

Sygn. akt I ACa 616/14

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 11 grudnia 2014 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSA Eugeniusz Skotarczak (spr.)
Sędziowie:	SSA Wiesława Kaźmierska SSA Dariusz Rystał
Protokolant:	sekr.sądowy Magdalena Goltsche

po rozpoznaniu w dniu 11 grudnia 2014 r. na rozprawie w Szczecinie

sprawy z powództwa D. O.

przeciwko (...) Szpitalowi (...) w S.

o zapłatę, rentę i ustalenie

na skutek apelacji powódki

od wyroku Sądu Okręgowego w Szczecinie

z dnia 21 marca 2014 r., sygn. akt I C 344/07

***I. oddala apelację,***

***II. odstępuje od obciążania powódki kosztami zastępstwa procesowego, należnymi pozwanemu w postępowaniu apelacyjnym,***

***III. przyznaje adwokatowi J. K. od Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Szczecinie kwotę 2.700 (dwa tysiące siedemset) złotych wraz z należnym podatkiem VAT tytułem kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej powódce z urzędu w postępowaniu apelacyjnym.***

***Dariusz Rystał Eugeniusz Skotarczak Wiesława Kaźmierska***

sygn. akt I ACa 616/14

## UZASADNIENIE

Sąd Okręgowy w Szczecinie po rozpoznaniu sprawy z powództwa D. O. przeciwko (...) Szpitalowi (...) w S. o zapłatę, rentę i ustalenie wyrokiem z dnia 21 marca 2014 roku oddalił powództwo oraz orzekł o kosztach procesu.

Sąd ustalił, że D. O. od około 2000 roku skarżyła się na uporczywe bóle kończyn dolnych, bóle lewej kończyny górnej i lewej połowy klatki piersiowej, zaburzenia czucia i drętwienie kończyn. Powyższe objawy uległy wyraźnemu pogorszeniu około roku 2004-2005.

D. O. w dniach od 21 grudnia 2005 r. do 2 stycznia 2006 r. przebywała w (...) Szpitalu (...) w S., na Oddziale Chirurgii Klatki Piersiowej, gdzie – w związku z rozpoznaniem Zespołu Reynauda – wykonano u niej zabieg lewostronnej sympatektomii piersiowej, metodą wideotoraskopową.

Zabieg operacyjny wykonany w dniu 27 grudnia 2005 r. polegał na tym, że do lewej jamy opłucnowej wprowadzono trzy porty w miejscu typowym, uwidoczniono pień współczulny i wycięto go od wysokości 1 międzyżebra do V żebra. Bezpośrednio po zabiegu stwierdzono palpacyjnie, że lewe ramię jest wyraźnie cieplejsze od prawego.

W dniu 2 stycznia 2006 r. stan powódki był dobry, stwierdzono ocieplenie lewej kończyny górnej i niewielki obrzęk, zalecono noszenie przedramienia na temblaku i fizjoterapię.

D. O. została poinformowana o planowanym sposobie leczenia operacyjnego oraz o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub w wyniku operacji. Powódka po zapoznaniu jej z opisem leczenia operacyjnego oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w wyniku ww. leczenia wyraziła zgodę na zabieg operacyjny.

Powódka w związku z utrzymującym się bólem od 23 marca 2006 r. została objęta opieką Poradni Leczenia Bólu działającej przy Hospicjum (...) w G.. Rozpoznano u niej kaulgalię kończyny górnej lewej i lewej strony klatki piersiowej. Leczeniem powódki zajął się lekarz medycyny W. G. – specjalista anestezjologii i intensywnej terapii. Próby ustawienia leków przeciwbólowych okazały się nieudane. Powódka nie reagowała na leki, ból nie został opanowany. Nieznaczna ulgę odczuwała przy zastosowaniu leków T. i D.. Nastąpiła u niej duża utrata wagi (z 48 kg do 32 kg). Ostatecznie stwierdzono brak możliwości leczenia w Poradni Leczenia Bólu oraz konieczność obserwacji klinicznej.

Podczas badania ultrasonograficznego dopplerowskiego tętnic górnych powódki w dniu 31 lipca 2006 r. stwierdzono, że tętnice przedramion są bardzo wąskie, obniżone prędkości przepływów z cechami oporu obwodowego w tętnicach ramieniowych, szczątkowe, śladowo oznaczalne przepływy w tętnicach promieniowych oraz w tętnicy łokciowej lewej, zaś w tętnicy łokciowej lewej brak przepływu.

Obniżone prędkości przepływów w obwodowych odcinkach tętnic promieniowych i łokciowych stwierdzono u powódki podczas badania ultrasonograficznego już w 2000 r.

Orzeczeniem Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w G. z dnia 30 sierpnia 2006 r. zaliczono D. O. do znacznego stopnia niepełnosprawności.

