

## UZASADNIENIE

Powód C. R. w pozwie z dnia 22 marca 2011 r. skierowanym przeciwko Samodzielnemu Publicznemu ZOZ (...) Szpitalowi (...) im. WAM UM w Ł. – (...) Szpital (...) oraz (...) S.A. w W. wniósł o zasądzenie in solidum od obu pozwanych kwoty 100.000zł z ustawowymi odsetkami od dnia 24 stycznia 2011r. do dnia zapłaty oraz renty miesięcznej na zwiększone potrzeby po 1000zł płatnej do 5. dnia każdego miesiąca, a także o zwrot kosztów postępowania.

Obaj pozwani nie uznali powództwa i wnieśli o jego oddalenie i zwrot kosztów procesu, a pozwany zakład ubezpieczeń dodatkowo powołał się na ograniczenie swojej odpowiedzialności, zgodnie z zawartą umową ubezpieczenia – polisa Nr (...), do kwoty 46.500 euro za jedno zdarzenie i 275.000 euro na wszystkie zdarzenia.

(odpowiedzi na pozew – k. 320-323 i 331–332)

Pismem procesowym, złożonym na rozprawie w dniu 12 grudnia 2012 r., a zmodyfikowanym pismem z 11 marca 2013 r., powód rozszerzył powództwo in solidum przeciwko obu pozwanym z ograniczeniem odpowiedzialności pozwanego (...) do kwoty 46.500 Euro. Po rozszerzeniu powód domagał się kwoty 300.000 zł zadośćuczynienia z ustawowymi odsetkami od dnia 24 stycznia 2011r., 76.000zł odszkodowania z ustawowymi odsetkami od dnia 24 stycznia 2011r. i po 1.660zł miesięcznej renty płatne do dnia 5. każdego miesiąca. Powód wskazał, że na kwotę odszkodowania składa się: 43.752zł - pomoc osób trzecich w wymiarze 5 godzin dziennie przez pierwszy rok i po 4 godziny dziennie dalszy okres do chwili obecnej, wydatki na leki i odżywkę białkową 3.000zł, wydatki związane ze zwiększonym kosztem miesięcznego utrzymania po 700zł miesięcznie za 42 miesiące, w tym zwiększone koszty benzyny – 200zł miesięcznie, dodatkowe koszty związane z dietą wysokobiałkową – 300zł miesięcznie i 200zł -pomoc osoby trzeciej w cięższych pracach domowych. Natomiast na przyszłość w ramach renty od 13 grudnia 2012r. powód domaga się w skali miesiąca zwrotu dodatkowych nakładów na benzynę 200zł, dietę wysokobiałkową 300zł, pomoc w cięższych pracach domowych 200zł oraz koszty opieki za 4 godziny dziennie 960zł, łącznie 1660zł miesięcznie.

(pisma – k. 615 oraz 618, protokół rozprawy – k. 649)

W związku z cofnięciem przez powoda na rozprawie w dniu 11 marca 2013 r. żądania wobec pozwanego (...) S.A. ponad 46.500 Euro, pozwany zażądał zasądzenia od pozwanego kosztów procesu od cofniętego powództwa.

(protokół rozprawy – k. 649, postanowienie o sprostowaniu – k. 568)

### **USTALENIA FAKTYCZNE**

W 1975r. powód przeżył wypadek komunikacyjny, którego jednym ze skutków był uraz lewego biodra. Zmiany nie były początkowo rozpoznane, co doprowadziło do zmian zwyrodnieniowych. W 1987r. przeprowadzono u powoda pierwszą protezoplastykę biodra lewego, w 1992r. drugą operację tego samego biodra, a na 2009 rok zaplanowano trzecią.

(okoliczności bezsporne)

W dniu 22 czerwca 2009 r. powód został przyjęty do pozwanego szpitala na oddział ortopedii celem wymiany protezy. Zabieg odbył się następnego dnia. Dzień przed operacją zalecono powodowi odstawienie leku acard, który zażywał w związku z chorobą niedokrwienną serca. Dren z rany operacyjnej usunięto po 3 dniach. Po tygodniu cała lewa noga była mocno spuchnięta, Powód miał stany podgorączkowe. W trakcie zastosowania rękawa pneumatycznego, doszło do pęknięcia szwa pooperacyjnego. Równolegle realizowano rehabilitację, w tym celu powód chodził do sali na odległość 50m, spod opatrunku ciekła krew. Powód został wypisany do domu w dniu 13 lipca 2009 r. z niezagojona raną. Jeździł na zmiany opatrunku. Okazało się, że rana ponownie otworzyła się powyżej miejsca, z którego wcześniej wylewała się krew.

