumentaci).

Znalec Turek k tomu uvedl, že tento údaj by byl relevantní a pro závěry posudku chyběl. Stanoví pH, ze kterého se dá usuzovat, jak dlouho asfyxie trvala. Obecně se podle výpovědi znalce uznává, že každou minutu trvání asfyxie klesá pH o 0,01, přičemž normální hodnota je 7,2, takže po 20 minutách trvání asfyxie by hodnota pH činila asi 7 (zvyšuje se acidóza). Uvedl nicméně, že si „nemyslí, že by se záznam o pH ztratil účelově“. V dokumentaci je pH uvedeno „až v dětském statusu“ (7,33), z toho už ale nelze o délce hypoxie, resp. asfyxie nic říct, protože krev byla nabrána až po resuscitaci.

Znalec Matas uvedl, že nejprve pracoval s tím, že údaj o pH dostupný v dokumentaci „je z pupečnicku“, ale to byl „zjevně omyl, protože to neodpovídá klinickému stavu dítěte“. Při zjištěném Apgar skóre by očekával pH „nižší než 7“. U asfyktických novorozenců je třeba provést odběr krve co nejdříve. V daném případě ale není zřejmé, kdy byla krev odebrána. Hodnota 7,33 není vypovídající a nesvědčí o poškození plodu. Také záleží na samotném náběru pupečnickové krve, tedy z jaké cévy je krev nabrána, pochází-li krev od matky, může být pH rozdílné a nemusí vůbec korelovat s klinickým stavem plodu. To ovšem z dokumentace nevyplývá. Znalec dále uvedl, že dokumentace porodníků je zmatečná, nicméně se „stává relativně často, i několikrát za den“, že se nepovede realizovat vyšetření pupečnickové krve, např. proto, že přístroj není schopen zpracovat dva vzorky najednou u paralelních porodů. Někdy také nelze krev vůbec nabrat, protože pupečník je prázdný, to se stává právě u asfyktických novorozenců, kde oběh zkolaboval. Někdy se objeví i chyby při zpracování odebraného vzorku. Situací, kdy není dostupná informace o hodnotě pH z pupečnickové krve, je „relativně hodně a není to nezbytný údaj“.

Znalec Matas dále vypověděl, že kdyby kompenzační mechanismy plodu byly vyčerpané už v době příchodu rodičky do porodnice, tak by dítě „bylo mrtvé“, nedokázal se ale vyjádřit, nakolik byly kompenzační mechanismy plodu v té době ještě efektivní. Popsal, že rozhodující je průtok krve mozkem, což „se zjistit nedá“. Vyjádřil však odborný názor, že plod byl už na hraně svých kompenzačních mechanismů, proto „by i dříve provedený císařský

řez výsledek nezlepšil“. Poukázal znovu na to, že i „anestezie srazí hodnoty kompenzace plodu natolik, že by k asfyxii také došlo“, v písemné části posudku také zdůraznil, že do doby trvání asfyktického inzultu je třeba počítat i dobu po porodu, kdy nejméně 7 minut nebyla zachycena srdeční akce. U jednání pak popsal význam Apgar skóre, které má tři hodnoty. První „0“ značí mrtvého novorozence při porodu. Druhá „0“ je mrtvý novorozenec i po páté minutě od porodu. Třetí „0“ představuje mrtvého novorozence i po desáté minutě po porodu. Každá hodnota se pohybuje od 0 do 10, hodnotí se 5 kvalit - srdeční akce, dech, barva kůže, reakce na podráždění a svalové napětí, každá má dva body. Už z toho, že v daném případě byla hodnota Apgar skóre 0-0-3 (po páté minutě „0“), je zřejmé, že dítě se už vážně poškozené narodilo. Pokud v daném případě dítě mělo po desáté minutě pouze 2 body, „lze odhadovat, že se podařilo obnovit srdeční akci“, pokud je uvedena hodnota 3 body (dle porodopisu), už to podle názoru znalce „nehraje roli“.