W dniach 16-17 sierpnia 2006 r. D. O. przebywała w Klinice (...) w P., gdzie rozpoznano u niej zespół bólowy kończyny górnej lewej i lewego górnego kwadratu klatki piersiowej oraz stan po sympatektomii piersiowej lewostronnej z powodu zespołu Reynauda.

D. O. ma obecnie 33 lata, mieszka w G. wspólnie z rodzicami, bratem i dwuletnim synem. Powódka jest z zawodu technikiem ochrony osób i mienia, skończyła szkołę detektywistyczną, pracowała jako operator monitoringu i pracownik ochrony fizycznej.

Powódka tworzy z ojcem swego dziecka związek partnerski, jednak nie mieszka z nim, partner powódki odwiedza ją, na stałe mieszka w K.. Powódka nie pracuje zawodowo, otrzymuje zasiłek pielęgnacyjny, w utrzymaniu pomaga jej rodzina i partner, który łoży również na utrzymanie dziecka. Syn powódki jest zdrowy. W opiece nad dzieckiem pomagają powódce członkowie rodziny i partner.

D. O. zaczęła chorować w roku 2000, zaś w roku 2004 jej choroba nasiliła się. Powódka niemal permanentnie odczuwa silny ból fizyczny, ma popękana skórę, schodzą jej paznokcie, na dłoniach i stopach robią jej się rany. Ręce i nogi

powódki są bolesne, zimne, zsiniałe. Powódka potrzebuje opieki drugiej osoby. Nie leczy się u specjalistów, bo jej na to nie stać. Ponadto lekarze odsyłają ją twierdząc, że nie mogą jej pomóc. Powódka jest pacjentką doktora W. G., na pomoc którego może liczyć w każdej chwili. Powódka korzysta z plastrów narkotycznych, przeznaczonych dla osób chorych onkologicznie, które kosztują około 30 złotych. Innych leków powódka nie zażywa, gdyż jej organizm nie toleruje większości lekarstw. Powódka żyje w poczuciu braku perspektyw, ze świadomością, że ból będzie jej doskwierać do końca życia, ma problemy ze snem, nie ma apetytu.

Na zlecenie Sądu Okręgowego w Gorzowie Wielkopolskim biegły lekarz specjalista chirurgii ogólnej i onkologicznej w dniu 23 lutego 2007 r. wystawił opinię lekarską, w której przyjął rozpoznanie: podejrzenie zarostowego zapalenia tętnic (choroba Buergera). Stan po sympatektomii piersiowej lewostronnej z bólami kaulgicznymi.

Zarówno kwalifikacja D. O. do zabiegu operacyjnego jak i sam zabieg operacyjny sympatektomii piersiowej metodą wideotorakoskopii został u powódki przeprowadzony prawidłowo. Zastosowano aktualnie najnowocześniejszą metodę, stosowaną powszechnie we wszystkich ośrodkach torakochirurgicznych. Nie wystąpiły również błędy w dalszej opiece pooperacyjnej nad powódką.

Wideotorakoscopia, jako metoda bardzo precyzyjna i delikatna, praktycznie eliminuje możliwość niezamierzonego uszkodzenia okolicznych, innych struktur nerwowych np. przez ich pociąganie.

Metoda wideotorakoskopowa jest obecnie preferowana dla wykonania sympatektomii piersiowej z powodu jej niewielkiej inwazyjności i wynikających z tego faktu następstw. Skraca ona czas hospitalizacji, zmniejsza dolegliwości bólowe pooperacyjne, korzystnie wpływa na stan psychiki pacjenta oraz na ekonomiczne aspekty leczenia. Okoliczności te są wskazywane we współczesnym piśmiennictwie chirurgicznym. Przy prawidłowych warunkach anatomicznych zapewnia ona bardzo dobry wgląd do tylnego śródpiersia, okolicy przykręgosłupowej i grzbietowej części klatki piersiowej. Umożliwia pewną i precyzyjną identyfikację tkanek, a ruchy narzędzi wprowadzonych do opłucnej są precyzyjne. Postępowanie operacyjne sprowadza się do identyfikacji, wyizolowania i zniszczenia i/lub usunięcia struktur nerwowych - zwojów i/lub pnia współczulnego w określonym zakresie (w przypadku powódki - Th I – V).

Wyniki leczenia zaburzeń ukrwienia kończyn górnych na drodze sympatektomii piersiowej wykonanej metodą wideotorakoskopową nie różnią się od wyników uzyskiwanych na drodze innego dotarcia do piersiowego odcinka układu współczulnego, co jest powodem jej preferowania przez chirurgów wykonujących te operacje i piśmiennictwo poświęcone tej tematyce. Metody tzw. szerokiego dostępu: sympatektomia piersiowa z dostępu pachowo-przezopłucnowego oraz z dostępu tylnego (operacja, modyfikacja Smithwicka) są zabiegami o zdecydowanie większej traumatyczności. Ostatnia z nich obecnie jest rezerwowana do reoperacji i przypadków z zarośniętą opłucną lub potencjalnie obecności jej zarośnięcia.

