

*Tłumaczenie poświadczone  
z języka niemieckiego*

DEUTSCHES HERZZENTRUM BERLIN  
STIFTUNG DES BÜRGERLICHEN RECHTS  
[NIEMIECKIE CENTRUM SERCA W BERLINIE  
Fundacja Prawa Cywilnego]

Deutsches Herzzentrum Berlin, Postfach 65 05 05, 13305 Berlin

Prokuratura Okręgowa w Warszawie  
**Pan Prokurator A. Janecki**  
ul. Chocimska 28  
00-791 Warszawa

POLSKA

**Opinia uzupełniająca z dnia 14 lutego 2008/VI Ds.185/06**

Szanowny Panie Prokuratorze,

W załączeniu przesyłamy na zlecenie pana profesora Hetzera opinię uzupełniającą.

Z poważaniem

Z up. G. Peters-Schell  
Biuro Prof. Dr med.dr.h.c.R.Hetzer  
*/-/ podpis nieczytelny*

Załącznik:  
Opinia uzupełniająca

DEUTSCHES HERZZENTRUM BERLIN  
STIFTUNG DES BÜRGERLICHEN RECHTS  
[NIEMIECKIE CENTRUM SERCA W BERLINIE  
Fundacja Prawa Cywilnego]

Deutsches Herzzentrum Berlin, Postfach 65 05 05, 13305 Berlin

Prokuratura Okręgowa w Warszawie  
Pan Prokurator A. Janecki  
ul. Chocimska 28  
00-791 Warszawa

POLSKA

**Dotyczy:** Sprawy przeciwko dr Mirosławowi Garlickiemu  
Sygnatura akt VI Ds.185/06  
**Tutaj:** Zlecenie uzupełniającej opinii z dnia 14 lutego 2008 r.

Szanowny Panie Prokuratorze,  
Szanowni Państwo,

Na podstawie pisma Państwa wysłanego faksem dnia 14 lutego 2008r. i 27 lutego 2008r. w uzupełnieniu do naszej opinii poniżej odpowiadamy na sformułowane przez Państwa pytania jak następuje:

I. Odnośnie Pacjenta

1. Czy wobec wielokrotnych i stanowczych twierdzeń instrumentariuszki dotyczących pozostawienia rolgazy w jamie serca, bezczynność podejrzanego może być oceniana jako właściwa? Czy ponowną kontrolę echokardiograficzną należało przeprowadzić dużo wcześniej niż dopiero dniu 28 listopada 2006 roku (na przykład w 2-3 dobie po operacji), a jeżeli tak, to czy i jaki wpływ na dalszy przebieg choroby miało zaniechanie przeprowadzenia tego badania?
2. Jakie powinno być postępowanie w przypadku powzięcia podejrzenia, iż rolgaza pozostała w jamie serca? Proszę ocenić, czy czas pozostawania gazika w organizmie, jaki upłynął od zgłoszenia przez instrumentariuszkę faktu pozostawienia rolgazy do reoperacji pacjenta, miał wpływ na jego zgon? Czy wcześniej wykonana reperacja zwiększałaby szansę pacjenta na przeżycie?
3. Jakie skutki pośrednie lub bezpośrednie dla życia lub zdrowia pacjenta niesie za sobą pozostawienie gazika w jamie serca?

4. Czy przywołane w opinii na stronie 27 wyniki badań amerykańskich dotyczące pozostawienia ciała obcego w ranie dotyczą przypadków pozostawienia ciała obcego w samym sercu? Czy Pana zdaniem można utożsamiać lub porównywać pozostawienie rolgazy w ranie pozabiegowej z pozostawieniem rolgazy w jamie serca z uwagi na szczególny charakter tego organu?
5. Czy w praktyce Niemieckiego Centrum Serca w Berlinie zdarzyło się pozostawienie gazika w jamie serca? Jeżeli tak, to jakie podjęto działania i po jakim czasie przystąpiono do reoperacji?