S tím souvisí i zcela nová skutková zjištění, která revizní znalecký posudek přinesl a podle kterých žalovaný nepostupoval lege artis ani v poporodní (resuscitační) péči o žalobkyni, neboť byla použita menší endotracheální kanyla, než by podle váhy dítěte měla být, také hloubka zasunutí kanyly od rtu byla vyšší, než by podle příslušného vzorce měla být. Znalec zaznamenal také opožděné zajištění žilního vstupu a chybné množství fyziologického roztoku. Ke všem uvedeným pochybením ale současně uvedl, že mají „nulový efekt na výsledný stav novorozence“. Resuscitace takového novorozence je málokdy úspěšná, a pokud se podaří, tak jde vždy o zásadní poškození zdraví. V této fázi „už nebylo co zlepšit, už bylo pozdě“.

Jinými slovy, závěry písemného revizního znaleckého ústavu upřesněné obsáhlou výpovědí MUDr. Turka a MUDr. Matase před soudem potvrdily předchozí závěry znalce MUDr. Šacha, resp. jejich hodnocení soudem.

Také znalkyně Hadravská uvedla, že akutní pupečnickovou nehodu nelze postupem lege artis předvídat nebo jí zamezit. Taková hrozba je u každé gravidity, může nastat kdykoli, dítě může zemřít před porodem, při porodu nebo bezprostředně po něm. Totéž uvedl i znalec Šach, deceleraci typu „W“ (jak byla zaznamenána u žalobkyně) viděl za svou praxi celkem pětkrát, „nepřežilo ani jedno dítě“, což zjevně nehodnotil jako pochybení zdravotnického zařízení. Uvedl sice, že „věda se vyvíjí“, zjevně ale ne natolik, aby tato rizika dokázala zcela eliminovat, stále existují statisticky evidované případy takových úmrtí či postižení. Žalobkyně v důsledku zákroku lékařů přežila, poškození jejího zdraví se ale zabránit nepodařilo.

Lze tedy shrnout, že objektivně nelze zjistit přesný počátek a intenzitu dušení plodu (hypoxie, resp. asfyxie). Příčinou hypoxie byla s největší pravděpodobností akutní pupečnicková příhoda v podobě stlačení pupečnicku. K takové pupečnickové příhodě zde objektivně byla predispozice v podobě velkého plodu, po odtoku plodové vody a při zvýšených kontrakcích, přítomen byl navíc i akutní zánět pupečnicku a placenty zjištěný znalkyní Hadravskou. Patologický záznam CTG (již od počátku) a zkalení plodové vody ve druhém stupni (již doma) svědčí podle názoru všech znalců i názoru soudu s největší pravděpodobností pro nástup komplikací již doma a pro delší dobu dušení (hypoxie). Jen tato fáze (po odtoku již zkalené plodové vody) zabrala přibližně hodinu (60 minut), než se matka žalobkyně vůbec dostavila na standardní (nikoli urgentní) příjem do porodnice. Hypoxie ale mohla trvat s ohledem na zkalení plodové vody v druhém stupni (v 15:00 hod.) i déle. Zkalení plodové vody sice není jednoznačným následkem hypoxie plodu, může se objevit v konečné fázi těhotenství i u zdravých novorozenců, obvykle tomu podle znalců ale tak není a

v souvislosti se všemi shora uvedenými zjištěními lze spíše usuzovat, že zkalení plodové vody následkem hypoxie v tomto případě bylo. Plod byl při příchodu rodičky do porodnice sice stále živý, rodička „pohyby plodu vnímala“, ještě nešlo o znalci popsané „ticho“ s jiným výsledným CTG záznamem (tzv. rovná čára), nelze ale přesně zjistit, v jakém stavu poškození zdraví plod byl již při příchodu rodičky do porodnice, tedy jak dalece již byly vyčerpány jeho kompenzační mechanismy. Za kritickou fází všichni lékaři považovali deceleraci ve tvaru „W“ v 16:21 hod. (tedy již záhy po příchodu do porodnice). Masivní hypoxie již podle znalců probíhala a v 16:35 hod. podle záznamu CTG došlo k bradykardii na kritickou mez 60, což odpovídá probíhající asfyxii. Zbytek už byl i podle názoru soudu jen vyústěním tohoto stavu, bradykardie totiž pokračovala i dále a následně došlo k zástavě srdce způsobem popsaným v revizním znaleckém posudku. Bezprostředně po nastalé bradykardii byli voláni lékaři, operace byla nařízena nejpozději v 16:45 hod., zahájena byla někdy v 16:52 až v 16:55 hodin, plod byl vybaven v 16:57 hodin, vše tedy bylo realizováno v předepsaném limitu. Srdeční akcí dítěte se ale nepodařilo obnovit minimálně dalších 7 minut po vybavení plodu, plod na podání adrenalinu obvyklým způsobem nereagoval, již byl podle znalců nevratně poškozen.