W przypadku powódki wideotorakoscopia dała możliwość wglądu w anatomię pnia współczulnego, co potwierdza badanie histopatologiczne wyciętych zwojów współczulnych.

W analizowanym przypadku nie było przeciwwskazań dla wyboru tej metody. Z opisu przeprowadzenia zabiegu operacyjnego wynika, że istniejące w opłucnej warunki anatomiczne całkowicie umożliwiały wykonanie sympatektomii piersiowej. W trakcie zabiegu nie zaistniały także okoliczności utrudniające jego poprawne przeprowadzenie, jak np. śródoperacyjne krwawienie z naczyń międzyżebrowych mogące zamazywać pole widzenia i utrudniać identyfikację tkanek w polu operacyjnym. Nie stwierdzono też obecności w opłucnej zmian patologicznych mogących wystąpić we wczesnym okresie po operacji, a będących przyczyną pooperacyjnych dolegliwości bólowych wykazanych kontrolnym pooperacyjnym badaniem radiologicznym. Nie wystąpiły także bezpośrednio po zabiegu objawy neurologiczne, jak zespół Hornera, czy zaburzenia czynności splotu barkowego, potwierdzające nieprawidłowo, zbyt rozległe wykonanie zabiegu operacyjnego. Planowany efekt leczniczy został osiągnięty, poprawa perfuzji krwi w obrębie lewej kończyny górnej, z jej ociepleniem.

Pogorszenie stanu zdrowia powódki wystąpiło głównie z powodu postępu choroby podstawowej, na który nałożył się zespół bólowy pooperacyjny. Sam zabieg operacyjny nie mógł wpłynąć na postęp zmian niedokrwiennych u pacjentki.

O skuteczności klinicznej przeprowadzonego u powódki zabiegu świadczy wyraźne ocieplenie lewej kończyny górnej, wynikające z jej lepszego ukrwienia. Jakikolwiek uszkodzenie będące skutkiem zabiegu operacyjnego ujawniłoby się od razu po zabiegu. Jeśli doszło do ocieplenia kończyny i bezpośrednio po zabiegu nie było innych objawów ubocznych, to należy uznać, że nie doszło do niezamierzonych uszkodzeń w trakcie zabiegu.

Technika zastosowana przy zabiegu wiązała się z ingerencją w obrębie pnia współczulnego i nie powodowała ingerencji w miejscach gdzie mogło dojść do uszkodzenia korzeni nerwowych wychodzących z kanału kręgowego w pobliżu trzonów kręgowych i wyrostków poprzecznych.

Nigdy nie da się w 100% wykluczyć, że nie doszło do jakiegoś przeniesienia sił mogących wpłynąć na uszkodzenie tych korzeni nerwowych przez pociąganie, jednak w opisie operacyjnym brak jakichkolwiek symptomów wskazujących na to, że w tym wypadku do tego doszło.

Stwierdzenie uogólnienia objawów u powódki świadczy o tym, że zabieg nie mógł wpłynąć na pogorszenie się jej stanu zdrowia.

Najczęstszym powikłaniem jeśli chodzi o ten zabieg jest tzw. zespół Hornera, dający objawy w obrębie gałki ocznej, które są konsekwencją uszkodzenia splotu nerwowego w obrębie pnia współczulnego, który to pień był obiektem operacji.

U powódki stwierdzono wystąpienie silnego zespołu bólowego po stronie operowanej. Nie można wykluczyć, że jednym z elementów na to wpływających może być tzw. neuralgia międzyżebrowa, która jest wynikiem uszkodzenia nerwów międzyżebrowych w miejscu dostępu operacyjnego do klatki piersiowej (tzw. torakoportach). Operujący musi się dostać do operowanego miejsca i robi to poprzez małe nacięcia między żebrami, gdzie wprowadza instrument medyczny. Mimo niewielkiego rozmiaru cięcia nadal u części chorych rozwija się zespół bólowy neuralgii międzyżebrowych. Pojawienie się takiego zespołu nie może być oceniane w kategorii błędu medycznego, bowiem przeprowadzający operację nie ma żadnej możliwości żeby zapobiec pojawieniu się tego zespołu. Czasem zespół ten może wynikać z naruszenia nerwu przy cięciu, czasem z jego pociągnięcia w bliźnie pooperacyjnej. Lekarz nie jest w stanie tego przewidzieć, ani tego uniknąć.