W dniu 30 lipca 2009 r. powód zgłosił na rehabilitację do T., która trwała do 27 sierpnia 2009 r. W trakcie pobytu rana pooperacyjna ponownie otworzyła się. Przy wypisie napisano, że jest przetoka.

W dniu 28 sierpnia 2009r. powód zgłosił się na konsultację chirurgiczna na WAM, gdzie nacięto miejsce zapalne, opróżniono ranę, zszyto i skierowano do domu. W domu gorączkował.

W dniu 13 września 2009 r. powód po raz drugi został przyjęty na Wam, gdzie usunięto przetokę. Podano W.. W posiewie wyhodowano gronkowca opornego na metycylinę, waktamy i aminoglikozydy.

Po wypisaniu do domu 29 września 2009 r. był pod opieką lekarza rodzinnego, który badał go i zlecał wykonanie badań dodatkowych.

W dniu 6 listopada 2009 r. powód miał wykonane badanie (...), które pozwala określić gdzie w organizmie toczy się stan zapalny, wynik wykazał 65 mg/l, przy normie do 5mg/l. Lekarz rodzinny wystawił wówczas dla powoda skierowanie na oddział, ale odmówiono hospitalizacji.

W dniu 17 grudnia 2009r. w trakcie kontroli w przychodni chirurgicznej – RTG biodra wykazało obluzowanie protezy (zapis w opisie, bez reakcji ze strony lekarza).

W dniu 8 stycznia 2010r. powód otrzymał od lekarza rodzinnego skierowanie na badanie scyntygraficzne kości. Badanie wykazało stan zapalny i odklejanie protezy.

W dniu 26 stycznia 2010 r. ponowne badanie (...) wykazało wynik 24,44. w dniu 8 lutego 2010 – 31,28, a 3 marca 2010 r.– 54,32. Następnie w dniu 4 marca 2010r. z inicjatywy powoda wykonano USG stawu biodrowego, które wykazało obecność płynu w okolicy stawu.

Trzecia hospitalizacja miała miejsce w dniu 17 marca 2010r. i polegała na zabiegu operacyjnym usunięcia ropnej przetoki z okolicy biodra lewego i nieudanej próbie usunięcia protezy, wykonano wymaz z przetoki. Wyhodowano E. faecalis (paciorkowiec kałowy)

W dniu 12 maja 2010 r. lekarz rodzinny ponownie zlecił badanie (...) z wynikiem 31,84mg/l

W dniu 6 czerwca 2010r. powód zgłosił się na wizytę prywatna, ewakuowana wydzielinę zapalną. W dniu 10 czerwca 2010 r. rana pooperacyjna ponownie otworzyła się. Z wydzieliny rany w dniu 16 czerwca 2010 r. ponowne wyhodowano paciorkowca kałowego.

W dniu 24 czerwca 2010 r. powód kontynuował leceznie w Szpitalu (...), gdzie usunięto protez , oczyszczono rana, , usunięto fragment wiertła pozostawiony w trakcie 3-ciej operacji.

Po operacji w O. do 15 lipca 2012 r. uzyskano wygojenie rany pooperacyjnej, po usunięciu protezy biodra pozostawiono wolny staw. Aktualne badanie (...) wykazuje wartość 1,32 mg/dl.