Je tedy zjevné, že při střední délce přežití bez kyslíku (10 minut) jen uvedená doba akutní masivní hypoxie (asfyxie) po nastalé bradykardii (do faktického vybavení dítěte přibližně 22 minut i při teoreticky fyziologickém předchozím záznamu CTG), mohla vést k obdobně nepříznivým následkům na zdraví plodu či ke smrti. Zde navíc došlo k hypoxickému inzultu plodu již nejméně hodinu před příchodem rodičky do porodnice. Žalobkyně tedy přežila „jen zázrakem“, v obdobných situacích nebývá resuscitace podle znalce Šacha i znalce Matase úspěšná.

Lze tedy uzavřít, že z provedených důkazů ani po doplněném dokazování revizním znaleckým posudkem a po podrobné výpovědi znalců nevyplývá příčinná souvislost mezi prodlením v řádu maximálně 10 minut způsobeným porodní asistentkou B. [redacted] při přivolání lékaře (postupem non lege artis) a poškozením zdraví žalobkyně v důsledku hypoxie, resp. asfyxie. V celkové odhadované délce hypoxického, resp. asfyktického inzultu, včetně doby před příchodem rodičky do porodnice, připadá na uvedené prodlení pouze zanedbatelná část. Proto, i podle názoru všech znalců, by výsledek nebyl jiný (lepší či dokonce bezvadný), kdyby k uvedenému prodlení nedošlo. Příčina poškození zdraví žalobkyně byla jiná, než uvedené prodlení.

Z hlediska shrnutí skutkového stavu tak soud dospěl ze shora uvedených důvodů k závěru, že žalovaný sice částečně postupoval non lege artis (v rozporu s tehdejšími pravidly medicínské vědy) dne 7.10.2010 (MUDr. Farský) i dne 20.10.2010 (asistentka B. [redacted] a také resuscitační tým) a že došlo k poškození zdraví žalobkyně v důsledku hypoxie, resp. asfyxie, nicméně mezi uvedenými pochybeními a následkem na zdraví žalobkyně není prokázána příčinná souvislost. Příčinou byla akutní pupečnicková nehoda (obecné riziko na straně žalobkyně), kterou žalovaný nemohl předvídat a ani její následky odvrátit.

Podle § 3079 nového občanského zákoníku č. 89/2012 Sb. se právo na náhradu škody vzniklé porušením povinnosti stanovené právními předpisy, k němuž došlo přede dnem nabytí účinnosti tohoto zákona, posuzuje podle dosavadních právních předpisů. Nerozhodl-li soud ke dni nabytí účinnosti tohoto zákona o náhradě škody vzniklé porušením povinnosti stanovené právními předpisy, k němuž došlo přede dnem nabytí účinnosti tohoto zákona, může na návrh poškozeného člověka, jsou-li pro to mimořádné důvody hodné zvláštního zřetele (§ 2 odst. 3),

přiznat poškozenému i náhradu nemajetkové újmy podle tohoto zákona. Proto soud ve věci postupoval podle právní úpravy účinné do 31.12. 2013.

Podle § 420 občanského zákoníku č. 40/1964 Sb. ve znění do 31.12. 2013 každý odpovídá za škodu, kterou způsobil porušením právní povinnosti. Škoda je způsobena právnickou osobou anebo fyzickou osobou, když byla způsobena při jejich činnosti těmi, které k této činnosti použili. Tyto osoby samy za škodu takto způsobenou podle tohoto zákona neodpovídají; jejich odpovědnost podle pracovněprávních předpisů není tím dotčena. Odpovědnosti se zproští ten, kdo prokáže, že škodu nezavinil.

Podle § 420a občanského zákoníku každý odpovídá za škodu, kterou způsobí jinému provozní činností. Ustálená soudní praxe nicméně vychází z toho, že objektivní odpovědnost za škodu způsobenou provozní činností podle § 420a občanského zákoníku se na poskytování zdravotní péče nevztahuje.