Pogorszenie się stanu zdrowia powódki nie ma związku z wybraną metodą leczenia i typem zabiegu operacyjnego. Dolegliwości bólowe z zakresu klatki piersiowej po operacji mogą być związane z samym zabiegiem operacyjnym, ale zarówno metoda wideotorakoskopowa jak i metoda szerokiego dostępu niesie za sobą możliwość powikłań związanych z wystąpieniem zespołów bólowych pooperacyjnych. W tym przypadku postęp choroby zasadniczej (choroby Buergera) tłumaczy nasilenie zespołu bólowego, ponieważ dolegliwości bólowe związane z samym zabiegiem sympatektomii piersiowej powinny się manifestować w bezpośrednim okresie pooperacyjnym. Z tego też względu wydaje się, że pogorszenie stanu zdrowia powódki nie ma związku z wykonanym zabiegiem operacyjnym. Z akt sprawy nie wynika, aby w przebiegu pooperacyjnym wystąpiły powikłania, na które miałyby wpływ zarówno sposób przeprowadzenia zabiegu operacyjnego, jak i zaniedbania personelu Oddziału Chirurgii Klatki Piersiowej szpitala w S.

Przy nieprawidłowo przeprowadzonym zabiegu sympatektomii piersiowej mogą wystąpić objawy patologiczne. Podczas zabiegu sympatektomii piersiowej lewostronnej może dojść do uszkodzenia korzeni rdzeniowych, czego w tym przypadku nie potwierdza protokół operacyjny i badanie histopatologiczne zwojów nerwowych. Nadto przy prawidłowym przebiegu zabiegu operacyjnego i doświadczeniu operatora praktycznie nie ma takiej możliwości. Objawy pooperacyjne, w szczególności ból w zakresie rany pooperacyjnej zazwyczaj ustępują po okresie około 4 - 6 tygodni w zabiegach wykonywanych metodą otwartą. Znane są przypadki bólu trwającego nawet do kilku lat. W metodzie wideotorakoskopowej objawy bólowe ustępują zazwyczaj po około 2 - 4 tygodniach po operacji.

Możliwość pociągania korzeni nerwowych wychodzących z kanału kręgowego w pobliżu trzonów kręgowych i wyrostków poprzecznych istnieje tylko w przypadku powikłań śródoperacyjnych, np. krwotoku, czego nie można powiedzieć o przedmiotowym przypadku. Nie ma związku objawów zespołu Reynauda z objawami korzeniowymi, przy prawidłowo wykonanym zabiegu sympatektomii piersiowej metodą video.

Dolegliwości bólowe występujące u powódki po zabiegu operacyjnym ze strony ściany klatki piersiowej można łączyć z nerwobólem międzyżebrowym związanym z wprowadzeniem przez międzyżebra trokarów. Dolegliwości tego typu są najczęściej spotykane po takich zabiegach.

Pogorszenie stanu powódki związane jest z postępem schorzenia podstawowego, tj. zarostowego zapalenia tętnic (choroba Buergera). Potwierdza to wynik badania usg naczyń wykazujący upośledzenie przepływu krwi w obrębie kończyn.

Pień nerwu sympatycznego przedstawia postać podłużnego wrzecionowatego tworzywa, położonego w luźnej tkance pozaopłucnowej na bocznej powierzchni trzonów kręgowych. Całkowita liczba zwojów waha się od 20 do 25 (3 szyjne, 11 piersiowych, 4 lędźwiowe i 4 krzyżowe). Zwoje te są umiejscowione brzusznie od wyrostków poprzecznych na bocznej powierzchni trzonów kręgowych. Zwój gwiaździsty powstaje z częściowego zespolenia zwoju szyjnego dolnego i pierwszego piersiowego. Ma on średnicę 2,5 cm i leży na brzusznej krawędzi ostatniego kręgu szyjnego i pierwszego piersiowego tuż pod głową pierwszego żebra. Każdy zwój piersiowy łączy się z odpowiednim nerwem międzyżebrowym dwoma gałęziami łączącymi: białą i szarą. Te ostatnie zawierają włókna współczulne pozazwojowe, które biegną do nerwów obwodowych oraz włókna ruchowe i czuciowe zwojów trzewnych.

Obecny stan zdrowia powódki wynika głównie z postępu choroby R. 'a, czego dowodzi wynik badania dopplerowskiego naczyń kończyn górnych z dnia 31.07.2006 r.

Dokumentacja zawarta w aktach sprawy była wystarczająca do sporządzenia opinii w niniejszej sprawie. Do wydania opinii nie było niezbędne badanie powódki. Dodatkowe badania niczego już by nie wniosły, bo po tak długim czasie od zabiegu nie da się już w żaden sposób odtworzyć tego, czy w trakcie zabiegu operacyjnego wystąpiły siły naruszające korzenie nerwowe, czy też nie. Nie ma możliwości uzyskania dodatkowych danych, które pozwoliłyby na bardziej stanowczą ocenę co do ewentualnego sposobu przeprowadzenia operacji u powódki.

