

*Sygn. akt VI A Ca 451/13*

## WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

*Dnia 21 listopada 2013 r.*

*Sąd Apelacyjny w Warszawie VI Wydział Cywilny w składzie:*

*Przewodniczący - Sędzia SA – Urszula Wiercińska*

*Sędzia SA – Małgorzata Manowska (spr.)*

*Sędzia SO del. – Magdalena Sajur-Kordula*

*Protokolant: sekr. sądowy Katarzyna Kędzierska*

*po rozpoznaniu w dniu 21 listopada 2013r. w Warszawie*

*na rozprawie*

*sprawy z powództwa B. Z.*

*przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej - (...) w O. i (...) S.A. w W.*

*o odszkodowanie, zadośćuczynienie, rentę i ustalenie*

*na skutek apelacji powoda*

*od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie*

*z dnia 9 stycznia 2013 r., sygn. akt III C 1475/09*

**I. oddała apelację;**

**II. nie obciąża powoda obowiązkiem zwrotu na rzecz pozwanych kosztów postępowania apelacyjnego.**

Sygn. akt VI ACa 451/13

## UZASADNIENIE

Małoletni B. Z., reprezentowany przez przedstawicieli ustawowych - matkę E. Z. (1) i ojca A. Z. wniósł o zasądzenie na jego rzecz od pozwanego (...) Szpitala Specjalistycznego (...) w O. (poprzednio: Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej (...) w O.):

1. kwoty 100 000 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wytoczenia powództwa do dnia zapłaty tytułem odszkodowania;
2. kwoty 300 000 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wytoczenia powództwa do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia;
3. kwoty 1 500 zł miesięcznie tytułem renty odszkodowawczej;

4. ustalenia odpowiedzialności pozwanego wobec powoda na przyszłość, za skutki mogące ujawnić się w przyszłości, związane z uszkodzeniem ciała powoda i doznany uszkodzeniem na zdrowiu na skutek porodu w dniu 29 grudnia 2007 roku.

W odpowiedzi na pozew i niezmiennie w toku całego postępowania pozwany (...) Szpital Specjalistyczny (...) w O. wnosił o oddalenie powództwa w całości.

Postanowieniem z dnia 13 kwietnia 2010 roku Sąd Okręgowy wezwał do udziału w sprawie na mocy art. 194 § 1 k.p.c. w charakterze pozwanego (...) S.A. w W..

Pozwany (...) S.A. wnosił o oddalenie powództwa.

Sąd Okręgowy w Warszawie wyrokiem z dnia 9 stycznia 2013 roku oddalił powództwo.

Sąd I instancji ustalił, że w dniu 29 grudnia 2007 roku do (...) Szpitala Specjalistycznego (...) w O. przyjęto do porodu ciężarną E. Z. (1). Pacjentka została przebadana przez dra K. J., który zbadał pacjentkę, stwierdził u pacjentki podwyższone ciśnienie i zarekomendował ukończenie ciąży.

Przeprowadzony u pacjentki wywiad wskazywał na brak przebytych bądź współistniejących chorób. Pierwsza ciąża E. Z. (2) zakończyła się fizjologicznym porodem noworodka o masie 3750 g, przebieg ciąży i pierwszego porodu był niepowikłany. Aktualna ciąża była powikłana obrzękami, nadciśnieniem tętniczym i niedokrwistością, leczonymi farmakologicznie.

W dniu przyjęcia E. Z. (1) do szpitala stan ogólny ciężarnej był prawidłowy, a badania położnicze wykazały: prawidłowy brzuch, trzon macicy odpowiadający tygodniom ciąży, położenie płodu główkowe, ustawienie płodu lewe, ustaloną część przodującą skróconą część pochwową, rozwarcie 4 cm, zachowany pęcherz płodowy, brak akcji porodowej. Wymiary położnicze miednicy: międzykolcowy - 25 cm, międzygrzebieniowy - 27 cm, międzykrętarzowy 30 cm, sprężna zewnętrzna 23 cm. Ostatnie badanie ginekologiczne pacjentki przed jej przyjęciem do szpitala miało miejsce w dniu 3 grudnia 2007 roku. U E. Z. (1) w trakcie ciąży wykonano trzy badania USG. Badanie ultrasonograficzne z dnia 5 listopada 2007 roku, wykonane w 32 tygodniu ciąży wskazywało, iż szacowana masa płodu wynosi 1880 g, płyn owodniowy w normie, łożysko na ścianie tylnej, położenie główkowe. W czasie hospitalizacji pacjentki zakończonej porodem nie wykonywano już kolejnego badania USG. Z uwagi na występujące u pacjentki nadciśnienie tętnicze i obrzęki zdecydowano o wykonaniu testu oksytocynowego. O godz. 10:30 wykonano test OCT (oksytocynowy na wydolność łożyska). U E. Z. (3) wystąpiły obrzęki. Wynik testu był ujemny, nie stwierdzono zaburzeń tonów serca płodu. Ze względu na nadciśnienie tętnicze i obrzęki wykonano test oksytocynowy (OCT), który zakończono o godz. 12:45 z wynikiem negatywnym. Uzyskując w następstwie testu czynność skurczową co 3 - 5 min w dalszym ciągu pacjentkę stymulowano farmakologicznie oksytocyną. O godzinie 14:00 przy rozwarciu 6 - 7 cm przebito pęcherz płodowy - wody płodowe czyste. Pełne rozwarcie nastąpiło o godz. 17:20. I okres porodu trwał 5 godz. 25 min.