Powód uskarża się bóle nadgarstków związane z koniecznością chodzenia z dwiema kulami, większe ból okolic biodra prawego, puchnięcie lewej nogi, zimno. Powód ma duże trudności w samodzielnym chodzeniu, o kulach przechodzi do 200m, porusza się też na wózku i na trzykołowym rowerze inwalidzkim. Od 17 stycznia 2012r. powód ma orzeczenie ZUS o niezdolności do samodzielnej egzystencji w związku z choroba narządu ruchu. Cierpi nadto na nadciśnienie tętnicze i prostatę. Jest pod opieką urologa

Powód jest emerytowanym inspektorem budowlanym, ma troje dorosłych samodzielnych dzieci. Żona powoda jest po operacji ginekologicznej z ograniczoną sprawnością

(dokumentacja medyczna, zeznania świadków E. A. – k. 343-345, I. S. – k. 350-352, J. R. – 352-355 , opinia biegłego M. K. – k. 549- 554)

Operacja z dnia 23 czerwca 2009 r. nie budzi zastrzeżeń – implantowano protezę H.. Powikłaniem było ropne zapalenie tkanek po realloplastyce, które ujawniło się w trakcie leczenia w T.. Po pierwszej operacji zaniechano wdrożenia leczenia antybiotykami, co zwiększyłoby szanse na utrzymanie protezy, ale nie dawało pewności. Ryzyko trzeciej operacji wymiany protezy określone jest na 30% nawet przy zachowaniu standardów takich jak wykonanie posiewu, aby ustalić czy jest potrzeba wdrożenia antybiotyku na dłuższy czas.

Słusznym rozwiązaniem był też zabieg rewizyjny z 15 września 2009 r. polegający na wycięciu przetoki i pozostawieniu protezy. Natomiast 17 marca 2010 r. wycięto przetokę, usunięto martwiaki i wykonano drenaż rany pooperacyjnej. W trakcie próby rozwiercenia cementu, doszło do złamania wiertła, którego odłamany koniec pozostawiono w cemencie.

Złamanie wiertła może się zdarzyć, w przypadku powoda nie powodowało dodatkowego cierpienia i bólu, bo nie drażniło okolicznych tkanek miękkich, gdyż było zlokalizowane w okolicach trzpienia protezy biodra

Jednak już w trakcie zabiegu z marca 2010 r. należało rozważyć usunięcie protezy.

Celem realloplastyki jest uwolnienie pacjenta od bólu oraz poprawa funkcji. Jednak wtórna operacja związana jest z większą liczbą powikłań jak ropne infekcje, zakrzepowe zapalenie żył, zwichnięcia, uszkodzenia nerwów i naczyń, złamania i przebiccia panewki i trzonu. Ryzyko zakażenia zwiększa się z wielokrotnością wymian tego samego biodra. Innym problemem w realloplastykach cementowych jest utrata chropowatej powierzchni kości gąbczastej i gorsze przyleganie cementu do kości. Problemem staje się zmniejszenie wytrzymałości mechanicznej tkanki kości. Wg badań drugie mocowanie odpowiada niecałym 21% wytrzymałości, a po trzecim niecałym 7% wytrzymałości po pierwszym mocowaniu.

W czasie obluzowania protezy często dochodzi do powstania burzliwego, jałowego procesu zapalnego jest to reakcja na ciało obce jakim jest endoproteza lub cement. Obluzowanie zawsze łączy się z ubytkiem masy kostnej wokół protezy, pojawia się łącznotkankowa ziarnica. Innym czynnikiem przyczyniającym się do zniszczenia kości jest mechaniczne ucisk i ścieranie na skutek ruchomości protezy. Alternatywa aloplastyki jest usunięcie protezy i zostawienie biodra wiszącego. Zwykle stan chorego z biodrem wiszącym po wielokrotnych operacjach rewizyjnych jest gorszy niż gdyby rozwiązanie to zastopować po pierwszym obluzowaniu protezy.

Aktualny uszczerbek na zdrowiu powoda wynika z choroby zwyrodnieniowej stawu biodrowego lewego po przebytych urazie oraz niepowodzeniu kolejnej trzeciej realloplastyce tego stawu, w tym, 50% z tytułu następstw uszkodzeń lewego biodra (145c) i 10% przewlekłe stany zapalne (146). Pomoc osób trzecich była niezbędna dla powoda od pierwszej realloplastyki w wymiarze 5 godzin dziennie, a obecnie 4 godziny dziennie. Należy znać, że w obecnym stanie zdrowia powoda ryzyko niepowodzenia kolejnej operacji jest tak duże, że aktualne rozwiązanie należy uznać za docelowe.