Sąd uznał, że powództwo oparte na podstawie art. 444 § 1 i 2 kc, 445 § 1 kc oraz art. 189 kpc nie zasługiwało na uwzględnienie.

Sąd wskazał, że umowa o leczenie operacyjne jest umową starannego działania, a nie rezultatu. W związku z tym dla wykazania nienależytego wykonania zobowiązania przez leczącego, skutkującego rozstrojem zdrowia pacjenta, będącego jednocześnie czynem niedozwolonym, konieczne jest wykazanie niedołożenia przez leczącego należytej staranności podczas leczenia. Okoliczność, iż do wyleczenia pacjenta – wbrew pierwotnym zamierzeniom – nie doszło, nie przesądza bowiem samo przez się o jego odpowiedzialności.

W ocenie Sądu, analiza zgromadzonego w niniejszej sprawie materiału dowodowego, zwłaszcza dowodów z trzech opinii biegłych z zakresu chirurgii klatki piersiowej, nie daje podstaw do zakwestionowania prawidłowości przeprowadzonego u powódki w grudniu 2005r. zabiegu sympatektomii piersiowej metodą wideoskopową.

Mając na względzie szczególnie trudną sytuację zdrowotną i życiową powódki, w celu dokładnego wyjaśnienia istotnych w sprawie okoliczności Sąd przeprowadził dowody z opinii aż trzech biegłych z zakresu chirurgii klatki piersiowej.

Wszyscy opiniujący w niniejszej sprawie lekarze specjaliści z zakresu chirurgii klatki piersiowej byli zgodni co do tego, że zarówno kwalifikacja powódki do zabiegu operacyjnego jak i sam zabieg operacyjny sympatektomii piersiowej został wykonany prawidłowo, przy zastosowaniu najnowocześniejszej metody, powszechnie stosowanej we wszystkich ośrodkach torakochirurgicznych. Nie wystąpiły też błędy w dalszej opiece pooperacyjnej nad powódką.

Biegli wskazali również, że wideotorakoskopia, jako metoda bardzo precyzyjna i delikatna, praktycznie eliminuje możliwość niezamierzonego uszkodzenia innych struktur nerwowych np. przez ich pociąganie.

Sąd uznał dowody z powyższych opinii biegłych za w pełni wiarygodne, albowiem wnioski opinii sformułowano w sposób stanowczy, zgodny z zasadami logicznego myślenia, doświadczenia życiowego i wiedzy powszechnej. Zdaniem Sądu, wysokie kwalifikacje lekarzy specjalistów wydających opinie oraz ich duże doświadczenie zawodowe dają gwarancję prawidłowości dokonanych ustaleń.

Natomiast dowód z opinii biegłego sądowego prof. B. I. Sąd uznał za niewiarygodny w części, w jakiej wskazano w niej, że metoda wideotorakoskopii nie zapewnia należytego wglądu w neuroanatomię. Biegły nie jest torakochirurgiem, lecz neurochirurgiem, w dacie sporządzania opinii miał ponad 80 lat, zatem z dużą dozą prawdopodobieństwa można stwierdzić, że nie wykonywał on zabiegów wewnątrz klatki piersiowej przy zastosowaniu wideotorakoskopii, która to metoda stosowana jest standardowo w klinikach torakochirurgii, w dodatku dopiero od lat 90-tych XX wieku. Natomiast biegli C. P., G. W. i A. C. są czynnymi torakochirurgami, na co dzień wykonującymi zabiegi we wnętrzu klatki piersiowej, także przy zastosowaniu wideotorakoskopii. Biegli ci stwierdzili, że omawiana metoda jest preferowana przez chirurgów, umożliwia pewną i precyzyjną identyfikację tkanek oraz ich wyizolowanie lub zniszczenie. Z tych względów opinie biegłych lekarzy torakochirurgów należy uznać za bardziej miarodajne i wiarygodne.

Opinia biegłego B. I. jest lakoniczna i nieprzekonująca także w części, w której biegły ten stwierdza, że zabieg został powikłany uszkodzeniami korzeni nerwowych splotu barkowego przez ich pociąganie. Biegły w ustnej opinii nie odniósł się do zarzutu pozwanego, iż zważywszy na miejsce najwyższego cięcia chirurgicznego (pierwsze międzyżebro, czyli poniżej pierwszego żebra), możliwość uszkodzenia korzeni splotu barkowego jest praktycznie wykluczona, a ewentualne uszkodzenie mogłoby dotyczyć najniższego korzenia, lecz wówczas objawy kliniczne byłyby niewspółmiernie mniejsze w stosunku do opisywanych przez powódkę. Z kolei opiniujący w sprawie biegli torakochirurdzy byli zgodni co do tego, że omawiana metoda nie zagraża korzeniom nerwowym, gdyż ruchy narzędzi chirurgicznych wprowadzonych do opłucnej są delikatne i precyzyjne.