Obecná odpovědnost podle § 420 občanského zákoníku má čtyři předpoklady: protiprávní jednání (v rámci poskytování zdravotní péče postup non lege artis), vznik škody (zde nesporný i bez zjištění jejího rozsahu), příčinnou souvislost (kauzální nexus) mezi protiprávním jednáním a vzniklou škodou a zavinění (minimálně nedbalostní, které se navíc presumuje).

Vzhledem k tomu, že MUDr. Farský a porodní asistentka B. [redacted] byli zaměstnanci žalovaného, mohl by žalovaný za nesporně vzniklou škodu na zdraví žalobkyně podle § 420 občanského zákoníku odpovídat, pokud by bylo prokázáno, že bylo postupováno protiprávně (non lege artis) a že tento postup byl v příčinné souvislosti se vznikem škody na zdraví.

Podle čl. 4 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, publikované v ČR pod č. 96/2001 Sb.m.s., která má přednost před zákonem, je nutno jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví, včetně vědeckého výzkumu, provádět „v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy“.

Základní zákonné pravidlo pro řádné poskytování zdravotní péče v ČR dále stanoví § 11 odst. 1 zákona č. 21/1966 Sb. o péči o zdraví lidu, ve znění do 31.3. 2012, podle kterého zdravotní péči poskytují zdravotnická zařízení státu, obcí, fyzických a právnických osob v souladu se „současnými dostupnými poznatky lékařské vědy“. Tím je definován právě postup lege artis, kterým se obecně rozumí takový preventivní, diagnostický nebo terapeutický postup, který odpovídá nejvyššímu dosaženému vědeckému poznání. Tohoto hodnotového maxima ale objektivně nelze vždy a všude dosáhnout, popř. nelze vůbec stanovit, co je v daném čase a oboru „nejvyšší dosažené vědecké poznání“, a to i jen v rámci ČR, natož v rámci světové úrovně poznání. Musí proto jít o poznatky a postupy „dostupné“. Právě proto soudní praxe konstantně vykládá postup lege artis v souladu se shora uvedenou Úmluvou spíše v rovině aktuálně platného ustanovení § 28 odst. 2 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, který s účinností od 1.4. 2012 nahradil § 11 odst. 1 zákona o péči o zdraví lidu, a podle kterého má pacient právo na poskytování zdravotních služeb „na náležité odborné úrovni“, tedy nikoli striktně na úrovni „nejvyššího dosaženého vědeckého poznání“. Náležitou odbornou úroveň se pak ve smyslu aktuálního ustanovení § 4 odst. 5 zákona o zdravotních službách (a podle dřívějšího výkladu dostupnosti v § 11 odst. 1 zákona o péči o zdraví lidu) míní „poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných

medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti“.

Proto se vychází z obecně uznávaných postupů, jak v daném čase vyplývají ze závěrů odborných společností, literatury apod. To se vztahuje nejen k postupu lékařů, ale i k postupu ostatního odborného zdravotnického personálu. Obecným cílem tak zůstává poskytování zdravotní péče jen odborně způsobilými osobami, které potřebnou odbornost již dosáhly a dále ji udržují a rozvíjejí, to vše i s přihlédnutím k objektivně technicky dosažitelným materiálním podmínkám výkonu této péče.

Za postup non lege artis lze proto označit péči, při jejímž poskytování lékař nebo porodní asistentka volí postupy zastaralé, nedostatečně účinné, neověřené nebo dokonce nebezpečné, popř. žádné. Postupu non lege artis se tedy dopouští ten, kdo nekoná, nevyužívá v daném místě a čase dostupné odborné a materiální kapacity, nebo nekoná včas, ač konat (využívat) měl a mohl, což se v daném případě vztahuje právě na diagnostický postup MUDr. Farského a porodní asistentky B. Oba zjevně nepostupovali v souladu s tehdejšími obecně uznávanými postupy v daném oboru, chybně hodnotili aktuální CTG záznamy a další dostupné informace a chybně stanovili další postup, jak shora uvedeno. Šlo proto o postup non lege artis. Postup vitium artis používaný pro jejich činnost znalcem Šachem, obecně definovaný jako „mírně chybný“, „málo kvalifikovaný“ lékařský postup, spadá podle názoru soudu do kategorie postupu non lege artis. Z hlediska faktoru protiprávnosti jednání škůdce není podstatná její intenzita, tedy „jak moc neodborně“ bylo postupováno.

