

Sygn. akt I C 339/12

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

14 listopada 2014 roku

Sąd Okręgowy we Wrocławiu I. Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący SSO Rafał Cieszyński

Protokolant Ewelina Kiałka

po rozpoznaniu na rozprawie 06 listopada 2014 roku we Wrocławiu

sprawy z powództwa I. R. (1)

przeciwko (...) Szpitalowi (...) we W. z siedzibą we W.

o zapłatę

I. oddała powództwo;

II. zasądza od powódki I. R. (1) na rzecz pozwanego (...) Szpitala (...) we W. z siedzibą we W. kwotę 3.600 tytułem kosztów zastępstwa procesowego;

III. obciąża Skarb Państwa brakującymi kosztami sądowymi od obowiązku uiszczenia których powódka została zwolniona.

Sygn. akt I C 339/12

UZASADNIENIE

Pozwem wniesionym 08 marca 2012 powódka I. R. (1) domagała się zasądzenia od pozwanego (...) Szpitala (...) we W. kwoty 80.000 zł, precyzując na rozprawie 23 listopada 2012 (k. 142), że kwoty powyższej domaga się wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu; nadto domagała się zasądzenia kosztów postępowania sądowego, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Uzasadniając podała, że przedmiotem jej roszczeń jest żądanie zapłaty zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę z tytułu czynu niedozwolonego zarzucanego pozwanemu, polegającego na niewłaściwym przeprowadzeniu zabiegu operacyjnego 27 marca 2009, co doprowadziło do powstania u powódki obrażeń ciała w postaci uszkodzenia pęcherza moczowego oraz uszkodzenia jelita grubego w okolicy poprzecznicy, a tym samym szkody w postaci utraty zdrowia i krzywdy. Powódka podała, że 16 marca 2009 została przyjęta do pozwanego szpitala z rozpoznaniem macicy mięśniakowej. Po przeprowadzeniu diagnostyki potwierdzono rozpoznanie i zakwalifikowano powódkę do zabiegu operacyjnego laparotomii mającego na celu usunięcie trzonu macicy z przydatkami. Zaplanowany zabieg wykonano 27 marca 2009. Zdaniem powódki w trakcie operacji doszło do uszkodzenia ściany pęcherza moczowego oraz do uszkodzenia jelita grubego w okolicy poprzecznicy. W ocenie powódki niewłaściwe przeprowadzenie zabiegu operacyjnego z 27 marca 2009, które doprowadziło do znacznego pogorszenia stanu jej zdrowia, okazało się przyczyną wielu jej cierpień, zarówno fizycznych jak i psychicznych. Przy przyjęciu do placówki pozwanego powódka była utwierdzona w przekonaniu, że udaje się na rutynowy, małoinwazyjny zabieg ginekologiczny. Powikłania pooperacyjne, będące następstwem zaniedbań personelu medycznego, doprowadziły, zdaniem powódki do stanu

realnie zagrażającego jej życiu. Po zakończeniu leczenia następstw obrażeń ciała doznanych podczas zabiegu operacyjnego z 27 marca 2009 roku powódka podupała na zdrowiu, a jakość jej życia uległa znacznemu pogorszeniu.

W odpowiedzi na pozew pozwany (...) Szpital (...) we W. z siedzibą we W. wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie od powódki kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa adwokackiego w kwocie 3.600 zł wraz z opłatą od pełnomocnictwa w kwocie 17 zł. Ponadto pozwany wniósł o wezwanie do wzięcia udziału w sprawie (...) S.A. Oddziału Okręgowego, Inspektoratu z siedzibą we W..

W uzasadnieniu swojego stanowiska pozwany przyznał, że powódka przebywała w Klinice (...), (...) od 16 marca 2009 do 30 marca 2009 oraz w Klinice (...) od 31 marca 2009 do 02 kwietnia 2009, jak również w okresie od 07 kwietnia 2009 do 15 kwietnia 2009 oraz od 17 czerwca 2009 do 03 lipca 2009. Pozwany zaprzeczył zarzutom sformułowanym w pozwie, które w jego ocenie są bezzasadne i nie zasługują na uwzględnienie. Jednocześnie pozwany wskazał na brak zawinienia po stronie personelu medycznego pozwanego szpitala, a więc brak przesłanek z art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c., jak również brak adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy zachowaniem personelu medycznego szpitala, a zgłoszoną szkodą. Zdaniem pozwanego brak jest przesłanek do domagania się zadośćuczynienia za doznaną krzywdę na podstawie art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 k.c. Pozwany zarzucił, że wszystkie czynności podjęte przez lekarzy pozwanego szpitala wykonane zostały zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, zasadami sztuki lekarskiej i przy zachowaniu należytej staranności. Zarzucił, że powódka była informowana o rodzaju schorzenia i proponowanej przez personel medyczny szpitala metodzie leczenia oraz o ewentualnym ryzyku związanym z wykonaniem tego rodzaju zabiegu. Podczas zabiegu usunięto między innymi trzon macicy wraz z przydatkami, szyto pęcherz moczowy oraz dokonano drenażu jamy otrzewnej. Podano również stosowany antybiotyk celem zabezpieczenia. W trzeciej dobie po zabiegu, z uwagi na objawy niedrożności przewodu pokarmowego podjęto decyzję o rewizji jamy brzusznej powódki. 30 marca 2009 wykonano kolostomię. 31 marca 2009 powódka w stanie dobrym została wypisana z Oddziału (...) i przekazana na Oddział (...) Ogólnej (...) Szpitala (...). K. została zamknięta podczas zabiegu operacyjnego przeprowadzonego 18 czerwca 2009, natomiast 21 czerwca 2009 przeprowadzono zabieg podczas którego założono dodatkowe szwy jelitowe. Pozwany wskazał, że przyczyną dolegliwości powódki były bardzo duże, przerośnięte mięśniaki umiejscowione w macicy. Rozmiar mięśniaków jak również deformacje anatomiczne narządu rodowego wywołane tym faktem, jak również przeszłością chorobową powódki spowodowały, że przedmiotowy zabieg operacyjny przeprowadzony był w bardzo trudnych warunkach oraz wiązał się z ryzykiem powikłań. Konieczność szczególnej preparacji tkanki w okolicy pęcherza moczowego, której nie można było przewidzieć przed rozpoczęciem zabiegu, stała się przyczyną naruszenia tkanek pęcherza moczowego. Jednakże uszkodzenie to zostało w czasie zabiegu zweryfikowane i odpowiednio zaopatrzone. Skrajnie utrudnione warunki operacyjne wynikające z sytuacji anatomicznej pacjentki zastanej po otwarciu jamy brzusznej stały się także przyczyną niewielkiego uszkodzenia ściany poprzeczniczki powódki. Jednak właściwa, zgodna z zasadami sztuki medycznej reakcja personelu pozwoliła na odpowiednio wczesne zdiagnozowanie objawów zapalenia otrzewnej i prawidłowe przeprowadzenie zabiegu relaparotomii. Pozwany podniósł także, że to zwłoka pacjentki w poddaniu się zabiegowi stała się bezpośrednią przyczyną tak znacznego rozrostu mięśniaków macicy, przez co nastąpiło rozszerzenie zakresu operacji wpływające na zwiększone ryzyko powikłań. Pozwany wreszcie zarzucił, że powódka nie sprecyzowała na czym miałyby polegać niewłaściwe przeprowadzenie zabiegu operacyjnego lub zaniedbanie personelu pozwanego, wobec tego zarzut powódki, jakoby powikłania pooperacyjne miały wynikać z domniemych zaniedbań pozwanego nie został poparty jakimikolwiek dowodami.