## II. Odnosnie Pacjenta

1. Czy stan infekcji, w szczególności zapalenie płuc jest bezwzględnym przeciwwskazaniem do przeprowadzenia transplantacji serca?
2. Jaki skutek u pacjenta, u którego przed przeprowadzeniem transplantacji serca stwierdzono stan zapalny (infekcyjny) może spowodować podawanie leków immunosupresyjnych?
3. Czy w niniejszym przypadku przeprowadzenie przeszczepu serca nie powinno zostać poprzedzone badaniami na odwracalność wysokich oporów płucnych?
4. Czy wobec niejasności diagnostycznych zdjęć RTG nie powinien ocenić lekarz radiolog?
5. Czy w oparciu o dokumentację medyczną wobec podawania pacjentowi Jerzemu antybiotyków, w szczególności w postaci Areplexu, Biseptolu, Sefrilu, Augmentinu, Wibramycyny oraz informacji o wyniku zdjęcia rtg klatki piersiowej (w postaci stwierdzonych licznych plamisto-pasmowatych zacienień w środkowych polach płucnych przechodzących w jednolite zacienienia dolnych pól płucnych pochodzących od zmian mięszowo-śródmięszowych - rysunek naczyniowy wnęk wzmoczony i poszerzony, serce zlewa się zacienieniami), wyniki badań analitycznych i poczynione w sprawie ustalenia można stwierdzić jednoznacznie, że u \_\_\_\_\_ w chwili przyjęcia do Kliniki występował stan zapalny (infekcja), w szczególności zapalenie płuc, czy też diagnozy tej nie można jednoznacznie potwierdzić, jaka inna diagnoza mogła być poczyniona w oparciu o powyższe?
6. Czy w niniejszej sprawie istniały w chwili kwalifikacji do operacji wątpliwości, czy u pacjenta występuje zapalenie płuc, a jeżeli tak, to czy należało wykonać inne badania pogłębiające diagnozę, w szczególności badania tomograficzne lub skonsultować stan pacjenta z lekarzem innej specjalności, w szczególności pulmonologa, infekcjologa, co pozwoliłoby wykluczyć stan zapalny? Jeżeli tak, to jakie?
7. Czy w przypadku potwierdzenia choćby względnych przeciwwskazań do przeszczepu serca w postaci wysokich oporów płucnych i ewentualnego zapalenia płuc, istniały szanse na pomyślne przeprowadzenie tego zabiegu i jakie były rokowania dla tego pacjenta w przypadku odstąpienia od przeszczepu serca w dniu 5 grudnia 2007 roku, czy poprzez zakwalifikowanie \_\_\_\_\_ do zabiegu zostało przekroczone dopuszczalne ryzyko?

8. Dlaczego w nadesłanej opinii zawarto stwierdzenie, iż inne metody ratowania życia (wszczepienie systemu wspomaganie serca, transplantacja serca i płuc) w Klinice Kardiologii Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie nie było możliwe? O jakie metody chodzi?
9. Czy w 2006 roku w Niemieckiej Klinice Serca w Berlinie przeprowadzono transplantację serca u pacjenta z równie wysokim oporem płucnym, jaki stwierdzono u

Odpowiedzi na pytania dotyczące Pacjenta

Ad.1

Przed wszystkim uważamy za bardzo wątpliwe insynuowanie Podejrzanemu „bezczyńności”, zawarte już w samym pytaniu.

Na to pytanie została już udzielona szczegółowa odpowiedź w naszej opinii na stronach 23 do 26.

Jeszcze raz reasumując:

- To było właściwe postępowanie, że tylko na podstawie podejrzenia instrumentariuszki nie została natychmiast przeprowadzona reoperacja.
- To było właściwe postępowanie, że najpierw szukano rolgazy przy pomocy badania echokardiograficznego, gdyż w tamtym czasie w Klinice Kardiologii Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie wyraźnie nie używano gazików w nitkę RTG.

---

Jak można przeczytać w naszej opinii na stronie 26, skrytykowaliśmy fakt wykonania badania echokardiograficznego dopiero 28 listopada 2006 roku, mimo iż już wcześniej u Pacjenta wystąpiły problemy zdrowotne. Rokowania byłyby z pewnością lepsze, gdyby ciało obce zostało wcześniej usunięte. Musimy jednakże w związku z tym wskazać, iż w naszej Klinice mamy do dyspozycji bardzo dobre wyposażenie w sprzęt jak i w personel, zatem w każdej chwili możliwe jest wykonanie badania echokardiograficznego. Wiemy jednak również, że echokardiografia w wielu dużych krajowych i zagranicznych klinikach jest dostępna jedynie jako usługa konsultacyjna z odpowiednim opóźnieniem.

Ad. 2

Gdy tylko powzięto podejrzenie o pozostawieniu rolgazy bez nitki RTG w jamie serca, powinno niezwłocznie nastąpić badanie echokardiograficzne (strona 26 naszej opinii).

Rokowania dla pacjenta byłyby w przypadku wcześniej przeprowadzonej reoperacji korzystniejsze, chociaż nie da się tego kwantyfikować.