Nově také podle výsledků revizního znaleckého posudku musel soud jako postup non lege artis hodnotit postup lékařů, kteří u žalovaného chybně prováděli poporodní péči o žalobkyni (resuscitaci).

Důkaz o postupu non lege artis ale sám o sobě odpovědnost za vzniklou škodu nezakládá. V každém konkrétním případě musí mezi protiprávním úkonem (konkrétním postupem non lege artis) a škodou existovat vztah příčiny a následku (kauzální nexus) a ten musí být prokázán, jde o skutkovou okolnost.

Existuje-li ve vztahu ke škodě několik relevantních příčin, je třeba podle ustálené soudní praxe zjistit a vyhodnotit jejich vliv. Příčinná souvislost je tak dána tehdy, jestliže je škoda podle obecné povahy, obvyklého chodu věcí a zkušeností adekvátním důsledkem protiprávního úkonu. Současně se musí prokázat, že by škoda nenastala bez této příčiny. U škody na zdraví jde o zjištění, zda protiprávní úkon byl vyvolávajícím činitelem poškození zdraví. Příčinnou souvislost nelze vylučovat jen proto, že protiprávní jednání škůdce dovršilo již stávající nepříznivý zdravotní stav poškozeného. Predispozice nevyklučuje příčinnou souvislost. Je-li ale příčinou škody pouze predispozice, resp. nepříznivý zdravotní stav poškozeného, např. vnitřní selhání zdraví, jde o nešťastnou náhodu, popř. událost danou vnitřním stavem zdraví poškozeného, která vždy stihá jen toho, komu se stala. V takovém případě poskytovatel zdravotní péče za škodu neodpovídá, ledaže postup non lege artis spočívá v něčem jiném (bylo-li postupem lege artis možné včas tuto okolnost zjistit, předvídat, či nepříznivé následky odvrátit).

Konkrétní postup non lege artis musí být přímou příčinou vzniku škody. Nemusí být jedinou příčinou, stačí, že je jednou z více příčin, podle ustálené soudní praxe ale musí jít o příčinu důležitou, podstatnou a značnou. Rovněž škodlivý následek nemusí vzniknout jen

z této jedné příčiny. Rozhodující je, zda by ke škodě bez konkrétního postupu non lege artis nedošlo, nebo naopak, zda by škoda vznikla i bez tohoto postupu. Z tohoto hlediska je třeba rozlišit, zda v konkrétním případě více příčin spolupůsobilo k témuž škodlivému následku nebo zda jedna skutečnost vylučuje jinou. Zásadně je třeba vycházet z toho, že každé jednání či opomenutí, bez něhož by následek nenastal, neztrácí svůj charakter příčiny jen proto, že k němu přistoupí další okolnost, jež při vzniku škody spolupůsobí. Podstatné je, zda toto jednání zůstává tou skutečností, bez níž by ke škodlivému následku nedošlo, nebo zda nová skutečnost působí jako výlučná příčina, která bez ohledu na původní okolnosti samostatně způsobila následek. V takovém případě dochází k přerušení příčinné souvislosti mezi vznikem škody a původním postupem non lege artis.

Podle názoru soudu z provedeného dokazování ve vztahu k pochybení MUDr. Farského jednoznačně vyplývá, že zde není příčinná souvislost s poškozením zdraví žalobkyně. Skutečnost, že MUDr. Farský chybně hodnotil křivku CTG a nenechal provést další vyšetření s vyšší specificitou, což znemožnilo odhalit chronickou nedostatečnost placenty a realizovat dřívější ukončení těhotenství, nebyla přímou, důležitou, podstatnou a značnou příčinou dušení plodu a poškození zdraví žalobkyně v důsledku hypoxie. V první řadě měl plod (placenta) podle vyšetření CTG z 14.10. a 18.10. 2010 a podle závěrů znalkyně Hadravské ještě poté dostatečné rezervy, bez akutní události nastalé v den porodu by proto k následku na zdraví jen v důsledku chronické nedostatečnosti placenty nedošlo. Právě tato tzv. akutní pupečnicková nehoda představuje jednoznačné přerušení (přetržení) příčinné souvislosti ve vztahu ke všem předchozím postupům. V tomto směru lze jen zopakovat shora popsané hodnocení provedených důkazů. Právě tato nehoda je samostatně způsobitelná přivodit nastalý (či dokonce smrtelný následek) i u zcela fyziologického těhotenství, tyto případy se stávají a nelze jim nijak zabránit. V daném případě si příčinu poškození zdraví žalobkyně nelze vysvětlit jinak. Všechny ostatní příčiny na straně matky i plodu byly vyloučeny, chronická nedostatečnost placenty neměla odpovídající intenzitu. Představovala sice riziko při „nasednutí“ akutní příčiny (ve smyslu těžšího následku, jak uvedl znalec Šach i revizní znalci), sama ale příčinou nebyla a ani toto „nasednutí“ nevyvolala, stejně jako nezjištěný akutní (mírný) zánět pupečnicku a placenty. Kompenzační mechanismy plodu tím ale byly dotčeny.