Pozwany wskazał, że zawarł z ubezpieczycielem (...) S.A. umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zakładu opieki zdrowotnej. Polisa obejmuje okres od 01 marca 2009 do 30 kwietnia 2010, a zatem okres, w którym powódka przebywała w Klinice pozwanego. Pozwany podniósł, także, że ubezpieczyciel ma zatem interes prawny w pozytywnym rozstrzygnięciu toczącego się postępowania na rzecz przypozwanego (...) Szpitala (...). Tym samym przypozwanie (...) Zakładu (...) należy uznać za uzasadnione.

W piśmie przygotowawczym z 16 sierpnia 2012 powódka podtrzymała w całości żądanie pozwu. Potwierdziła, że podpisała zgodę na zabieg operacyjny z 27 marca 2009 jednakże jej decyzja wynikała z tego, że została pouczona o dużym prawdopodobieństwie powodzenia proponowanej operacji. Zdaniem powódki w opisanym stanie faktycznym

wymienione uszkodzenia nie stanowią normalnego ryzyka operacji, której została ona poddana. W ocenie powódki uszkodzenia powstały w wyniku zaniedbań personelu medycznego pozwanego przeprowadzającego zabieg.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny, istotny dla rozstrzygnięcia sprawy:

16 marca 2009 powódka I. R. (2) została przyjęta do (...) Szpitala (...) we W.(...) i Kliniki (...), (...), z rozpoznaniem macicy mięśniakowatej. W wywiadzie powódka nie zgłaszała żadnych dolegliwości prócz uczucia ucisku w podbrzuszu. Powódka została poddana badaniu ginekologicznemu, które wykonał dr A. P.. U powódki rozpoznano trzon macicy przesunięty pod spojenie łonowe oraz wypełnioną guzami zatokę D.. Wielkość guzów porównano do czteromiesięcznej ciąży. W związku z tym powódka została zakwalifikowana do laparotomii z zakresem po otwarciu jamy brzusznej.

(dowód: historia choroby powódki k. 86-87

zeznania świadka A. P. elektroniczny protokół rozprawy z 03 września 2012 00:28:18-01:25:30 k. 112 i 113)

Wykonane 17 marca 2009 przez dr E. N. badanie ultrasonograficzne wykazało trzon macicy o nieregularnym obrysie, niejednorodnej echogeniczności z licznymi strukturami mieszanej echogeniczności o wym. 37 mm-15mm mogącymi odpowiadać mięśniakom.

(dowód: badanie ultrasonograficzne k. 88-89,

zeznania świadka E. N. elektroniczny protokół rozprawy z 31 sierpnia 2012 00:06:49-00:16:20 k. 109 i 111)

18 marca 2009 powódka została poinformowana o celowości zabiegu, sposobie wykonania i możliwych powikłaniach (w tym między innymi uszkodzeniu pęcherza moczowego lub moczowodu, uszkodzeniu jelit, powstaniu przetoki jelitowej). Powódka wyraziła zgodę na przeprowadzenie zabiegu.

(dowód: informacja dla pacjentki oraz formularz świadomej zgody na przeprowadzenie leczenia operacyjnego k. 90-91,

przesłuchanie powódki I. R. (1) k. 146-153)

27 marca 2009 powódka poddana została zabiegowi operacyjnemu. Po przygotowaniu pola operacyjnego cięciem poprzecznym otwarto warstwowo jamę brzuszną i stwierdzono: sieć większa w zrostach z otrzewną ścienną, które na tępo rozsunięto, trzon macicy w całości powiększony do wymiarów 18-tygodniowej ciąży, zniekształcony przez liczne mięśniaki o średnicy od 4 do 8 cm, przydatki obustronnie atroficzne o pograbiącej, nierównej osłonce białawej, lewe przydatki w pasmowatym zroście z pętlą jelita grubego. Wątroba gładka o ostrym brzuchu, nerki prawidłowe, śledziona prawidłowa, sieć większa gładka. Pozostałe narządy jamy brzusznej bez zmian. Z uwag na znacznie zdeformowaną, słabo ruchomą macicę, wypełniającą całą miednicę mniejszą zdecydowano o wstępnym wyłuszczeniu, największych mięśniaków celem umożliwienia dostępu do tętnic macicznych. P., podwiązano i przecięto wiązadła obłe. P., podwiązano i przecięto wiązadła lejkowo miednicowe obustronnie, następnie odcięto obustronnie przydatki. Następnie wyłuszczone ze ściany przedniej i dna największe mięśniaki uzyskując zmniejszenie się guza oraz dostęp do okolicy przymacicz i przypochwowia. Z przedniej ściany macicy znacznie zdeformowanej przez uwypuklające ją mięśniaki, odreparowano blaszkę otrzewnej spuszczać ją ku dołowi. Obustronnie podkłuto podwiązano i przecięto pęczki naczyń macicznych i przymacicza. Następnie odcięto trzon macicy od szyjki. K.szyjki macicy zszyto pojedynczymi szwami. Stwierdzono przerwanie ciągłości pęcherza moczowego w jego dnie na długości około 3 cm. Z uwagi na zmienione warunki anatomiczne w trakcie trwania zabiegu, podejrzewając nietypowy przebieg moczowodów, jak również stwierdzenie perforacji pęcherza, mogące wynikać z nietypowego położenia pęcherza moczowego na mięśniakowato zmienionej macicy – zdecydowano o śródoperacyjnej konsultacji urologa. Telefonicznie otrzymano wiadomość, że na oddziale (...) szpitala (...) wszyscy lekarze są zaangażowani w zabiegi operacyjne i nie ma możliwości konsultowania. Po telefonicznej konsultacji z prof. Zdrojowym i jego instrukcjach stwierdzono drożność obu moczowodów oraz prawidłowe ich ujście w pęcherzu moczowym, zdecydowano o szyciu pęcherza moczowego. Szewem dwuwarstwowym monoxylowym zeszyto dno pęcherza moczowego uzyskując

prawidłową jego szczelność. Kontrola narządów jamy brzusznej dostępnych badaniu zmian nie wykazała. Po kontroli hemostazy, toalecie jamy otrzewnej, kontroli materiału opatrunkowego i narzędzi – do jamy otrzewnej założono dren, powłoki brzuszne zszyto warstwowo. Na skórę założono szew ciągły.