Reasumując Sąd uznał, że zgromadzony w sprawie materiał dowodowy nie daje podstaw do ustalenia, że na pogorszenie się stanu zdrowia powódki wpływ miał zabieg sympatektomii piersiowej przeprowadzony w pozwanym szpitalu, w szczególności, że został on wykonany nieprawidłowo. Powódka swoje przekonanie o błędzie pozwanego wywodzi z faktu braku oczekiwanego rezultatu leczenia i pogorszenia się jej samopoczucia po zabiegu, jednak powyższe okoliczności w żadnym wypadku nie mogą prowadzić do przyjęcia twierdzeń powódki o źle przeprowadzonym leczeniu. Istnieje bowiem wiele chorób, wobec których współczesna medycyna jest bezradna, które są przewlekłe i stale postępują.

Sąd wskazał, że silny ból doskwierający obecnie powódce, jakkolwiek budzi dla niej głębokie współczucie, może wynikać z postępu choroby, która była przyczyną poddania się przez powódkę leczeniu chirurgicznemu, lub też z postępu innej rozpoznanej u powódki choroby – choroby Buergera (k.42). Także biegły prof. B. I. wskazał, że obecny stan zdrowia powódki wynika głównie z postępu choroby Raynauda.

Istotne w sprawie ustalenia poczyniono również w oparciu o powołane wyżej dokumenty medyczne, mające w większości charakter dokumentów urzędowych, korzystających z domniemania prawdziwości zawartych w nim treści.

Natomiast za pozbawione mocy dowodowej Sąd uznał zaświadczenia lekarskie wystawione przez lekarza medycyny W. G. - w tej części, w której zawierają one informację, że zespół bólowy powódki jest powikłaniem po sympatektomii piersiowej, albowiem lekarz ten nie posiadał wystarczających kwalifikacji do oceny prawidłowości wykonania przedmiotowego zabiegu.

Natomiast za wiarygodne uznał Sąd zeznania świadka W. G. i powódki w części, w której osoby te opisywały aktualną sytuację zdrowotną i życiową powódki, albowiem korespondowały one z treścią dokumentów uznanych za wiarygodne.

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art. 102 kpc.

Apelację od wyroku wniosła powódka.

Zaskarżyła go w całości zarzucając jemu naruszenie przepisów postępowania, które mogło mieć wpływ na treść wyroku tj.:

- 1) art. 233 § 1 k.p.c, poprzez wybiórczą i dowolną ocenę dowodów, zwłaszcza w zakresie oceny wiarygodności opinii biegłych lekarzy specjalistów, w szczególności bezpodstawne podważenie wiarygodności opinii biegłego lekarza specjalisty B. I.,
- 2) art. 233 § 1 k.p.c, odmówienie nadania waloru wiarygodności zaświadczeniom wystawionym przez lekarza W. G. dotyczącym informacji, że zespół bólowy powódki jest powikłaniem po sempatektomi piersiowej,
- 3) art. 231 k.p.c., poprzez wyciągnięcie błędnego pod kątem logicznym wniosku, że z zebranego w sprawie materiału dowodowego nie wynika, jakoby objawy towarzyszące powódce po zabiegu, nie mają z nim bezpośredniego związku, a są skutkiem postępujących chorób Reunauda i Beurgera.

i w konsekwencji powyższych naruszeń, wyrokowi temu wyrokowi temu zarzucam błąd w ustaleniach faktycznych przyjętych za podstawę orzeczenia, a mających wpływ na treść orzeczenia, polegającego na błędnym przyjęciu, iż pozwany szpital nie ponosi odpowiedzialności za błąd w sztuce lekarskiej, którego konsekwencją są postępujące bóle odczuwane przez powódkę.

W oparciu o powyższe zarzuty powódka wniosła o:

- 1) zmianę zaskarżonego wyroku i ustalenie, że pozwany szpital ponosi odpowiedzialność za błąd w sztuce, zasądzenie odszkodowania i zadośćuczynienia we wnioskowanych wysokościach,
- 2) przyznanie pełnomocnikowi z urzędu kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej powódce w postępowaniu odwoławczym według norm przepisanych

ewentualnie o:

- 3) uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania.

W odpowiedzi na apelację pozwany szpital wniósł o jej oddalenie oraz obciążenie powódki kosztami postępowania apelacyjnego.

Sąd Apelacyjny zważył co następuje:

Apelacja powódki jest bezzasadna.