Po pojawieniu się główki powoda salowa E. Ś. wezwała na salę porodową dra P. W. (1), do którego następnie dołączył dr K. J.. O godzinie 17:30 urodziła się główka dziecka, a następnie doszło do zaklinowania się barków. Doszło wówczas do tzw. dystocji barkowej, tj. zakończenia postępu porodu po urodzeniu główki w rezultacie niecałkowicie dokończonego zwrotu barków.

Zapis KTG do końca porodu nie wykazywał zmian patologicznych. Dla obu odbierających poród lekarzy, jak i położnej E. Ś. był to pierwszy poród z komplikacjami w postaci dystocji barkowej.

Lekarze odbierający poród E. Z. (4) wykonali manewry rekomendowane przy powikłaniu jakim jest dystocja barkowa tj. zabieg McRoberts'a- zgięcie nóg w stawach biodrowych, uskoki na spojenie łonowe, nie uzyskując oczekiwanego rezultatu. Odśluzowano jamę ustną. Wezwano na salę porodową pozostałych członków zespołu lekarskiego. Następnie wykonano zabieg Rubina, uciskając ręką na tylną powierzchnię przedniego barku płodu, co doprowadziło do uwolnienia barku spod spojenia łonowego i urodzenia się dziecka o godzinie 17:40.

Dziecko po narodzinach ważyło 4700 g, mierzyło 62 cm, obwód główki wynosił 56 cm, a obwód klatki piersiowej 36 cm. Noworodek został oceniony według skali Apgar na 2, 6 i 8 punktów odpowiednio w 1, 3 i 5 minucie po porodzie. Wymagał resuscytacji oddechowej. Jak wykazało badanie lekarskie podczas porodu powód doznał uszkodzenia splotu barkowego lewego (porażenie okołoporodowe), co oznaczało niedowład wiotki kończyny górnej lewej. Po porodzie obserwowano kilkugodzinne zaburzenia oddychania, opadanie powieki, krwiaka podokostnowego okolicy ciemieniowej obustronnie oraz nadmierną liczbę płytek krwi. W trakcie pobytu stosowano rehabilitację - masaż obręczy barkowej i kończyny górnej, ćwiczenia napięcia mięśniowego i pozycję ułożeniową. Dziecko zostało wypisane do domu w dniu 11 stycznia 2008 roku w stanie dobrym, z zaleceniem dalszej rehabilitacji, kontroli w poradni ryzyka okołoporodowego i badania EMG.

Po 4 tygodniach od porodu powód został poddany 3 miesięcznej rehabilitacji w D., jednak bez efektu poprawy. W trzecim miesiącu życia powoda wykonano badanie elektromiograficzne EMG, które wykazało całkowite uszkodzenie lewego splotu barkowego. W dalszym etapie leczenia powód został zakwalifikowany do leczenia operacyjnego w klinice (...) w P., gdzie w okresie od 22 do 29 kwietnia 2008 roku został poddany leczeniu operacyjnemu, polegającym na wykonaniu zabiegu neurochirurgicznej rekonstrukcji splotu barkowego lewego z przeszczepami kablowymi obu nerwów łydkowych. Zabieg ten przywrócił czynność motoryczną kończyny górnej lewej powoda. Efektem ubocznym tego zabiegu są bardzo widoczne blizny pooperacyjne klatki piersiowej i obu kończyn dolnych w obrębie podudzi.