Ad. 3

Embolizacja rolgazy może spowodować blokowanie dysku sztucznej zastawki lub zamknięcie naczynia jako skutek bezpośredni, skutkiem pośrednim może być infekcja spowodowana osadzeniem się bakterii na rolgazie.

Ad. 4

Przywołana w opinii statystyka ubezpieczeniowa nie dotyczy pozostawienia ciała obcego w sercu, ale generalnie pozostawiania ciał obcych w ranie pozabiegowej.

Mimo iż także poprzez pozostawienie ciała obcego poza sercem dochodzi do ciężkich uszkodzeń a nawet śmierci, to oczywiście pozostawienie ciała obcego w sercu ma szczególną wagę.

Cytat ze statystyki ubezpieczeniowej miał tylko podkreślić, jak często ciała obce pozostają w ciele przy operacjach, mimo iż powinno się tego unikać, wykonując rzetelną pracę oraz poprzez kontrolne liczenie materiałów i instrumentów, używanych przy operacji.

Ad.5

W praktyce Niemieckiego Centrum Serca w Berlinie zdarzył się dotychczas jeden przypadek pozostawienie gazika w sercu. Zostało to jednak zauważone jeszcze w trakcie operacji i gazik można było bez problemu usunąć przed zakończeniem zabiegu.

Niżej podpisanemu jednak jest znany z jego praktyki rzeczoznawcy całkiem podobny przypadek, który doprowadził do ciężkich powikłań, także już po usunięciu gazika, ze wspomaganiami serca sztucznym sercem, ale ostatecznie pacjent przeżył.

Odpowiedzi na pytania dotyczące Pacjenta

Ad.1

Ostre zapalenie płuc jest przeciwwskazaniem do transplantacji serca.

Ad.2

Przy konieczności stosowania leczenia immunosupresyjnego należy liczyć się, w przypadku wystąpienia infekcji z tym, że dojdzie do znacznego pogorszenia stanu zakażenia, tak że ostatecznie nie będzie można tej infekcji opanować.

Ad.3

W przypadku wysokich oporów płucnych przed transplantacją serca generalnie, a w przypadku Pacjenta w szczególności obowiązują wypowiedzi poczynione w opinii na stronach 20 do 22.

Ad.4

Konsultacja kardiochirurga z radiologiem wymagana jest tylko wtedy, kiedy nie potrafi on zinterpretować zdjęcia rentgenowskiego.

Ad.5

Ani na podstawie historii choroby ani w oparciu o zdjęcie rentgenowskie nie da się jednoznacznie wyjaśnić, czy u pana w momencie transplantacji występowało zapalenie płuc lub czy chodziło o zmiany spowodowane przebyłym zapaleniem płuc. Odesłaliśmy w związku z tym do zdjęcia rentgenowskiego wykonanego po operacji, które na podstawie wysięków opłucnowych, których przyczyny nie da się ustalić, pozwala na znacznie lepszą możliwość oceny. Zwiększona przejrzystość w obrębie lewego dolnego płata płuc może być zarówno skutkiem niedopowietrzenia po przebyłym zapaleniu płuc jak również skutkiem sztucznego oddychania lub może wskazywać na istniejące zapalenie płuc.

Ad. 6

Konsultacja z lekarzem innej specjalności jest wymagana tylko wtedy, jeżeli lekarz prowadzący jest niepewny swojej diagnozy lub chce zasięgnąć innej opinii. Uważamy badanie CT (tomografia komputerowa) za mało przydatne do zdiagnozowania i wykluczenia zapalenia płuc lub do odróżnienia zapalenia płuc od obrzęku płuc.

Dla lepszego zrozumienia wyjaśniam, że każda forma diagnostyki rentgenowskiej (także tomografia komputerowa) daje tylko pośrednie wskazówki dla zmian patologicznych.

Wobec zaawansowanej niewydolności serca zmiany w płucach mogły być zinterpretowane przede wszystkim jako obrzęk płuc. Może to prowadzić do podobnego obrazu klinicznego jak zapalenie płuc, bądź też obrzęk jest zawsze związany z komponentami zapalnymi.

Wysięki opłucnowe widoczne na zdjęciu rtg wykonanym przed operacją powinny poza tym wynosić po obu stronach powyżej 1 litra. Wskutek znacznego zwiększenia wolumenu dochodzi do kompresji płuc, przez co w jednakowym stopniu zostaje zmniejszony udział powietrza w płucach, szczególnie w tych partiach płuc, które już i tak są gorzej napowietrzane. Często małe drogi oddechowe są tak wąskie, że śluz zalegający w drogach oddechowych powoduje zamknięcie tych dróg. Widoczna na zdjęciu rentgenowskim zwiększona gęstość jest rozpoznawana jako zmniejszona przejrzystość. Ale taka zmniejszona przejrzystość występuje także przy zapaleniu płuc wskutek przenikania płynu do tkanek płucnych i wskutek zwiększonej produkcji wydzieliny w tkankach płucnych, co często również powoduje zamknięcie dróg oddechowych.