Pokud jde o průběh akutní pupečnickové nehody, nebylo možné přesně zjistit, kdy přesně a v jaké intenzitě nastala. Podle shora uvedeného hodnocení důkazů lze ale uzavřít, že k hypoxickému inzultu došlo již nejméně hodinu před příchodem matky žalobkyně do porodnice a že sama matka zásadně nepřispěla k tomu, aby se tato doba významně zkrátila. Masivní hypoxie plodu již probíhala při příchodu do porodnice, kompenzační mechanismy plodu byly téměř vyčerpány. Tomu odpovídá patologická křivka CTG monitoru, závěrečná fáze asfyxie nastala v důsledku bradykardie plodu od 16:35 hod. Postup non lege artis ze strany porodní asistentky spočíval v opožděném přivolání lékaře a tím v oddálení rozhodnutí o (dřívějším) ukončení těhotenství císařským řezem. Toto prodlení ale nebylo příčinou dušení plodu a podle názoru soudu nebylo ani podstatnou a značnou příčinou poškození zdraví žalobkyně v důsledku prodloužení hypoxie vzniklé pupečnickovou nehodou.

Je třeba uvést, že reálná délka prodlení (kdy šlo o postup non lege artis) byla s ohledem na shora uvedené okolnosti maximálně 10 minut. Z celkové doby a intenzity hypoxie proto doba reálného prodlení (prodloužení hypoxie) představuje spíše zanedbatelnou část, jinou racionální úvahu nelze provést. Vše ostatní (že právě těchto několik minut, bylo pro škodný následek rozhodujících) by bylo jen spekulací. Pokud k určitému dušení došlo již

před odtokem plodové vody a následným příchodem do porodnice (před 15:00 hod., resp. před 16:00 hod.) a v průběhu počátečních (standardních, řádných) úkonů porodní asistentky, jak lze usuzovat z provedených důkazů, není ani laicky pravděpodobné, že právě uvedené prokázané prodlení v činnosti porodní asistentky po 16:21 hod. bylo klíčové a způsobilo žalobkyni ztrátu šancí na lepší či dokonce bezvadný zdravotní stav. Kompenzační mechanismy plodu již byly vyčerpány. Tomu odpovídají i závěry znalců, kteří potenciálně lepší výsledek zdraví žalobkyně (bez uvedeného prodlení) nepotvrdili. Nepotvrdili ho ani lékaři disciplinární komise České lékařské komory a ani revizní znalci. Masivní a zřejmě i rozhodující hypoxie (resp. asfyxie) se objevila v 16:35 hod., od té doby k žádnému prodlení nedošlo, spíše naopak, bylo jednoznačně postupováno lege artis, včetně obecně uznávaných časových limitů zdravotní péče. Jen doba této masivní hypoxie (resp. asfyxie) ovšem dvakrát přesahuje střední dobu, která je relevantní pro poškození zdraví plodu při porodu. Pominout nelze ani negativní účinky nutné celkové anestézie matky při provádění císařského řezu, jak zdůraznil znalec Matas.

Nelze proto učinit závěr o příčinné souvislosti mezi uvedeným prodlením (prodloužením hypoxie) a poškozením zdraví žalobkyně. Příčinu poškození zdraví žalobkyně v důsledku hypoxie lze proto přičítat pouze uvedené pupečnickové nehodě (nešťastné náhodě) a nikoli žalovanému a jeho činnosti, resp. nečinnosti.