Na podstawie dopuszczonych dowodów z opinii biegłego Sąd Okręgowy ustalił także, że blizny pooperacyjne klatki piersiowej i obu kończyn dolnych u powoda pozostają w ścisłym związku przyczynowo - skutkowym z okołoporodowym porażeniem splotu barkowego lewego, którego rekonstrukcja wymagała rozległego, neurochirurgicznego zabiegu pooperacyjnego. Biegły ten ocenił łączny uszczerbek na zdrowiu powoda wyłącznie związany z oszpeceniem wyglądu spowodowanym bliznami pooperacyjnymi na 25% trwałego uszczerbku na zdrowiu. Blizny te są nie tylko defektem kosmetycznym, ale stanowią także zaburzenie funkcji organizmu powoda co wynika z ich charakteru przykurczu bliznowatego (w okresie wzrostu ograniczające stopniowo prawidłową ruchomość kończyn dolnych), który będzie nasilał się w sposób naturalny wraz ze wzrostem osobniczym powoda do minimum osiemnastego roku życia. Wymagane będą kolejne (etapowe) zabiegi operacyjne, uwalniające te przykurcze. Blizny po ich ostatecznej korekcji chirurgiczno-plastycznej będą w najlepszym przypadku stanowiły jedynie widoczne oszpecenie wyglądu bez zaburzenia funkcji.

Obrażenia powoda w postaci urazu splotu ramiennego lewego oraz związany z tym niedowład wiotki kończyny górnej lewej, były nie tylko skutkiem porodu, co wynikających w trakcie porodu komplikacji spowodowanych trudnościami w wydobyciu barków - dystocją barkową. Biegły ten ocenił całościowy uszczerbek na zdrowiu powoda w wysokości 50% trwałego uszczerbku na zdrowiu.

Poród przebiegał prawidłowo aż do momentu urodzenia barków noworodka. Poród przebiegał zgodnie z przyjętymi normami i ani przebieg ciąży ani przebieg porodu nie wskazywały na możliwość wystąpienia dystorsji barkowej.

Sąd Okręgowy wskazał także, że opinii biegłego z zakresu położnictwa i ginekologii Z. S. wynika, że prowadzenie porodu małoletniego B. Z. nie przebiegało prawidłowo ze wskazanych niżej przyczyn. Nie dokonano oceny wielkości płodu przy użyciu współczesnych metod tj. fotometrii ultrasonograficznej wskutek czego nie rozpoznano makrosomii płodu, która jest czynnikiem ryzyka wystąpienia dystocji barkowej. Nie dokonano wnikliwej analizy budowy miednicy która prawdopodobnie wskazywała zcieśnienie. Nie prowadzono ciągłego intensywnego nadzoru płodu przez monitorowani KTG, które jest obowiązujące przy stosowaniu oksytocyny w stymulacji czynności skurczowej macicy. Ponadto brak jest opisu wykonywanych zabiegów po wystąpieniu dystocji barkowej, a wymienione są one tylko z nazwy. Ponadto biegły uznał, że prowadzenie porodu siłami i drogami natury, wobec istniejącej jakkolwiek nierozpoznanej makrosomii płodu nie można uznać za prawidłowe z punktu widzenia zasad sztuki lekarskiej. Jednocześnie biegły uznał, że skład zespołu lekarskiego był prawidłowy.

Pozwani zakwestionowali w/w opinię biegłego z zakresu położnictwa i ginekologii Z. S. w całości i wnieśli o dopuszczenie dowodu z opinii instytutu naukowo - badawczego.

Sąd Okręgowy dopuścił dowód z opinii Kliniki (...) w B. na okoliczność, w której stwierdzono, że stwierdzone u małoletniego B. Z. uszkodzenie prawego spłotu barkowego pozostaje w bezpośrednim związku z porodem, jaki miał miejsce u pozwanego, ale nie wynikało to z ewentualnych nieprawidłowości okołoporodowych ze strony pracowników szpitala, których postępowanie zostało ocenione jako prawidłowe, a było następstwem wystąpienia nieprzewidywalnego powikłania porodu - dystocji barkowej związanego z tym zdarzeniem ryzyka.