Bóle kręgosłupa jakie występują u powoda wynikają z choroby zwyrodnieniowej. Bez operacji powód musiałby się poruszać z pomocą kuli łokciowej w ręku prawym, a następnie na skutek przeciążenia biodra prawego – dwóch kul lub balkonika

Jednak aktualny stan i funkcjonalność powoda nie jest tylko i wyłącznie wynikiem doznanych powikłań. Powód nie był bowiem kierowany na rehabilitację, naukę ergonomii chodu, zaopatrzone w obuwie wyrównujące skrócenie kończyny. Obecny stan wynika również z tych zaniechań

(opinia pisemna biegłego ortopedy M. K. (2) – k. 549-565, opinia ustna – k. 650-653, uzupełniająca opinia pisemna – k. 688-693)

Biorąc pod uwagę skutki przeciążeń barków i nadgarstków w związku z koniecznością korzystania z kul łokciowych w codziennym poruszaniu się stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu powoda to 43%, w tym 20% przewlekłe zmiany stawu barkowego prawego i 15% lewego (punkt 104 rozp.. (...) z 18.12.2002) oraz przeciążenie nadgarstków – prawego

5% i lewego 3% z pkt 130 rozp. Stan funkcjonalny powoda będzie się pogarszał, jednak odpowiednie postępowanie lecznicze mogłoby spowolnić ten proces, , zmniejszyć bieżące dolegliwości bólowe oraz poprawić funkcję barku.

(opinia uzupełniająca biegłego ortopedy M. K. (2) – k. 687 oraz 778-781 i 850--853)

U powoda występuje upośledzenie słuchu w obu uszach. Uszkodzenie zostało stwierdzone w badaniach audiometrycznych w 2008 jeszcze przed powikłaniami związanymi z przebytymi zabiegami operacyjnymi na stawie biodrowym lewym i zakażeniem bakterią oporną na większość antybiotyków. Zakażenie, a także związane z nim długotrwałe przyjmowanie antybiotyków nie przyczyniło się do pogorszenia słuchu u powoda, a stwierdzona niewielka progresja ubytku słuchu powstała z przyczyn samoistnych uwarunkowanych fizjologicznym starzeniem się narządu słuchu

(opinia pisemna biegłego laryngologa S. K. 587-591 )

Powstałe u powoda zmiany w postaci przetoki ropnej i zmian ropnych w okolicy stawu biodrowego lewego, którego pierwsze objawy zaobserwowano poniżej 3 miesięcy od wykonania zbiegu z września 2009 należy rozpoznać jako zakażenie szpitalne, bo mieści się w kryterium czasu powstania od zabiegu chirurgicznego z użyciem materiału sztucznego pochodzenia, dodatnie badania bakteriologiczne pozwalają przypuszczać gronkowcowa etiologie tego zakażenia. Jednak stwierdzenie zakażenia szpitalnego nie jest tożsame z winą szpitala. Kontrole sanitarno-epidemiologiczne (...) nie stwierdziły usterek powodujących zagrożenie szerzenia się infekcji.

(opinia pisemna biegłego epidemiologa A. B. (1) – k. 791 oraz opinia ustna – k. 823-odwrot)

Przed operacją z czerwca 2009 r. powód poruszał się o lasce, ale wykonywał wszystkie czynności w gospodarstwie – rąbał drzewo, robił zakupy, zajmował się wnukami, jeździł na rowerze. Był w stanie wejść po schodach, na drabinę i do kanału samochodowego. W domu poruszał się bez laski. Po przeprowadzonych operacjach powód potrzebuje pomocy przy myciu, ubieraniu, jeździ samochodem z automatyczna skrzynia biegów, potrzebuje pomocy przy wsiadaniu i wysiadaniu. Porusza się o kulach. Do prac w gospodarstwie zatrudnia pracownika. Dla wzmocnienia stosuje dietę wysokobiałkową. Narzeka na staw barkowy i nadgarstkowy, kręgosłup oraz ból zdrowego biodra. Ponosi zwiększone wydatki na jedzenie, benzynę, koszty zatrudniania pracownika.

(zeznania świadków: E. A. – k. 345, I. S. – k. 350, J. R. – 355)

Wcześniej protezy obluźniewały się z powodu kilku przyczyn, w szczególności upływu terminu ich żywotności. Główną przyczyną odklejenia protezy implantowanej 23 czerwca 2009 r. była infekcja okołoperacyjna. Nieco opóźnione odstawienie acardu nie miało znaczącego wpływu na dalszy przebieg choroby. Odklejenie spowodowało nasilenie dolegliwości bólowych i konieczność usunięcia implantu.