Je sice pravdou, a v tom lze žalobkyni přisvědčit, že soudní praxe reálně ustupuje od požadavku na 100% úroveň jistoty prokázání příčinné souvislosti. Tato míra důkazu je totiž v praxi, zejména při posuzování škod na zdraví (ale např. i při škodách na životním prostředí), často nedosažitelná a rozhodnutí na bázi neunesení důkazního břemene je v takovém případě zjevně nespravedlivé. Ačkoli soudní praxe dříve vždy požadovala postavení všech složek odpovědnosti za škodu „najisto“ (resp. požadovala důkaz alespoň na úrovni „praktické jistoty“, „nade vší pochybnost“), v případě příčinné souvislosti může podle názoru soudu pro spravedlivé řešení věci postačovat i vyšší, resp. „nejvyšší“ pravděpodobnost z možných. Jde o obdobu anglosaského konceptu „balance of probabilities“ (či „preponderance of evidence“). V daném případě ale ve prospěch žalobkyně podle názoru soudu (podepřeného zejména shodnými odbornými názory všech znalců) nesvědčí ani převažující pravděpodobnost, že by její zdravotní stav mohl být příznivější, popř. bezvadný, kdyby k uvedenému prodlení nedošlo. Je tomu právě naopak. Proto soud žalobu zcela zamítl, aniž by se zabýval výší škody.

Nic na tom nemění ani opakovaný výskyt nedostatků při poskytování zdravotní péče a ani neoddiskutovatelná pochybení při zpracování vzorků a při tvorbě a vedení zdravotnické dokumentace ze strany žalovaného. Soud však považuje za vhodné na tomto místě doporučit, aby se žalovaný úpravou příslušných pracovních postupů vážně zabýval.

O nákladech řízení soud rozhodl podle § 142 odst. 1 o.s.ř. ve spojení s § 150 o.s.ř. a právo na náhradu nákladů řízení úspěšnému žalovanému ani vedlejšímu účastníku nepřiznal. Soud přitom vyšel ze dvou základních aspektů. Prvním je nízký věk a neoddiskutovatelný nepříznivý zdravotní a majetkový stav žalobkyně i celé její rodiny. Žalovaný a vedlejší účastník jsou naproti tomu příjmově i majetkově natolik silní, že odepření náhrady nákladů jim nemůže způsobit žádnou vážnou újmu. Nelze také přehlédnout, že na straně žalobkyně zde bylo důvodné podezření, že žalovaný za vzniklou škodu odpovídá, v řízení ostatně bylo prokázáno, že dokonce opakovaně došlo k postupu non lege artis. Teprve podrobným dokazováním bylo zjištěno, že tu chybí příčinná souvislost mezi pochybením žalovaného a vznikem škody. V tomto směru nemůže soud přehlédnout ani to, že důvodné podezření bylo

významně zesíleno i zjevnými nesrovnalostmi nejen v časech, ale i v obsahu zdravotnické dokumentace. V průběhu řízení pak vyšla najevo ještě ztráta biologických vzorků a jejich průvodek a výsledků důležitého vyšetření (Astrup), bylo-li vůbec provedeno. Za těchto okolností nepřipadá spravedlivě právo na náhradu nákladů řízení v úvahu.

Soud se zabýval i tím, zda odlišit náklady, které vznikly po předchozím (obsahově stejném) rozsudku zdejšího soudu. V daném případě ale nelze učinit závěr, že by žalobkyně bezdůvodně vyvolala další fáze řízení s tím, že ji to na nákladech protistrany „nic nestojí“. I odvolací soud měl na předchozí hodnocení důkazů odlišný názor než zdejší soud a trval na doplnění dokazování stejně jako žalobkyně. Skutečnost, že doplnění dokazování nepřinese zásadně odlišná skutková zjištění, nemohla žalobkyně předpokládat a nelze jí to přičítat k tíži. Její procesní postup je tedy plně pochopitelný. Revizní znalecký posudek závěry o skutkovém stavu věci alespoň posílil a vyvrátil možné pochybnosti.

Ze stejných důvodů soud právo na náhradu nákladů řízení (svědečného a znalečného) nepřiznal podle § 148 o.s.ř. ani státu.

P o u ě n í : Proti tomuto rozhodnutí lze podat odvolání do 15-ti dnů ode dne doručení písemného vyhotovení, a to ke Krajskému soudu v Praze prostřednictvím zdejšího soudu.

V Kladně dne 19. října 2016

Mgr. Jan Podaný
samosoudce