Apelacja skarżącej sprowadza się generalnie do wadliwej oceny zebranego materiału dowodowego.

Zebrany w sprawie materiał dowodowy jak i ocena tego materiału, rozważania Sądu I instancji nie budzą zastrzeżeń Sądu odwoławczego.

Ocena tego materiału została zgodnie z regułami z art. 233 § 1 kpc.

Dla trafności zarzutu naruszenia art. 233 § 1 kpc nie wystarczy bowiem powoływanie się na powyższe naruszenie, lecz należy wykazać, że Sąd dokonał oceny zebranego materiału dowodowego w sposób sprzeczny z zasadami logiki i spójności.

Takiej wadliwej oceny nie można przypisać Sądowi I instancji.

Skarżąca zarzuca wadliwą ocenę opinii biegłego lekarza B. I. (k. – 99-102, 222, 224-225), który rzeczywiście jako jedną z przyczyn obecnego stanu zdrowia powódki (ale nie jako główną i nie jedyną) wskazał możliwość (ale nie

pewność uszkodzenia (np. przez pociąganie) korzeni nerwowych wychodzących z kanału nerwowego w pobliżu trzonów kręgowych i wyrostków poprzecznych w czasie dokonanej u powódki operacji.

Wskazał jednak równocześnie, że obecny stan zdrowia powódki wynika głównie z postępu choroby Raynauda, czego dowodzi chociażby wynik badania dopplerowskiego naczyń kończyn górnych z dnia 31.07.2006 (k. – 102 opinii).

Sąd I instancji w sposób przekonujący uzasadnił z jakich przyczyn nie dał wiary opinii biegłego B. I. w zakresie przyczynienia się pozwanego do obecnego stanu zdrowia powódki.

Sąd podkreślił, że wskazanym wnioskowi tego biegłego przeciwstawiają się wnioski i ustalenia kolejnych trzech biegłych sądowych: C. P. (k. – 257, 342-344), G. W. (k. – 525-527) oraz A. C. (k. – 574-576, 617-618), którzy w swoich opiniach odnosząc się do zarzutów powódki (k. – 266) jednoznacznie wskazali, że sam zabieg dokonany u powódki, jak i późniejszy proces leczniczy był przeprowadzony prawidłowo.

Sąd podkreślił nadto, że walorami wiarygodności opinii biegłego B. I. przeciwstawia się fakt, iż biegły ten jest specjalistą neurochirurgiem, a nie torakochirurgiem, a tą specjalnością niezbędną dla oceny prawidłowości zabiegu dokonanego u powódki legitymują się wskazani wyżej trzej biegli.

Biegli ci są praktykującymi torakochirurgami, posługują się bardzo często w leczeniu metodą wideotoraskopową, którą zastosowano przy operowaniu powódki.

Ta metoda operowania jest metodą bardzo nowoczesną, wprowadzoną do leczenia dopiero w latach dziewięćdziesiątych XX wieku i istnieje bardzo wysokie prawdopodobieństwo, że biegły B. I. ze względu na swój wiek (80 lat) nie wykorzystywał tej metody leczenia operacyjnego lub stosował ją w ograniczonym zakresie. Nadto biegły nie potrafił się ustosunkować do zarzutów pozwanego (k. – 116-117) odnoszących się do twierdzeń tego biegłego co do chociażby częściowego zawinięcia pozwanego w obecnym stanie zdrowia powódki. Pozwany zakwestionował, a biegły nie potrafił zarzutu tego obalić, że przy zastosowanej metodzie operacyjnej nie mogło dojść do tzw. pociągnięcia nerwów.

Sąd I instancji również, wbrew zarzutowi powódki wskazał w sposób przekonujący ustosunkował się do zaświadczenia lekarza W. G. z dnia 22 maja 2006 r. (k. – 11), w którym lekarz ten stwierdza, że przyczyną obecnych silnych bólów u powódki jest nieprawidłowo przeprowadzona operacja w szpitalu pozwanego.

Zasadnie wskazał Sąd I instancji, że nie kwestionuje dużego wkładu tego lekarza w leczenie powódki, iż jest on lekarzem w zakresie anestezjologii i leczenia bólu, nie ma natomiast wystarczających kwalifikacji dla oceny prawidłowości dokonanego zabiegu u pozwanego, tym bardziej, że przy wydaniu tego zaświadczenia nie dysponował całą niezbędną dokumentacją lekarską zgromadzoną w sprawie, a niezbędną do całościowej, obiektywnej oceny prawidłowości dokonanego zabiegu.

Nie jest również zasadny zarzut błędnego pod kątem logicznym wniosku, że z zebranego w sprawie materiału dowodowego nie wynika, jakoby objawy towarzyszące powódce po zabiegu, nie mają z nim bezpośredniego związku, a są skutkiem postępujących chorób Reynauda i Beurgera.