Sam zabieg operacyjny z dnia 23 czerwca 2009 r. przebiegł prawidłowo, jednak zabrakło właściwej profilaktyki antybakteryjnej, która jest niezbędna przy zabiegach obarczonych tak znacznym ryzykiem zakażenia. Efektywne stężenie leku powinno występować tuż przed zabiegiem, utrzymywać się podczas operacji i kilka dni po jej zakończeniu. Tego zabrakło w trakcie leczenia powoda i to mogło być pierwotną przyczyną zakażenia. Nadto, upłynął zbyt długi okres do wykonania rewizji przetoki w dniu 15 września 2009 r. , która aby być skuteczna winna być wykonana do 2-3 tygodni trwania zakażenia. Jednak decyzja o terminie drugiej operacji nie obciąża pozwanego szpitala, bo symptomy zakażenia ujawniły się w trakcie pobytu powoda w T. i to tam nie było odpowiednio szybkiej reakcji. Do tego przy drugim zabiegu można było dodatkowo profilaktycznie wymienić części ruchome protezy czyli głowę i wkładkę polietylenową maksymalnie zmniejszając źródło dalszej infekcji. Po zabiegu winna być włączona skojarzona antybiotykoterapia wg antybiogramu trwająca co najmniej 3 miesiące.

Przy trzeciej hospitalizacji powinno się całkowicie usunąć endoprotezę. Usunięto ziarninę zapalna, martwiaki i zaczęto usuwać cement w okolicy trzpienia protezy, w trakcie której złamano wiertło. To jest niewielkie powikłanie i nie powinno mieć wpływu na dalszy przebieg operacji. Niezrozumiałą decyzją było w tym momencie zakończenie zabiegu,

drenażem i szyciem rany. Odstąpienie na tym etapie od całkowitego usunięcia protezy spowodowało konieczność kolejnego zabiegu, wydłużenie leczenia o około 3 miesiące

Obecny stan tzw. biodra wiszącego należy uznać za ostateczny, rozległe zmiany bliznowate i pozapalne tkanek miękkich są przeciwskazaniem do podejmowania następnych prób leczenia operacyjnego.

Trwały uszczerbek na zdrowiu powoda przed I zabiegiem operacyjnym z 2009 wynosił 30% z pkt 145b i wynikał ze złego stanu miejscowego biodra po dwóch wcześniejszych protezoplastykach, skróceniem długości kończyny dolnej lewej o 6 cm z ograniczeniem ruchomości stawu biodrowego oraz dużą bolesnością podczas obciążania i porażeniem nerwu strzałkowego lewego, po trzecim średnim uszkodzeniu kości biodrowej lewej i udowej w miejscu implantacji protezy.

Uszczerbek związany wyłącznie ze skutkami leczenia z 2009 r. i 2010 r. to zwiększenie o 20% z pkt 145 i 10% z pkt 146, łącznie 30%

Pkt 146 nie określa czasowej długości trwania procesu zapalnego, okres 10 miesięcy należy uznać za wystarczający. Orzekanie dodatkowego uszczerbku z pkt 199 jest nieuzasadnione ponieważ sama infekcja nie zwiększyła uszczerbku, ale spowodowała przewlekłe stany zapalne, a ten czynnik został uwzględniony z pkt 146.

Przed pierwszą protezoplastyką uszczerbek na zdrowiu wyniósł 40%, po dwóch pierwszych protezoplastykach w 1986 i 1991r, nastąpiła wyraźna poprawa stanu miejscowego. Powód poruszał się sprawnie i bezboleśnie z niewielkimi ograniczeniami ruchomości biodra. Na ten czas uszczerbek wynosił 30%, bo pacjent ma jednak sztuczny twór w postaci endoprotezy.

(opinia zespołu specjalistów: traumatolog-ortopeda J. G., mikrobiolog A. Z. i specjalista chorób zakaźnych B. S. k. 912-916 oraz opinia ustna na rozprawie 6 kwietnia 2016r.)