Zdaniem Sądu Okręgowego druga wydana w sprawie opinii biegłego z zakresu położnictwa i ginekologii Z. S., mimo, iż stanowiła bardzo rozbudowaną i szczegółową analizę powikłań okołoporodowych, jakim uległ powód, zawierała także szereg sprzeczności. Najpierw biegły ten stwierdził, że najistotniejszym czynnikiem wystąpienia dystocji barkowej jest makrosomia płodu t.j. masa ciała noworodka przekraczająca 4000 g. W innym miejscu biegły wskazywał, że makrosomia płodu występuje przy masie płodu (...) 5000 g, a przy cukrzycy 4500 g. Nadto biegły na początku wskazywał, że przedporodowa ocena makrosomii płodu zarówno przy metodzie klinicznej i ultrasonograficznej jest obarczona wysokim, błędem wahającym się między 10, a 15 %, a nawet w skrajnie pesymistycznych analizach błąd metody pomiarów ultrasonograficznych płodu nie przekracza 20%. W innym miejscu biegły ten stwierdza, że ultrasonografia przedporodowa zwykle nie daje możliwości dokładnej oceny poprzecznego wymiaru barków, a błąd pomiaru masy płodu w trzecim trymestrze ciąży, szczególnie tuż przed porodem może sięgać nawet 20%. Dodatkowo biegły wskazując na nieprawidłowości w przebiegu porodu nie wskazuje standardów, do których odnosi się mówiąc o błędach lekarzy odbierających poród powoda. W miejscach, w których biegły czyni odniesienia do standardów należytej staranności lekarskiej, biegły ten wymienia rekomendacje (...). W ocenie Sądu Okręgowego dokonywanie oceny należytej staranności lekarzy przeprowadzających zabieg medyczny w Polsce według standardów amerykańskich jest zabiegiem nieuprawnionym i nie może stanowić podstawy orzeczenia o zasadności roszczeń zgłoszonych w pozwie.

Ponadto zdaniem Sądu I instancji wnioski opinii biegłego stały w sprzeczności z wnioskami z pozostałych przeprowadzonych w sprawie dowodów z opinii biegłych: opinią biegłego z zakresu położnictwa i ginekologii K. R. oraz opinią instytutu naukowo-badawczego - (...) Szpitala (...) w B. Kliniki (...). Wnioski te są sprzeczne także z zeznaniami świadków - lekarzy odbierających poród małoletniego B. Z. - dra K. J. oraz P. W. (1).

Zdaniem Sądu Okręgowego wskazana powyżej opinia biegłego Z. S., z uwagi na opisane wyżej sprzeczności nie zasługuje na danie jej wiary w całości i nie może być uznana za logiczną i przekonywującą. Z uwagi na powyższe Sąd I instancji pominął wnioski co do ocen postępowania lekarzy odbierających poród powoda, do jakich doszedł biegły w przedmiotowej opinii. Opinia ta miała charakter jedynie uzupełniający i stała się podstawą części ustaleń faktycznych Sądu Okręgowego w zakresie, w jakim stanowi naukowy wywód opisujący charakter powikłania okołoporodowego, jakim jest dystocja barkowa.

W ocenie Sądu I instancji opinia instytutu naukowo-badawczego przedstawiała najistotniejsze z punktu rozstrzygnięcia sprawy fakty, w sposób spójny, logiczny i rzeczowy. Sąd Okręgowy na podstawie tej opinii dokonał oceny wystąpienia u E. Z. (1) czynników ryzyka związanych z dystocją barkową; oceny prawidłowości działania lekarzy pozwanego szpitala w odniesieniu do obowiązujących w Polsce standardów należytej staranności, ustalił prawidłowość postępowania w czasie przyjęcia E. Z. (1) do szpitala oraz prawidłowość czynności podjętych przez lekarzy podczas przeprowadzenia porodu. Sąd I instancji zauważył, również, że opinia ta korespondowała z opinią K. R., zeznaniami świadków - lekarzy odbierających poród: dra K. J. oraz dra P. W. (1), a dodatkowo wpisywała się logicznie w całość zabranego w sprawie materiału dowodowego zaś zgłoszone przez powoda wątpliwości i zarzuty do opinii zostały szczegółowo wyjaśnione podczas rozprawy. Wobec tego Sąd Okręgowy oddalił wniosek strony powodowej o dopuszczenie dowodu z opinii innego instytutu naukowego.

Ponadto Sąd I instancji dał wiarę zeznaniom świadków K. J. i P. W. (1) t.j. lekarzy odbierających poród B. Z., uznając, że współgrają one z zebrany w sprawie materiałem dowodowym w całości oraz są rzeczowe i logiczne, w szczególności w kontekście opinii biegłych.