(dowód: opis przebiegu operacji k. 92,

zeznania świadka M. Z. elektroniczny protokół rozprawy z 31 sierpnia 2012 00:34:45-00:58:24 k. 110 i 111,

zeznania świadka A. P. elektroniczny protokół rozprawy z 03 września 2012 00:28:18-01:25:30 k. 117 i 119)

W pierwszej dobie po zabiegu stan powódki był dobry. 28 marca 2009 podczas porannej wizyty położnej stwierdzono lekko podkrwawiony mocz. Zalecono stałą kontrolę moczu. 30 marca 2009 roku w drugiej dobie po operacji stwierdzono u powódki mocz krwisty, temperaturę 37,6°, ból brzucha. Powódka uskarżała się na dreszcze. W związku z pojawieniem się objawów niedrożności przewodu pokarmowego, podjęto decyzje o rewizji jamy brzusznej. Tego samego dnia wykonano relaparotomię stwierdzając perforację jelita grubego w okolicy poprzecznicy. W asyście chirurgicznej wykonano kolostomię.

(dowód: dokumentacja medyczna w załączonej do akt kopercie,

karta informacyjna k. 11,

zeznania świadka R. R. elektroniczny protokół rozprawy z 31 sierpnia 2012 00:34:45-00:58:24 k. 110 i 111,

zeznania świadka C. G. elektroniczny protokół rozprawy z 03 września 2012 00:01:52-00:28:15 k. 116 i 119,

zeznania świadka D. H. elektroniczny protokół rozprawy z 03 września 2012 01:26:41-01:35:40 k. 117 i 119,

zeznania świadka A. P. elektroniczny protokół rozprawy z 03 września 2012 00:28:18-01:25:30 k. 117 i 119)

31 marca 2009 roku przewieziono powódkę na Oddział (...)(...)pozwanego celem kontynuacji leczenia. Z uwagi na pojawienie się duszności z sinicą obwodową kończyn i tachykardią powódkę przekazano na Oddział (...).

02 kwietnia 2009 roku u powódki stwierdzono ostrą niewydolność oddechowo-krażeniową pooperacyjną, obrzęk płuc, obustronne zapalenie płuc. Powódkę zaintubowano, podłączono do respiratora na wentylację zastępczą. Kontynuowano wcześniejszą antybiotykoterapię, podawano leki przeciwzakrzepowe, żywiono eneralnie i parenteralnie. Stopniowo stan powódki uległ znacznej poprawie. Chora została ekstubowana, pozostawiona na oddechu własnym z tlenoterapią bierną.

(dowód: karta informacyjna k. 13 do 17)

15 kwietnia 2009 powódkę wypisano do domu w stanie ogólnym i miejscowym dobrym z zaleceniem kontroli w poradni chirurgicznej za 5 dni, zmiany opatrunków, wizyty kontrolnej za 10 dni w Klinice (...) celem zamknięcia kolostomii.

(dowód: karta informacyjna k. 16-17)

18 czerwca 2009 powódka poddana została zabiegowi zamknięcia przetoki, podczas którego wycięto fragment jelita biodrowego z powodu jatrogennego uszkodzenia jednej z jego pętli. W przebiegu pooperacyjnym wystąpiła niewielka nieszczelność na linii szwów jelita cienkiego – w czasie operacji 21 czerwca 2009 roku założono dodatkowe szwy jelitowe. Przebieg pooperacyjny powikłany ropieniem rany operacyjnej oraz wyciekami niewielkiej ilości treści jelitowej przez otwór po usuniętym drenie. Prowadzono leczenie opatrunkowe, uzyskano poprawę stanu miejscowego. Powódkę wypisano do domu z zaleceniem zmiany opatrunków pod kontrolą lekarza POZ oraz usunięcia reszty szwów skórnych za około 10 dni – po wcześniejszej konsultacji chirurgicznej.

(dowód: karta informacyjna k. 18-19)

Od 13 października 2010 do 25 października 2010 powódka przebywała w (...)Szpitalu (...)Centrum Medycyny (...)na Oddziale (...) z powodu narastających zakłóceń chodu, osłabienia kończyny lewej dolnej. Po przeprowadzeniu diagnostyki zalecono obserwację w kierunku stwardnienia rozsianego.

(dowód: karta informacyjna k. 249,

wynik badania EEG k. 250)

W okresie od 16 czerwca 2011 do 27 czerwca 2011 powódka przebywała w (...) (...) Szpitalu (...)z Polikliniką celem obserwacji w kierunku ograniczonego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego. Stwierdzono brak podstaw do rozpoznania zespołu demielinizacyjnego.

(dowód: karta informacyjna k. 247-248)

W okresie od 04 lutego 2012 do 21 lutego 2012 powódka przebywała w pozwanym Szpitalu Klinice (...) celem diagnostyki postępującego od dwóch lat niedowładu kończyn dolnych. U powódki wysnuto podejrzenie pierwotnego stwardnienia bocznego.

(dowód: karta informacyjna, wynik badania MR, konsultacja neurologiczna, wynik badania EEG k. 238-246)

Powódka I. R. (1) przed zabiegiem pracowała w Ośrodku (...). Do jej obowiązków należała opieka się dziećmi. Przed zabiegiem powódka była energiczną i wesołą osobą. Po pracy opiekowała się wnuczką, chodziła na spacer, wyjeżdżała nad morze. Po zabiegach operacyjnych powódka na krótko powróciła do pracy. Jednakże z powodu utrzymujących się dolegliwości bólowych i pojawieniu się trudności z poruszaniem powódka poddana została zabiegom rehabilitacyjnym, które nie przyniosły poprawy stanu jej zdrowia. Obecnie powódka nie pracuje. Pobiera świadczenie rentowe w wysokości 1.360 zł. Powódka obecnie nie porusza się samodzielnie; porusza się na wózku inwalidzkim. Wymaga stałej opieki osoby trzeciej. Uskarża się na bóle nóg. W codziennych czynnościach pomaga jej syna oraz synowa, która ze względu na zły stan zdrowia powódki, nie może podjąć zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy. Powódka nie jest w stanie wykonać samodzielnie higieny osobistej, potrzebuje pomocy przy podnoszeniu się z łóżka, ubieraniu, sporządzaniu posiłków, myciu.