**Oceniając materiał dowodowy** sąd oparł się w zakresie przebiegu leczenia na dokumentacji medycznej iż zeznaniach świadków, natomiast w zakresie wniosków na opinii zespołu biegłych traumatolog-ortopeda J. G., mikrobiolog A. Z. i specjalista chorób zakaźnych B. S. , która jest zbieżna z opinią biegłego M. K. (2), a także w dużej części z opinią biegłego A. B. (2). Natomiast Sąd pominął opinie biegłej A. M. (K. 374-378 oraz 534-542 i 617-618) wskazujące na 40% uszczerbek na zdrowiu powoda wynikający z samego faktu zakażenia, opinia ta odbiega bowiem od opinii innego biegłego tej samej specjalności A. B. (1), opinii ortopedy M. K. (3), a nadto powołanej dla wyjaśnienia rozbieżności opinii zespołu biegłych traumatologa-ortopedy, mikrobiologa i specjalista chorób zakaźnych, którzy zgodnie ocenili uszczerbek na zdrowiu powoda z tytułu zmian zapalnych ocenianych z pkt 146 na 10%.

W zakresie braku uszczerbku laryngologicznego sąd oparł się na opinii biegłej S. K., która nie została przez strony zakwestionowana.

### **UZASADNIENIE PRAWNE**

Powód na podstawie art. 444 i 445 k.c. żąda naprawienia szkody polegającej na uszkodzeniu ciała i wywołaniu rozstroju zdrowia poprzez zasądzenie odpowiedniej sumy tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę, odszkodowania i renty.

Podstawę odpowiedzialności pozwanego szpitala stanowi przepis art. 430 k.c. zgodnie, z którym kto na własny rachunek powierza wykonywanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności.

Pozwany (...) S.A. w W. odpowiada na zasadzie gwarancyjnej z tytułu zawartej z pozwanym szpitalem umowy odpowiedzialności cywilnej, która to odpowiedzialność zgodnie z zawartą umową ograniczona jest do kwoty 46.500 euro za jedno zdarzenie i 275.000 euro na wszystkie zdarzenia.

Odpowiedzialność obu pozwanych ma charakter in solidum – co oznacza, że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego z odpowiedzialności.

W sprawie nie ma jednak jednoznacznych danych, że krzywda i szkoda powoda, które są następstwem nieudanego zabiegu trzeciej alloplastyki w całości są spowodowana błędami w sztuce jakie miały miejsce w pozwanym szpitalu. Choć bowiem przeprowadzone postępowanie dowodowe wykazało zaniechania jakie miały miejsca w trakcie procesu leczenia powoda w trakcie wszystkich trzech hospitalizacji z czerwca 2009, września 2009 i marca 2010., miały one jedynie wpływ na zwiększenie ryzyka niepowodzenia kolejnych zabiegów, nie stanowiły zaś samoczynnej przyczyny powstania powikłań, które nastąpiły przy gojeniu rany pooperacyjnej po prawidłowo przeprowadzonym zabiegu z dnia 23 czerwca 2009 r.

Jak stwierdził powołany w sprawie zespół biegłych uchybienia te polegały na: zaniechaniu właściwej profilaktyki antybakteryjnej przy pierwszej operacji i niewykonanie żadnych posiewów. Przy drugiej operacji było to brak profilaktycznego usunięcia ruchomych części protezy, stanowiących potencjalne źródło zakażenia i niewłączenie celowanej terapii antybiotykowej, pomimo wykonania wymazów do diagnostyki bakteriologicznej. Błędem było zalecenie R., której nie można stosować w monoterapii. Wreszcie przy trzeciej operacji, po incydencie ze złamaniem wiertła, odstąpiono od całkowitego usunięcia protezy, co naraziło powoda na konieczność kolejnego zabiegu oraz wydłużyło leczenie o minimum 3 miesiące.