Zeznania świadek E. Ś. Sąd Okręgowy ocenił jako wiarygodne, ze względu na to, że znalazły one odzwierciedlenie w całości zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego. Niemniej jednak zauważył, że zeznania te okazały się nieprzydatne z punktu widzenia okoliczności istotnych dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy. Świadek stwierdziła, że poród powoda na początku przebiegał normalnie, co jednoznacznie wynika z wszystkich trzech opinii biegłych z zakresu ginekologii - położnictwa. Z uwagi na fakt, iż świadek zemdląła w trakcie porodu, nie pamiętała wielu istotnych dla sprawy okoliczności. W rezultacie zeznania świadek E. Ś. stały się podstawą ustaleń faktycznych jedynie co do tego, iż poród przebiegał bez zakłóceń do momentu pojawienia się główki powoda poza ciałem matki.

Z kolei z uwagi na wyjaśnienie faktów mających istotne znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy, w szczególności za pomocą dowodów z opinii, a także zeznań świadków, Sąd Okręgowy oddalił wnioski o dopuszczenie dowodu z przesłuchania A. Z. i E. Z. (1) w charakterze strony. Nadto jego zdaniem wnioski o przesłuchanie A. Z. i E. Z. (1) w charakterze strony zasługiwał na oddalenie także z uwagi na nieustalenie odpowiedzialności pozwanego, co sprawiło, że okoliczności związane z rozmiarem doznanej przez powoda szkody, krzywdy i cierpień oraz nakładami poczynionymi na jego rzecz, nie były faktami istotnymi dla rozstrzygnięcia sprawy, a zatem przeprowadzenie dowodu na tę okoliczność okazało się zbędne.

W ocenie Sądu Okręgowego w tak ustalonym stanie faktycznym powództwo nie zasługiwało na uwzględnienie. Istota niniejszego procesu w ocenie Sądu I instancji sprowadzała się do ustalenia dwóch zasadniczych kwestii. Po pierwsze, czy odebranie porodu siłami natury było prawidłowe z punktu widzenia zasad sztuki lekarskiej, czy też istniały wskazania do przeprowadzenia u matki powoda E. Z. (1) cesarskiego cięcia. Po drugie, czy obrażenia, jakich doznał powód są skutkiem porodu.

Sąd Okręgowy stwierdził, że w niniejszej sprawie dla powstania odpowiedzialności pozwanego konieczne jest powstanie łącznie następujących przesłanek: winy, w tym przypadku lekarza decydującego o porodzie a następnie odbierającego poród, szkody, jakiej miałby doznać powód wskutek działania lub zaniechania pozwanego, i w końcu istnienie normalnego (adekwatnego) związku przyczynowego pomiędzy winą a szkodą. Brak któregokolwiek z tych elementów skutkuje brakiem odpowiedzialności.

Z opinii wszystkich trzech biegłych z zakresu ginekologii i położnictwa wynikało, że u powoda doszło do wystąpienia komplikacji okołoporodowych, polegających na wystąpieniu tak zwanej dystocji barkowej. Biegły Z. S. bardzo precyzyjnie wskazał, że dystocja barkowa jest dość rzadkim, występującym raz na 1000 - 1200 porodów powikłaniem okołoporodowym, określanym jako sytuacja położnicza, w której w końcowej fazie porodu po urodzeniu się główki płodu dochodzi do zatrzymania postępu porodu. Mechanizm dystocji barkowej polega na zahamowaniu porodu po urodzeniu główki, gdy bark przedni opiera się o górny brzeg spojenia łonowego. W tej sytuacji barki nie mogą dokonać zwrotu do wymiaru poprzecznego lub skośnego wchodu i nie może dojść do ich adaptacji do wchodu miednicy. W konsekwencji tego oba barki pozostają ponad płaszczyznę wchodu miednicy.

Standardem postępowania w przypadku pojawienia się dystocji barkowej jest zastosowanie technik pomagających w uwolnieniu przedniego barku z zaklinowanej pozycji. Nie ma wyraźnych zaleceń, które techniki stosować najpierw. W tym zakresie wszystkie opinie biegłych były ze sobą spójne i uzupełniały się wzajemnie.