(dowód: zeznania świadka R. R. elektroniczny protokół rozprawy z 31 sierpnia 2012 00:34:45-00:58:24 k. 110 i 111,

zeznania świadka K. R. elektroniczny protokół rozprawy z 31 sierpnia 2012 01:29:46-01:52:35 k. 110 i 111,

zeznania świadka B. L. elektroniczny protokół rozprawy z 23 listopada 2012 00:14:14-00:27:52 k. 143 i 145,

zeznania świadka A. O. elektroniczny protokół rozprawy z 23 listopada 2012 00:27:56-00:54:02 k. 143 i 145,

przesłuchanie powódki I. R. (1) k. 146-153)

Podejrzenie mięśniaków u powódki zostało wskazane w 2004 roku. Stan narządów jamy brzusznej jaki lekarze operujący zastali w dniu operacji 27 marca 2009 roku podkreśla jak trudne były warunki operacyjne zastane po otwarciu jamy brzusznej. Przewidzenie tych zmienionych warunków anatomicznych w opisywanym przypadku jeszcze przed otwarciem jamy brzusznej było niemożliwe i tym należy tłumaczyć czujność kwalifikujących do zabiegu operacyjnego. Mimo tak dużych rozmiarów mięśniakowato zmienionej macicy warunki zastane w jamie brzusznej mogły nie być tak niekorzystne. W opisywanym przypadku okazały się być skrajnie trudne dla uzyskania końcowego wyniku operacji. Operacja w tego typu zmienionych warunkach anatomicznych wymaga od operatorów ponadprzeciętnego doświadczenia i umiejętności chirurgicznych. Mimo całej staranności przeprowadzania zabiegu doszło do typowego – przy tego typu zaburzonych warunkach anatomicznych – uszkodzenia ściany dna pęcherza moczowego, które po konsultacji z Oddziałem (...) zaopatrzone w sposób typowy uzyskując prawidłową szczelność

pęcherza moczowego. Stwierdzono również drożność obu moczowodów oraz ich prawidłowe ujście w pęcherzu moczowym. Jak opisano wyżej uszkodzenia ciała w postaci uszkodzenia ściany pęcherza moczowego i uszkodzenia jelita grubego w okolicy poprzecznicy były w opisywanym przypadku (normalnym) następstwem prawidłowo zakwalifikowanego i przeprowadzonego zabiegu operacyjnego. Sformułowanie „normalne następstwo” oznacza powikłanie zdarzające się w tego typu operacjach i przy tak niekorzystnych warunkach anatomicznych. Proces leczenia operacyjnego macicy mięśniakowatej został zakończony, więc w tym zakresie rokowanie co do stanu zdrowia powódki jest dobre. Trwały uszczerbek na zdrowiu u powódki w zakresie ginekologii wynosi zero procent.

(dowód: opinia sądowo-lekarska przeprowadzona przez biegłego z zakresu ginekologii i położnictwa dr. n. med. P. H. k. 177-184)

Utrata chodu i w ogóle możliwości ruchowych nie jest następstwem żadnych działań medycznych. Nie ma żadnego związku z przebytych w marcu 2009 roku zabiegami ani jego powikłaniami. U powódki stwierdzono rzadko występującą, samoistną, przewlekłą, postępującą chorobę rdzenia kręgowego o nazwie pierwotne stwardnienie boczne, przejawiające się uszkodzeniem dróg korowo-rdzeniowych. Drogi te biegną w tzw. sznurach bocznych rdzenia kręgowego. Choroba ta jest jedną z postaci tak zwanych chorób neuronu ruchowego, o dotychczas nie wyjaśnionej – ale z całkowitą pewnością nie urazowej – etiologii. Manifestacją kliniczną uszkodzenia dróg piramidowych jest niedowład kurczowy kończyn, zwłaszcza dolnych, z obecnością tak zwanych patologicznych objawów piramidowych typu B. i/lub R.. Schorzenia tego typu rozpoznaje się na podstawie objawów klinicznych i ich postępującego przebiegu, do rozpoznania dochodzi się nieraz dopiero po kilku latach trwania choroby-nieraz w drodze wykluczenia innych możliwości, tak jak to miało miejsce w przypadku powódki- wszelkie bowiem badania pomocnicze neuroobrazowe (TK, MR, EEG, USG) ani badania płynu mózgowo-rdzeniowego nie wykazują żadnych zmian mogących pomóc w postawieniu diagnozy. Nie ma też w tej chorobie żadnego leczenia przyczynowego, stosuje się jedynie leki objawowe mogące obniżyć napięcie mięśniowe i w ten sposób poprawić nieco możliwości ruchowe chorego.

(dowód: opinia sądowo-lekarska przeprowadzona przez biegłego z zakresu neurologii dr nauk med. M. D. k. 233-236)

27 marca 2009 powódka była poddana zabiegowi operacyjnemu z powodu macicy mięśniakowatej. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono między innymi liczne mięśniaki macicy zmieniające stosunki anatomiczne w obrębie miednicy mniejszej oraz przyrośnięty jajowód prawy do jelita grubego. W trakcie uwalniania struktur anatomicznych doszło do uszkodzenia pęcherza moczowego. Uszkodzenie pęcherza moczowego rozpoznano śródzabiegowo i po konsultacji telefonicznej ze specjalistą urologiem zaopatrzone szwami. Kwestia późniejszego powikłania jakim jest perforacja poprzecznicy wynikała z pasmowatego zrostu z pętlą jelita grubego. Opis zawarty w protokole wskazuje na trudne warunki anatomiczne i jednocześnie na staranne preparowanie poszczególnych struktur. Obraz zawarty w protokole wskazuje na trudne wyjściowo warunki w polu operacyjnym przy zachowaniu należytej staranności przez operatora. Podsumowując należy stwierdzić, iż uszkodzenie ściany pęcherza moczowego i jelita grubego mieści się w możliwych i normalnych powikłaniach wynikających ze zmienionych warunków anatomicznych w polu operacyjnym. Nie można przypisać pozwanemu działania i wbrew aktualnie obowiązującej wiedzy.