Przyczyną dla której wykonano u powódki zabieg sympatektomii metodą wideotoraskopową – metodą małoinwazyjną było schorzenie polegające na występowaniu zwężonych naczyń tętniczych kończyn i związane z tym upośledzenie ukrwienia kończyn, zwłaszcza obu górnych. Przeprowadzony zabieg przyniósł oczekiwany rezultat w postaci ocieplenia lewej kończyny górnej. Po zabiegu natomiast, ale nie w związku z nim wystąpiło u powódki nasilenie zespołu depresyjnego oraz kaudalgia lewej kończyny górnej niewspółmierna do przebytego, małoinwazyjnego leczenia. Operacja dotyczyła bowiem układu nerwowego współczulnego kończyny, a nie nerwów czuciowych i ruchowych, które nie przebiegają przez klatkę piersiową. Dodatkowo stwierdzono uogólnienie procesu chorobowego na wszystkie pozostałe kończyny oprócz operowanej.



Wskutek przebytego zabiegu nastąpiło ocieplenie kończyny górnej lewej, co było zamierzonym rezultatem operacji.

Powołani w sprawie biegli z zakresu torakochirurgii C. P., A. C. i G. W. w swoich opiniach potwierdzili, że zarówno kwalifikacja do zabiegu powódki, jak i samo przeprowadzenie zabiegu było prawidłowe.

Biegli stwierdzili również, że bezpośrednie badanie powódki przez nich po upływie niemal 9 lat od dokonania zabiegu nie ma żadnego znaczenia dla wyjaśnienia okoliczności sprawy. Po tak znacznym upływie czasu nie ma już bowiem żadnych możliwości uzyskania poprzez bezpośrednie badanie powódki dodatkowych informacji o prawidłowości przeprowadzonego zabiegu.

Wskazani wyżej biegli podkreślili również, że przyczyną nasilających się obecnie bóli u powódki są znaczne postępy chorób występujących u powódki, a mianowicie choroby Reynauda i Buergera na co wskazują wyniki badania dopplerowskiego naczyń kończyn górnych powódki z 31 lipca 2006 roku oraz wyniki badań USG z 2000 roku i z 2006 roku.

Wskazać należy również, że powoływany przez powódkę na poparcie swojego stanowiska procesowego biegły B. I. wskazał jako główną przyczynę obecnego bardzo złego stanu zdrowia postępującą chorobę Reynauda.

Reasumując, za Sądem I instancji, wskazać należy, że umowa o leczenie operacyjne, która łączyła strony jest umową starannego działania, a nie rezultatu. W związku z tym dla wykazania nienależytego wykonania zobowiązania przez leczącego (błędu lekarskiego), skutkującego rozstrojem zdrowia pacjenta, będącego jednocześnie czynem niedozwolonym, konieczne jest wykazanie niedołożenia przez leczącego należytej staranności podczas leczenia. Nawet okoliczność, że do wyleczenia pacjenta nie doszło, nie przesądza bowiem samo przez się o jego odpowiedzialności.

Powódka nie wykazała przesłanek niezbędnych do przyjęcia odpowiedzialności pozwanego.

W tej sytuacji Sąd Apelacyjny oddalił apelację powódki jako bezzasadną na podstawie art. 385 kpc.

Sąd Apelacyjny na podstawie art. 102 kpc nie obciążył powódki kosztami zastępstwa procesowego należnego pozwanej w postępowaniu apelacyjnym z tych samych przyczyn szeroko omawianych przez Sąd I instancji, których powielanie nie znajduje uzasadnienia.

O kosztach pomocy prawnej pełnomocnika z urzędu przyznanego powódce Sąd Apelacyjny orzekł na podstawie art. 16 ust. 2 i 3 oraz art. 29 ust. 3 ustawy z dnia 26 maja 1982 r. – Prawo o adwokaturze (Dz.U. z 2003 r. Nr 123 poz. 1058 ze zm.) w związku z § 2 i § 6 pkt 6 oraz § 13 ust. 1 i 2 i § 19 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (Dz.U. Nr 163 poz. 134 ze zm.).

Sąd jednocześnie nie znalazł uzasadnienia do uwzględnienia wniosku pełnomocnika z urzędu o przyznanie kosztów pomocy prawnej w podwójnej wysokości, gdyż obecny pełnomocnik wstąpił do sprawy w końcowym okresie postępowania w dniu 11 lutego 2011 roku (k. – 377), a tym jego rzeczywisty nakład pracy, podjęte czynności, jego wkład w przyczynienie się do wyjaśnienia i rozstrzygnięcia niniejszej sprawy nie uzasadnia przyznania wynagrodzenia w podwyższonej wysokości.

SSA W.Każmierska SSA E.Skotarczak SSA D. Rystał