Sąd Okręgowy za opinią instytutu naukowo badawczego wskazał, że rozpoznanie dystocji barkowej powinno zawsze inicjować podjęcie energicznych działań położniczych, mających na celu uwolnienie przedniego barku płodu spod spojenia łonowego i niezwłoczne ukończenie porodu, bowiem przedłużenie się porodu w takiej sytuacji położniczej nieuchronnie prowadzi do ciężkiego niedotlenienia płodu, co może prowadzić nawet do śmierci dziecka. W zdecydowanej większości nie ma rekomendowanych algorytmów postępowania podejmowanego w przypadku wystąpienia dystocji barkowej, sugeruje się, aby jedną z pierwszych czynności terapeutycznych było wykonanie manewru McRoberts'a, który wiąże się z blisko 90% skutecznością. Zabieg ten polega na energicznym zgięciu kończyn dolnych w kierunku brzucha rodzącej i jednoczesnym odwiedzeniu tych kończyn, co umożliwia uwolnienie zaklinowanego barku i urodzenie noworodka.

Do innych działań terapeutycznych możliwych do zastosowania w przypadku wystąpienia dystocji barkowej i które z reguły są wykonywane dopiero w sytuacji nieskuteczności manewru McRoberts'a należą m.in.: manewr Woods'a i Rubina. Nie ma dowodów, że którykolwiek ze sposobów uwolnienia barków jest lepszy niż inne i powinien być preferowany czy stwarza mniejsze zagrożenie uszkodzenia splotu barkowego.

Strona powodowa opierała swoje roszczenia na zarzucie nieprawidłowości w postępowaniu lekarzy odbierających poród małego powoda B. Z., polegającym na niezakwalifikowaniu ciężarnej E. Z. (5) do porodu metodą cesarskiego cięcia, co zdaniem strony powodowej pozwoliłoby uniknąć komplikacji okołoporodowej w postaci dystocji barkowej.

Zdaniem Sądu Okręgowego ze wszystkich sporządzonych w sprawie opinii biegłych z zakresu ginekologii i położnictwa wynikało, że współczesna medycyna nie zna metod, które pozwoliłyby dokładnie przewidzieć wystąpienie dystocji barkowej. Lekarz sprawujący opiekę nad ciężarną powinien mieć świadomość czynników dystocji i zawsze być przygotowany na możliwość jej wystąpienia. Konwencjonalna ocena ryzyka pozwala przewidzieć jedynie około 16% przypadków dystocji barkowej, skutkującej istotną zachorowalnością noworodka. Zaproponowany w 2006 roku system predykcji dystocji barkowej oparty na wielu zmiennych wykazywał co prawda 50% efektywność przywidywania dystocji połączonej z uszkodzeniem splotu barkowego, ale w analizie statystycznej brano pod uwagę rzeczywistą masę urodzeniową noworodka, a nie szacowaną ultrasonograficznie masę płodu, której ocena wiąże się z możliwością dużego błędu.

Biegły Z. S. stwierdził wprost, że nie istnieją dokładne metody identyfikacji dystocji barkowej. Dystocją barkową określa się sytuację położniczą. W praktyce oznacza to, że dystocję barkową można rozpoznać dopiero w drugim okresie porodu, gdy po porodzie główki, barki nie dokonują rotacji i nie wstawią się w wymiar poprzeczny lub skośny płaszczyzny wschodu. Wystąpienia dystocji barkowej nie można przewidzieć. Skrócenie czasu pomiędzy urodzeniem główki a resztą ciała płodu ma duży wpływ na przeżywalność noworodków.

Według współczesnej wiedzy medycznej istnieje grupa określonych czynników, na podstawie których można jedynie z ograniczonym prawdopodobieństwem przewidzieć wystąpienie dystocji barkowej podczas porodu.

Sąd Okręgowy wskazał, że wszyscy biegli zgodnie zdefiniowali przedporodowe czynniki ryzyka dystocji barkowej, których wystąpienie może sugerować powikłania w czasie porodu. Wśród tych czynników wymienia się: przebytą w poprzednim porodzie dystocję barkową, przebyty poród dziecka z makrosomią, zwiększona masa ciała ciężarnej - BMI(...); 30 kg/m<sup>2</sup>, nadmierny przyrost masy ciała w ciąży (...) 20 kg, niski wzrost (...); 150 cm, zaawansowany wiek matki (...) 40 lat, nieprawidłowa budowa miednicy, duże mięśniaki macicy, cukrzyca GDM lub klasa, ciąża po terminie (...) 42 tygodni, wielorodność (...) 5 porodów, makrosomia płodu tj. przewidywana masa ciała płodu (...) 5000g, w cukrzycy 4500g. Wszyscy biegli wskazują, że wartość predycyjna wymienionych poza makrosomią płodu czynników jest mała. Uwzględnienie czynników ryzyka przewiduje jedynie 20% niepotrzebnych interwencji.