Jak wynika z badania z 17 marca 2009 uwidoczniono struktury w obrębie trzonu macicy liczne o mieszanej echogeniczności o wymiarach 37mm – 15mm mogące odpowiadać mięśniakom. Badanie USG jest badaniem orientacyjnym i nigdy nie będzie równoważnościowe z bezpośrednią obserwacją zmienionego chorobowo narządu w trakcie zabiegu operacyjnego. Wyniki badań obrazowych, badania przedmiotowe mają charakter komplementarny a nie wzajemnie legitymizujący się. Mają służyć prawidłowej kwalifikacji do leczenia. W przypadku powódki kwalifikacja ta była w pełni prawidłowa. Optymalnym sposobem postępowania było usunięcie macicy mięśniakowatej. Wynik badania histeroskopowego z lutego 2008 nie może służyć legitymizacji lub delegitymizacji badania przedmiotowego wykonanego około 12 miesięcy później zwłaszcza, że istotą badania fizykalnego jest próba odwzorowania stanu faktycznego w obrębie miednicy mniejszej, jamy brzusznej na podstawie palpacji, wzornikowania. Badanie przedmiotowe nigdy nie odwzoruje rzeczywistości w obrębie jamy brzusznej, miednicy mniejszej w taki sposób jak bezpośrednia obserwacja narządów po otwarciu jamy brzusznej.

Stwierdzenie, iż zabieg proponowany powódce ma najwyższą z możliwych szans powodzenia oznacza, że jego przeprowadzenie doprowadzi ostatecznie do wyleczenia schorzenia, z którym powódka się do oddziału zgłosiła, tj. mięśniakowatości macicy, a nie oznacza, iż nie wystąpią w trakcie tego zabiegu żadne powikłania. Ponadto rzeczywiste ryzyko możliwe jest do oszacowania po naocznym rozeznaniu pola operacyjnego.

Jest całkowicie bez znaczenia, czy jamę brzuszną u powódki podczas pierwszego zabiegu otwarto z cięcia poprzecznego, czy otwarto by ją z cięcia w linii środkowej ciała. Specjalista z zakresu ginekologii i położnictwa legitymujący się dyplomem z danego egzaminu specjalizacyjnego jest w stanie ocenić konsekwencje podejmowanych przez siebie działań podczas zabiegu operacyjnego macicy mięśniakowatej, a wynika to z posiadanej przez niego wiedzy, a nie ze sposobu otwarcia jamy brzusznej.

Powikłanie związane z perforacją poprzecznicy miało związek z rozdzieleniem zrostu pomiędzy jelitem grubym, a przydatkami po stronie lewej. Natomiast uszkodzenie pęcherza moczowego miało ścisły związek z preparowaniem struktur anatomicznych w miednicy mniejszej, to jest pomiędzy zmienioną mięśniakowatą macicą, a ścianą pęcherza. W przypadku istnienia zrostów między ścianą jelita grubego, a którąkolwiek ze struktur w jamie brzusznej, w tym między innymi przydatkami, możliwym jest, iż przy preparowaniu dojdzie do uszkodzenia surowicówki, które w odległym okresie czasu może być punktem wyjścia dla perforacji.

W trakcie zabiegu 27 marca 2009 roku doszło do uszkodzenia surowicówki, wtórne niedokrwienie ściany jelita w tym miejscu z następującą martwicą. Nie było to widoczne dla operujących. Natomiast wykonywanie toalety jamy otrzewnej nie daje możliwości identyfikacji powstałego uszkodzenia jelita grubego. W przypadku gdyby w trakcie pierwszego zabiegu doszło do uszkodzenia jelita grubego to rozerwanie ściany jelita grubego na długości 4 cm spowodowałoby natychmiastowe wydobywanie się treści kałowej barwy żółtawo-brązowej, która jest nie do pominięcia w trakcie oceny jamy brzusznej przed jej zamknięciem.

Perforacja poprzecznicy na długości 4 cm była późnym następstwem uszkodzenia surowicówki jelita grubego, która doprowadziła do martwicy w obrębie ściany okrężnicy w opisanym miejscu. Rozerwanie ściany jelita jest wynikiem działania czynnego, natomiast perforacja jest wynikiem procesu chorobowego, w tym wypadku wynikającego w uszkodzenia surowicówki jelita.

Uwalnianie zrostów wewnątrzbrzusznych „na tępo” jest podstawową techniką rozwiązywania chirurgicznego tego rodzaju problemów w jamie brzusznej lub innych jamach ciała.

Jeżeli chodzi o występujące problemy z poruszaniem się, to z przeprowadzonego badania neurologicznego nie wynika, aby u powódki doszło do izolowanego uszkodzenia nerwu zasłonowego. Zaawansowane schorzenia w postaci stwardnienia bocznego zanikowego, obecnie rozpoznawane w sposób pewny, nie pozwala na stawianie tego typu rozpoznania.

Pierwszy zabieg operacyjny wykonano 27 marca 2009. W historii pielęgnowania odnotowano, iż powódka zagorączkowała do 38°C 29 marca 2009, a 30 marca 2009 wystąpiła gorączka i ból brzucha w związku z czym przekazano pacjentkę na salę operacyjną. Tak więc postąpiono w sposób prawidłowy i niezwłocznie zareagowano na ból brzucha połączony z gorączką i dreszczami. Nie było możliwe wcześniejsze stwierdzenie problemu w obrębie jamy brzusznej stanowiącego przesłankę do ponownego jej otwarcia.

Obecny stan zdrowia u powódki jest wyłącznym następstwem ciężkiej choroby samoistnej o niewytłumaczonym pochodzeniu, jaką jest stwardnienie boczne zanikowe. U powódki nie stwierdzono ciężkiej reakcji na stres w badaniu psychologicznym, a jedynie lęk w związku z aktualnym stanem zdrowia. Jak zaznaczono w tym samym badaniu powódka w mechanizmie psychologicznym zaprzecza obecności innej choroby niż powikłanie po zabiegu usunięcia mięśniaków macicy.

Stwardnienie boczne zanikowe, które jest schorzeniem determinującym aktualny stan zdrowia powódki nie jest wywoływane przez ostrą niewydolność oddechową i nie jest jej powikłaniem.

Powódka nie doznała obrażeń ciała naruszających czynność narządów ciała i powodujących rozstrój zdrowia w wyniku zabiegu 27 marca 2009. Normalne i możliwe powikłania leczenia operacyjnego nie są obrażeniami ciała w rozumieniu pojęć, którymi posługuje się medycyna sądowa. Powódka nie doznała trwałego uszczerbku na zdrowiu i została całkowicie wyleczona z powikłań w postaci przerwania ciągłości ściany pęcherza moczowego i perforacji okrężnicy.

(dowód: opinia sadowo-lekarska Instytutu (...) Katedry Medycyny Sądowej (...) J. w K. k. 316-325)

W tak ustalonym stanie faktycznym, Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Powództwo nie zasługiwało na uwzględnienie.