***Należy mieć jednak na uwadze, co podkreślali wszyscy biegli, że nawet prawidłowa profilaktyka antybakteryjna nie wyklucza całkowicie możliwości zakażenia, którego ryzyko jest bardzo wysokie przy trzeciej wymianie biodra.***

Nadto pomimo, że subiektywnie przed 2009 r. powód uważał się za osobę prawie całkowicie sprawną, z punktu widzenia medycznego występował u niego już wówczas 30% uszczerbek na zdrowiu związany z przebytą operacją, skróceniem kończyny i posiadaniem endoprotezy. Aktualny stan powoda z tzw. biodrem wiszącym oraz stan po przeżytym stanie zapalnym stanowi 60% uszczerbek na zdrowiu, a więc pogorszenie stanu zdrowia powoda w związku z niepowodzeniem operacji wymiany endoprotezy odpowiada 30% trwałego uszczerbku na zdrowiu.

Mając na uwadze te dwie okoliczności, a więc z jednej strony stwierdzone uchybienia szpitala w zakresie maksymalnego zredukowania ryzyka zakażenia, a z drugiej bardzo niekorzystne dla powoda skutki wystąpienia zakażenia, które przekreśliło jego szansę na kolejną endoprotezę, zapewniającą satysfakcjonującą dla powoda sprawność fizyczną, a także uwzględniając cierpienia fizyczne i psychiczne powoda związane z długotrwałością i uciążliwością leczenia, wielokrotnością zabiegów operacyjnych sąd uznał ***za adekwatną dla powoda sumę zadośćuczynienia kwotę 120.000zł oraz dodatkowo przyznał mu kwotę odpowiadającą 3 miesięcznemu wydłużeniu leczenia w związku z zaniechaniem usunięcia protezy w marcu 2010 r. (5 godzin opieki x 8zł x 90 dni).***

W pozostałym zakresie żądania powoda są wygórowane, nie można bowiem postawić prostego znaku równości pomiędzy aktualnym stanem niesprawności powoda a uchybieniami w zakresie profilaktyki antyzakaźniowej w pozwanym szpitalu. Zabieg trzeciej wymiany endoprotezy z istoty swej jest bardzo ryzykowny i nawet przy właściwej profilaktyce antybakteryjnej nie daje gwarancji powodzenia. Przeprowadzone w sprawie postępowanie dowodowe nie daje zaś jednoznacznej odpowiedzi, ani nawet odpowiedzi opartej na dużym prawdopodobieństwie, że wystąpienie negatywnych dla powoda powikłań było tylko i wyłącznie wynikiem niewłaściwego leczenia w pozwanym szpitalu, a nie było zwykłym następstwem ryzyka samego zabiegu trzeciej wymiany endoprotezy oraz następstwem pogarszającego się stanu zdrowia powoda bez związku z uchybieniami w leczeniu. Do tego wg opinii biegłego ortopedy u powoda zaniechano już po decyzji o pozostawieniu tzw. wiszącego biodra rehabilitacji, nauki ergonomii chodu, zaopatrzenia w obuwie wyrównujące skrócenie kończyny. W konsekwencji obecny stan i funkcjonalność powoda nie jest tylko i wyłącznie wynikiem doznanych powikłań, ale wynika również z tych zaniechań. Dotyczy to także stwierdzonego u powoda uszczerbku na zdrowiu związanego z uszkodzeniem nadgarstków i stawów barkowych.

Z tych względów, ponad wskazane 3 miesiące przedłużenie leczenia w związku z zaniechaniem usunięcia endoprotezy w marcu 2001 r., sąd w całości oddalił żądania odszkodowawcze i rentowe powoda nie mając wystarczających podstaw, nawet w oparciu o art. 322 k.p.c., na rozdzielenie skutków uchybień szpitala i innych wcześniej wspomnianych od szpitala niezależnych.

Natomiast aktualna mocno ograniczona sprawność powoda i dolegliwości bólowe zostały uwzględnione jako okoliczność zwiększająca krzywdę powoda przy wymiarze wysokości zadośćuczynienia wg uznania sędziowskiego na sumę 120.000zł.

Sąd nie obciąży powoda kosztami procesu od oddalonej części powództwa, na podstawie art. 102 k.p.c., mając na uwadze jego stan majątkowy w oparciu o który powód uzyskał zwolnienie od kosztów sądowych w całości, jego wiek i stan zdrowia, a przede wszystkim bardzo oceny charakter żądania zarówno w zakresie wysokości należnego powodowi zadośćuczynienia jak i adekwatności związku przyczynowego pomiędzy uchybieniami pozwanego a powstałymi powikłaniami.