Biegli wskazali jednoznacznie, że najistotniejszym czynnikiem ryzyka w przypadku dystocji barkowej jest makrosomia płodu. Makrosomia płodu definiowana jest bardzo różnie - jako masa ciała powyżej 4000g, 4500 g lub 5000 g. Jak wskazali biegli, częstość dystocji barkowej rośnie progresywnie wraz ze wzrostem masy powyżej 4000 g większość skrajnie dużych płodów rodzi się bez problemów, a ponad 50% przypadków dystocji przypada na płody ważące mniej niż 4000g.

Zdaniem Sądu Okręgowego z powyższego wynika zatem, że sama nadmierna masa ciała płodu nie przesądza wystąpienia dystocji barkowej, ani nawet nie jest sama w sobie zaleceniem do wykonania cesarskiego cięcia. Ponadto przeszacowanie masy płodu może prowadzić do niepotrzebnego wykonania zabiegu cesarskiego cięcia. Jeżeli nie ma bezwzględnych przeciwwskazań do porodu drogami natury to każda pacjentka powinna rodzić drogami natury, bo jest to bezpieczniejsze i korzystniejsze dla samej pacjentki. Nadto dzieci z cięć cesarskich nie zawsze rodzą się zdrowe. Z punktu widzenia medycznego poród drogami natury powinien następować w każdym przypadku, w którym nie

ma bezwzględnych wskazań do interwencji chirurgicznej, jaką jest zabieg cesarskiego cięcia. W przypadku E. Z. (1) i porodu małoletniego B. takich wskazań zdaniem Sądu Okręgowego nie było.

Z kolei w ocenie Sądu I instancji zarzut strony powodowej odnośnie popełnienia przez personel pozwanego szpitala błędu medycznego w postaci nie przeprowadzenia badania USG płodu przed porodem, nie był trafny. Sąd Okręgowy stwierdził bowiem, że w tym przypadku szpital nie miał obowiązku przeprowadzenia badania ultrasonograficznego z chwilą przyjęcia pacjentki do szpitala. Sąd I instancji powołał się w tym zakresie na rekomendację (...) w zakresie opieki przedporodowej w ciąży o prawidłowym przebiegu, z których wynikało, że w terminie porodu badanie ultrasonograficzne, połączone z oceną masy ciała płodu jest jedynie zalecane i to dopiero po 40 tyg. ciąży. Podobnie do potrzeby przeprowadzenia badania ultrasonograficznego odnosi się „rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 roku w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem”, w którym w części „Zalecany zakres świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, wykonywanych u kobiet w okresie ciąży wraz z okresami ich przeprowadzenia”, stwierdza się, że badanie ultrasonograficzne powinno być wykonane po 40 tygodniu ciąży. Także zespół ekspertów (...) w swoich rekomendacjach dotyczących opieki okołoporodowej i prowadzeniu porodu (2009) nie wymieniał badania ultrasonograficznego jako niezbędnej czynności diagnostycznej w momencie hospitalizacji rodzącej.

Sąd Okręgowy zauważył, że zarówno biegli z zakresu ginekologii i położnictwa, jak również zeznający w sprawie świadkowie byli zgodni co do tego, że szacowanie masy ciała płodu w oparciu o badanie ultrasonograficzne wykonane tuż przed porodem obarczone jest dużym błędem, oscylującym pomiędzy 10 a 20 %. Jak wskazano w opinii instytutu naukowo badawczego, gdyby założyć, że obraz kliniczny nasuwał podejrzenie dużej masy ciała płodu, implikując wykonanie badania ultrasonograficznego, to trzeba pamiętać, że ultrasonograficzne szacowanie masy ciała płodu wykonywane w III trymestrze jest obarczone co najmniej 10 % marginesem błędu i cechuje się zaledwie 60% czułością wykrywania makrosomii płodu, definiowanej jako masa ciała > 4500g. W tym miejscu Sąd Okręgowy zauważył, że badanie ultrasonograficzne wykonane w 32 tygodniu ciąży E. Z. (1) wskazywało na masę ciała płodu wynoszącą 1880g, co z kolei mogło sugerować, że w terminie porodu masa ta osiągnie wartość ok. 3700g.