Powódka I. R. (1) domagała się zasądzenia od pozwanego (...) Szpitala (...) we W. z siedzibą we W. kwoty 80.000 zł tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za krzywdę doznaną na skutek zaniedbań popełnionych przez lekarzy pozwanego szpitala, przeprowadzonego u niej zabiegu operacyjnego 27 marca 2009 roku, w wyniku którego doszło do perforacji jelita.

W toku postępowania pozwany konsekwentnie kwestionował zarówno zasadę swojej odpowiedzialności, jak i wysokość dochodzonego przez powódkę roszczenia. Pozwany, wnosząc o oddalenie powództwa zarzucał, że powikłanie, jakiego doznała powódka w wyniku zabiegu operacyjnego nie było skutkiem nieprawidłowości popełnionych przez personel medyczny pozwanego szpitala, lecz stanowiło normalne ryzyko przy tego typu zabiegach, o którym powódka została poinformowana i na które wyraziła świadomą zgodę.

Bezsporna w niniejszej sprawie była okoliczność przeprowadzenia u powódki w pozwanej placówce szpitalnej zabiegu laparotomii oraz zaistnienie w jego wyniku powikłań w postaci uszkodzenia pęcherza moczowego i perforacji jelita.

W ocenie Sądu, (...) Szpital (...) we W. z siedzibą we W. nie ponosi odpowiedzialności cywilnoprawnej za skutki działań lub zaniechań personelu medycznego w procesie leczenia pacjentów tejże jednostki na podstawie art. 430 k.c. Zgodnie z powołanym przepisem, kto na własny rachunek powierza wykonanie 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. Odpowiedzialność zwierzchnika za działanie podwładnego oparta jest na zasadzie ryzyka. Przesłanką odpowiedzialności przełożonego jest wyrządzenie szkody z winy podwładnego, przy czym do wykazania tej okoliczności wystarczy istnienie tak zwanej winy bezimiennej, jeśli tylko poszkodowany wykaże, że szkoda była wynikiem zachowania osoby podlegającej określonej zwierzchnictwu i wykonującej określoną czynność dla powierzającego i w jego interesie. Dla stwierdzenia odpowiedzialności szpitala w niniejszej sprawie zasadnicze znaczenie ma zatem ocena postępowania personelu medycznego (...) Szpitala (...) z siedzibą we W., w którym doszło do powikłań po zabiegu laparotomii przeprowadzonego u powódki 27 marca 2009 roku, w tym zwłaszcza postępowania lekarzy przeprowadzających ten zabieg.

W tym miejscu zważyć należy, że wina w art. 430 k.c. została użyta w tym samym znaczeniu co w art. 415 k.c. Na gruncie prawa cywilnego winę można przypisać podmiotowi prawa, kiedy istnieją podstawy do negatywnej oceny jego zachowania z punktu widzenia zarówno obiektywnego, jak i subiektywnego. W obszarze deliktów prawa cywilnego rozróżnia się dwie postaci winy – umyślną i nieumyślną. Przy winie umyślnej sprawca ma świadomość szkodliwego skutku swojego działania i przewiduje jego nastąpienie, celowo do niego zmierza. Przy winie nieumyślnej sprawca przewiduje możliwość wystąpienia szkodliwego skutku, lecz bezpodstawnie przypuszcza, że zdoła go uniknąć albo nie przewiduje możliwości jego nastąpienia, choć powinien i może je przewidywać. W obu formach winy nieumyślnej mamy do czynienia z niedbalstwem. Niedbalstwo polega nie niedołożeniu należytej staranności w stosunkach danego rodzaju staranności, niezbędnej do uniknięcia skutku, którego sprawca nie chciał wywołać.

Przepis art. 4 ustawy z 05 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634 z późn. zm.) stanowi, że lekarz ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Naruszenie powyższych zasad może przybrać w szczególności postać błędu lekarskiego, polegającego bądź to na błędnym zdiagnozowaniu lub zakwalifikowaniu pacjenta do zabiegu (błąd diagnostyczny), bądź też na nieprawidłowym, niezgodnym ze sztuką lekarską wykonaniu zabiegu lub leczeniu (błąd wykonawczy). Z kolei ustawa z 06 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta przewiduje, że pacjentowi przysługuje między innymi prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej (art. 6 ust. 1), udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym (art. 8 zd. 1), jak również prawo do informacji o swoim stanie zdrowia (art. 9 ust. 1). W myśl natomiast art. 4 ust. 1 tejże ustawy w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 k.c.

Błędy diagnostyki i terapii, opieszałość w podejmowaniu czynności, zaniechania wykonania badań, przeoczenia nieprawidłowości przy dokonywanych zabiegach i niedostateczne pouczenie pacjenta o ryzyku związanym ze stanem jego zdrowia, stanowią podstawę odpowiedzialności osób wykonujących zawód medyczny z tytułu czynu niedozwolonego.

Reasumując powyższe rozważania, w rozpoznawanej sprawie istota sporu sprowadzała się zatem do ustalenia przesłanek odpowiedzialności cywilnej pozwanego (...) Szpitala (...) we W. z siedzibą we W., poprzez wykazanie, że doszło do zaniedbania bądź popełnienia błędu przez personel medyczny tej placówki, który wykonując u powódki zabieg laparotomii 27 marca 2009 miał doprowadzić do powstania szkody.

Dokonując analizy zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego Sąd doszedł do przekonania, że brak jest w niniejszej sprawie jakichkolwiek podstaw do uznania, że w trakcie leczenia powódki w (...) Szpitalu (...) z siedzibą we W. wystąpiły nieprawidłowości. Materiał dowodowy nie pozwala na wyciągnięcie wniosku, że w związku z zabiegiem laparotomii, jakiemu powódka została poddana 27 marca 2009 roku, a który w efekcie skutkował koniecznością szcucia uszkodzonego pęcherza moczowego i perforacją jelita, doszło do błędu medycznego, czy też niezachowania należytej staranności bądź ostrożności przez personel medyczny tej placówki szpitalnej.

Dokonując takich ustaleń Sąd wziął pod uwagę przede wszystkim dokumentację medyczną, która stanowiła wiarygodny dowód na okoliczność procesu leczenia powódki oraz opinie sporządzone przez biegłą sądową z zakresu neurologii dr nauk medycznych M. D. oraz zespół biegłych z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej (...) J. w K.. W ocenie Sądu biegli, w ramach swoich specjalności wyrazili opinię jednoznacznie, co należyte i poprawnie pod względem logicznym uzasadnili, odwołując się do wiedzy specjalnej z zakresu medycyny. Jednocześnie, sporządzając opinie biegli uwzględnili dokumentację medyczną powódki znajdującą się w aktach sprawy, a swoje wnioski sformułowali także na podstawie osobistego badania powódki. W szczególności zaś, Sąd miał na uwadze to, że wszystkie kwestie, których dotyczyły zastrzeżenia i wątpliwości powódki zostały w ocenie Sądu w sposób rzetelny, logiczny i przekonujący wyjaśnione w opinii z 25 sierpnia 2014.