Ad. 7 do 9

Wyczerpująca odpowiedź na te pytania jest zawarta w naszej opinii. Reasumując można powiedzieć co następuje:

Zakwalifikowanie do transplantacji serca zarówno z powodu wyraźnie podwyższonych wartości oporów płucnych jak i z uwagi na krótko przedtem przebyte lub świeżo wyleczone zapalenie płuc należy ocenić bardzo krytycznie.

Naszym zdaniem nie jest możliwe dalsze objaśnianie wątpliwego wyniku zapalenia płuc z wymaganą pewnością. Ale już w naszej opinii zwróciliśmy uwagę na to, że owa wątpliwa diagnoza nie miała wpływu na los pacjenta, ponieważ pan                    zmarł wskutek osłabienia (niedomogi) serca po transplantacji serca. Dlatego też nie istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy wątpliwym zapaleniem płuc a zgonem pacjenta.


Jak to również przedstawiliśmy w naszej opinii, wysokie opory płucne nie stanowią absolutnego przeciwwskazania do transplantacji serca, mimo iż podwyższyło to znacznie ryzyko operacji. Udowodniliśmy w oparciu o cytaty z literatury naszej własnej kliniki, że z sukcesem były przeprowadzane operacje u pacjentów z porównywalnie wysokimi oporami płucnymi.

Zresztą w sumie złe wyniki u takich pacjentów doprowadziły do zmiany naszej opinii oraz spowodowały rozwój innych procedur operacyjnych; dlatego w naszej klinice przy porównywalnie wysokich oporach płucnych w ostatnich latach nie były już wykonywane transplantacje serca.

Z jednej strony w coraz większym stopniu zaczęliśmy u pacjentów ze złym funkcjonowaniem serca i wysokimi oporami płucnymi wykonywać jednoczesne transplantacje serca i płuc, które porównywalnie technicznie wymagają jednakże większych nakładów a także niosą ze sobą znaczne problemy z opieką pooperacyjną pacjenta. Także wybór organów do przeszczepu jest ograniczony, gdyż oprócz kryteriów doboru dla serca, musi być w szczególności uwzględniona wielkość klatki piersiowej dawcy i biorcy, tak aby powiodła się operacja transplantacji płuc.

Ponadto, zwłaszcza w ostatnich latach bardzo rozwinęła się technika mechanicznego systemu wspomagania krążenia, która trwale wspomaga pracę serca lub jest stosowana z zamiarem niwelowania skutków osłabienia serca dla funkcjonowania organów oraz normalizowania oporów płucnych, tak, by była możliwa bardziej skuteczna transplantacja serca.

Według naszej wiedzy w Klinice Kardiologii Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie nie przeprowadzano jednoczesnych transplantacji serca i płuc. Nie wiemy, czy istniała możliwość wszczęcia mechanicznego systemu wspomagania krążenia, przydatnego do długotrwałego wspomagania krążenia.



w chwili transplantacji znajdował się w takim stanie, w którym bez operacji z pewnością żyłby bardzo krótko. My wszczepilibyśmy panu w porównywalnej sytuacji mechaniczny system wspomaganie krążenia, nie zajmując się dalej wyjaśnianiem ewentualnie istniejącego zapalenia płuc. Nawet jeżeli potraktujemy to jako opcję optymalną, nie możemy ocenić, czy ta możliwość była dostępna w Klinice Kardiologii Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie.

W tym przypadku można byłoby alternatywnie przenieść pacjenta do innego szpitala, gdzie istniałaby możliwość wszczepienia takiego systemu wspomaganie serca. Ponieważ wszystkie obecnie dostępne systemy wspomaganie serca wymagają rozbudowanej i doświadczonej opieki pooperacyjnej pacjenta, opieka pacjenta w jego mieście rodzinnym byłaby raczej niemożliwa.

Z tej przyczyny także w naszej opinii określiliśmy decyzję o transplantacji serca jako „ultima ratio”.

W związku z tym należy także podkreślić, że transplantacje serca na całym świecie związane są ze śmiertelnością wynoszącą ok. 10% – 20% w pierwszym roku po operacji.