Dodatkowo Sąd uwzględnił zeznania przesłuchiwanym w sprawie świadków w osobach E. N., M. Z., C. G., A. P. i D. H., którym dał wiarę w zasadzie w całości uznając je, w zakresie istotnym dla ustalenia stanu faktycznego oraz rozstrzygnięcia sprawy, za wiarygodne, spójne i logiczne, a nadto znajdujące potwierdzenie w dowodach z dokumentów. Sąd wziął również pod uwagę zeznania świadków R. R., K. R., B. L., A. O., jak i przesłuchanie samej powódki, jednakże w zakresie, w jakiej odnoszą się one do przebiegu laparotomii z 27 marca 2009 roku częściowo nie dał im wiary, o czym będzie mowa w dalszej części rozważań.

Sąd nie uwzględnił przy rozstrzygnięciu opinii biegłego z zakresu ginekologii i położnictwa doktora nauk medycznych P. H., jako niespełniającej wymogu art. 278 § 1 k.p.c. Sąd uznał sporządzoną opinię za lakoniczną bowiem nie zawierała

w swojej treści odpowiedzi na postawioną przez Sąd tezę dowodową. Na marginesie jedynie stwierdzić można, że teza biegłego znalazła potwierdzenie, a co ważniejsze uzasadnienie, w opinii Instytutu (...).

W związku z powyższym Sąd powołał innych biegłych w sprawie. Biegła z zakresu neurologii M. D. rozpoznała u powódki rzadko występującą, samoistną, przewlekłą, postępującą chorobę rdzenia kręgowego o nazwie pierwotne stwardnienie boczne, przejawiające się uszkodzeniem dróg korowo-rdzeniowych. Sąd uznał zatem za właściwe zweryfikowania powyższego rozpoznania chorobowego przez inny skład biegłych.

Zespół biegłych z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej (...) J. w K. w sposób stanowczy i jednoznaczny stwierdził, że w przeprowadzonym 27 marca 2009 zabiegu laparotomii nie dopatrywał się nieprawidłowości o charakterze błędu medycznego, uznając jednocześnie, że został on wykonany w sposób staranny i prawidłowy, z zachowaniem reguł sztuki i aktualnej wiedzy medycznej. Jednocześnie biegli ci podkreślili, że obecny stan zdrowia powódki, wynikający z przebytej perforacji poprzeczniczki nie jest związany z ewentualnymi błędami diagnostycznymi, czy też terapeutycznymi, popełnionymi przez personel medyczny (...) Szpitala (...) z siedzibą we W..

Biegli wyjaśnili, że w przypadku istnienia zrostów między ścianą jelita grubego, a którąkolwiek ze struktur w jamie brzusznej, w tym między innymi przydatkami, możliwym jest, iż przy preparowaniu dojdzie do uszkodzenia surowicówki, które w odległym okresie czasu może być punktem wyjścia dla perforacji. Nieprawdziwym należy uznać zatem twierdzenie powódki, że w trakcie zabiegu 27 marca 2009 roku doszło do rozerwania poprzeczniczki. Jak wskazali biegli mechanizmem, który w tym wypadku wystąpił jest uszkodzenie surowicówki, wtórne niedokrwienie ściany jelita w tym miejscu z następową martwicą. Biegli wyjaśnili również, że rozerwanie ściany jelita grubego na długości 4 cm powoduje natychmiastowe wydobywanie się treści kałowej barwy żółtawo-brązowej, która jest nie do pominięcia w trakcie oceny jamy brzusznej przed jej zamknięciem. Powikłanie związane z perforacją poprzeczniczki miało związek z rozdzieleniem zrostu pomiędzy jelitem grubym, a przydatkami po stronie lewej, co nie było błędem lekarskim, czy zaniedbaniem po stronie operatorów.

Mając na uwadze powyższe, za słuszny należy uznać wniosek biegłych, zgodnie z którym w aktach sprawy brak jest dowodów na nieprawidłowe przygotowanie powódki do zabiegu laparotomii, pozostających w związku z nieprawidłowym działaniem personelu medycznego, a co między innymi zarzucała powódka. Dodać w tym miejscu należy, że z przeprowadzonego w sprawie postępowania nie wynika, że przed przystąpieniem do zabiegu laparotomii lekarz prowadzący winien wykonać jeszcze jakieś inne dodatkowe czynności, mające na celu zapewnienie pacjentowi bezpieczeństwa podczas zabiegu i doszło do zaniechania tego w przypadku powódki.

Materiał dowodowy w sprawie nie pozwala również na przyjęcie, że sam przebieg zabiegu operacyjnego oraz czynności dokonane bezpośrednio po jego zakończeniu nosiły znamiona błędu bądź wykonane zostały w sposób nienależyty.

Świadek A. P. stwierdził, że u powódki zmieniona była anatomia; miała duże zrosty. Pęcherz moczowy u powódki był rozciągnięty poprzez zrost z mięśniakami. Zeznał, że wezwano go na salę operacyjną z powodu trudnych warunków, stwierdzono uszkodzenie pęcherza. Świadek dokonał sprawdzenia ujścia przewodu moczowego i zszyl pęcherz. Zeznania te potwierdza dokumentacja medyczna zgromadzona w aktach sprawy (zwłaszcza opis przebiegu zabiegu operacyjnego z 27 marca 2009), jak również relacje świadka M. Z. asystującej przy zabiegu, która zeznała, że w trakcie zabiegu operacyjnego stwierdzono uszkodzenie pęcherza moczowego, w związku z czym dokonano jego zaszycia.

Perforacja poprzeczniczki nastąpiła natomiast w drugiej dobie po laparotomii. Z opisu świadka C. G. – ginekologa uczestniczącego przy drugim zabiegu operacyjnym, wynika, że u powódki nastąpiło uszkodzenie ciągłości przewodu pokarmowego. Powikłanie związane z perforacją poprzeczniczki miało związek z rozdzieleniem zrostu pomiędzy jelitem grubym. Perforacja ta była późnym następstwem uszkodzenia surowicówki jelita grubego, która doprowadziła do martwicy w obrębie ściany okrężnicy. Dokonanie drugiego zabiegu było w takim przypadku w pełni uzasadnione.

Opiniujący w sprawie zespół biegłych podkreślił, że takie postępowanie lekarzy było w pełni poprawne i przyjęte w modelu postępowania w takich przypadkach.

Sąd nie dał wiary twierdzeniom powódki, która podczas przesłuchania zeznała, że nie informowano jej, ani o wielkości i ilości guzów, ani o mogących wystąpić podczas zabiegu powikłaniach. W ocenie Sądu zeznania te pozostają bowiem w sprzeczności z pozostałym materiałem dowodowym zgromadzonym w sprawie, a w szczególności z informacją dla pacjentki z 18 marca 2009.

Sąd nie dopatrył się również żadnych nieprawidłowości związanych z przeprowadzonymi u powódki zabiegami. Uszkodzenie pęcherza moczowego rozpoznano śródzabiegowo i po konsultacji telefonicznej ze specjalistą urologiem zaopatrzone szwami. Natomiast powikłania w postaci perforacji poprzecznicy wynikały z pasmowatego zrostu z pętlą jelita grubego. Uszkodzenie ściany pęcherza moczowego i jelita grubego mieści się w możliwych i normalnych powikłaniach wynikających ze zmienionych warunków anatomicznych w polu operacyjnym. Biegli wskazali, że nie można przypisać pozwanemu działania, które wbrew aktualnie obowiązującej wiedzy medycznej prowadziłyby do naruszenia reguł oczekiwanej ostrożności i staranności. Powódka była starannie obserwowana przez sprawujących opiekę lekarzy pozwanego zarówno w trakcie operacji, co pozwoliło na natychmiastowe stwierdzenie powikłania uszkodzenia pęcherza moczowego, a następnie w okresie pooperacyjnym stwierdzenie zapalenia otrzewnej i ostatecznie ustalenia jego przyczyny i wdrożenia adekwatnego leczenia operacyjnego.

Wreszcie nie można zapomnieć o tym, że przed zabiegiem 27 marca 2009 roku powódka została w sposób szczegółowy poinformowana o jego celowości, sposobie wykonania i możliwych powikłaniach oraz wyraziła świadomą zgodę na jego przeprowadzenie, co wynika wprost z dokumentacji medycznej znajdującej się w aktach sprawy. Powyższe oznacza, że powódka zdawała sobie sprawę z tego, że jest to zabieg o charakterze inwazyjnym, a jego powodzenie oraz pełne bezpieczeństwo nie mogą być zagwarantowane przez żadnego lekarza. Miała również pełną świadomość tego, że do rzadkich, jednak możliwych powikłań, zalicza się między innymi przedziurawienie ściany przewodu pokarmowego, czy pęcherza moczowego, które wymaga natychmiastowej interwencji chirurgicznej. Innymi słowy powódka, godząc się na przeprowadzenie zabiegu laparotomii, przyjmowała na siebie jednocześnie ryzyko zaistnienia powikłań. Oczywiście nie ulega wątpliwości, że powódka miała prawo oczekiwać, że zabieg ten zostanie przeprowadzony z należytą starannością, w sposób ograniczający do minimum wystąpienie ewentualnych powikłań. Jak wykazało jednak postępowanie dowodowe, staranność ta została zachowana przez personel medyczny (...) Szpitala (...) we W. na każdym etapie związanym z procesem leczenia powódki, co w konsekwencji oznacza, że nie można przypisać mu winy za rozstrój zdrowia powódki powstały w związku z jej pobytem w tej placówce szpitalnej.

Sąd nie znalazł również podstaw do zakwestionowania prawdziwości treści złożonych w sprawie dokumentów leczenia powódki, w szczególności historii choroby (L. (...).gł/ (...).oddz. (...)) oraz opisu operacji z 27 marca 2009. Dokumentacja ta nie budzi żadnych wątpliwości. W sprawie złożone zostały oprócz kserokopii dokumentów również ich oryginały. Powódka nie przedstawiła żadnych dowodów świadczących o tym, iż pozostająca w dyspozycji Sądu dokumentacja medyczna, z leczenia powódki w spornym okresie, jest sfałszowana.

Zauważyć również należy, iż powódka w istocie nie złożyła do opinii Instytutu zarzutów, wnosząc jedynie o przedłużenie terminu do ich złożenia, z tej przyczyny, że biegli sporządzali opinię przez okres około pół roku, stąd zakreślony powódce termin jest niewystarczający. Wniosek ten, jako nieuzasadniony i zmierzający do przedłużenia postępowania podlegał oddaleniu, zważywszy, że po pierwsze powódka myli czas sporządzania opinii, z czasem oczekiwania na jej sporządzenie, po wtóre zaś, że o złożeniu tego wniosku nie decydował charakter opinii, a przyjęty sposób działania pełnomocnika powódki, co wynika chociażby z faktu, że tożsamy wniosek pełnomocnik składał do lakonicznej opinii biegłego P. H. (k. 198).

W ocenie Sądu nie pozbawia doniosłości opinii, brak w składzie orzekającym specjalisty z dziedziny ginekologii, skoro opinię sporządzał medyk sądowy, a zatem osoba o wszechstronnym wykształceniu i wiedzy praktycznej z dziedziny medycyny, w uzupełnieniu o konsultację ze specjalistą chirurgiem. Ten skład osobowy, w ocenie Sądu, gwarantował fachowe wyjaśnienie okoliczności przeprowadzonego zabiegu chirurgicznego laparotomii. Jak już zresztą wspomniano, sama treść opinii jest pełna, wyczerpująco wyjaśniając wymagające wiedzy fachowej zagadnienia medyczne oraz przedstawia jasne i klarowne z tych rozważań wnioski. Nie można zapominać, iż opinia ta, jest opinią

Instytutu, który gwarantuje najwyższą możliwą jakość w dziedzinie medycyny, co zapewnia, sygnowany podpisem, udział Kierownika Katedry Medycyny Sądowej (...) J. C. M..

Tym samym Sąd uznał, że w niniejszej sprawie nie zachodzą podstawy odpowiedzialności pozwanego za szkodę, jakiej powódka doznała w następstwie przeprowadzonego.

Z tych wszystkich względów Sąd roszczenia powódki oddalił, o czym orzekł jak w punkcie I. sentencji wyroku.

W punkcie II. sentencji wyroku, na podstawie art. 98 k.p.c. Sąd obciążył powódkę powódki, kosztami postępowania poniesionymi przez stronę pozwaną w kwotę 3.600 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.

Z uwagi natomiast na to, że powódka w niniejszej sprawie została całkowicie zwolniona od kosztów sądowych, a nie było podstaw do obciążenia brakującymi kosztami strony przeciwnej, stosownie do art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (t.j. Dz. U. z 2010 r. Nr 90, poz. 594 ze zm.), kosztami tymi należało obciążyć Skarb Państwa, o czym Sąd orzekł jak w punkcie III. sentencji wyroku.