W tym kontekście Sąd I instancji wskazał również, iż w opinii instytutu naukowo badawczego biegli stwierdzili, że nawet zdiagnozowanie makrosomii płodu i wykonanie cesarskiego cięcia nie pozwala w sposób definitywny na uniknięcie porażenia splotu barkowego, bowiem występują także inne potencjalne przyczyny jego wystąpienia. Dla przykładu podać można wady anatomiczne macicy oraz płodu, nadmierne ciśnienie działające na splot barkowy w czasie rozwoju wewnątrzmacicznego lub nieprawidłowy rozwój splotu barkowego, nieprawidłowe ułożenie płodu, które przy działaniu endogennych sił mechanicznych, związanych z samoistną aktywnością skurczową macicy prowadzi do wpełnienia przedniego barku płodu pod spojenie łonowe. Wskazano także, że do uszkodzenia splotu barkowego może dojść po przeprowadzeniu atraumatycznego cięcia cesarskiego, wykonywanego nawet we wczesnej fazie porodu, co wyraźnie sugeruje wewnątrzmaciczny patomechanizm porażenia splotu barkowego. Co więcej pewna część przypadków uszkodzeń splotu barkowego może w ogóle nie mieć związku z dystocją barkową. Biegli wskazali jednoznacznie, że nie ma pewności, że elektywne wykonanie cięcia cesarskiego pozwoliłoby na pewno uniknąć porażenia splotu barkowego.

Zdaniem Sądu Okręgowego także zarzut błędu w postaci nieprowadzenia ciągłego intensywnego nadzoru płodu przez monitorowanie kardiograficzne nie zasługiwał na uwzględnienie. Z opinii instytutu wynikało, że tzw. badanie KTG nie ma w ogóle wpływu na przewidzenie wystąpienia dystocji barkowej. Nadto jak wskazali biegli w opinii instytutu naukowo badawczego w trakcie prowadzenia porodu stosowano dopuszczalny sposób nadzoru stanu płodu. Biegli stwierdzili co prawda, że z chwilą zastosowania farmakologicznej stymulacji porodu najwłaściwszą metodą byłoby ciągle monitorowanie kardiograficzne ale przyznali też, że w tym wypadku jego nie zastosowane nie miało żadnego wpływu ani związku z wystąpieniem dystocji barkowej.

Zdaniem Sądu I instancji postępowanie lekarzy przy przyjęciu E. Z. (1) do szpitala również było prawidłowe. Lekarze ci w oparciu o wyniki badań oraz wywiad z pacjentką zdecydowali o przeprowadzeniu porodu siłami natury. Dokonali także oceny miednicy pacjentki i wymiary te były prawidłowe. W ocenie Sądu Okręgowego z dokumentacji medycznej E. Z. (1) (wyniki badań ultrasonograficznych, karta informacyjna dotycząca poprzedniego porodu, karta położnicza) wynikało, że w momencie przyjęcia matki powoda do szpitala w związku z rozpoczynającym się porodem nie istniały żadne jasne i wyraźne podstawy do przyjęcia, że wykonanie cięcia cesarskiego jest koniecznością czy też że byłoby wówczas z jakichkolwiek przyczyn uzasadnione. Przyjmujący wówczas matkę powoda do porodu lekarze zdecydowali, iż ten odbędzie się drogami natury i decyzje te biegli ocenili jako właściwą i uzasadnioną. Za możliwością porodu drogami natury zdaniem biegłych przemawiały następujące przesłanki: prawidłowy stan płodu, prawidłowy stan rodzącej, prawidłowe wymiary miednicy, brak objawów dysproporcji płodowo - miednicowej, przebyty uprzednio poród drogami natury - bez powikłań, prawidłowy postęp porodu. Biegli wskazali także, że czynniki predykcyjne, rozpoznawanie, a także postępowanie i możliwości profilaktyki stanowią w dalszym ciągu przedmiot dyskusji i kontrowersji. Przed urodzeniem główki płodu dystocję barkową można jedynie podejrzewać. Nie ma więc żadnych zaleceń dotyczących wykonania tego badania przed porodem, jeśli nie zostały ujawnione czynniki ryzyka.

Zdaniem Sądu Okręgowego także sposób postępowania lekarzy już w trakcie odbierania porodu małoletniego B. Z. był prawidłowy i zgodny ze sztuką medyczną. Do momentu pojawienia się główki dziecka poród przebiegał prawidłowo. W opinii instytutu naukowo badawczego biegli podkreślili, że zastosowanie stymulacji skurczowej było usprawiedliwione faktem stwierdzenia podwyższonego ciśnienia tętniczego, które w sytuacji ciąży donoszonej stanowi uzasadnione zakończenie ciąży oraz, że stymulację aktywności skurczonej macicy podjęto w warunkach pełnej dojrzałości szyjki macicy, gwarantującej efektywność takiego działania.

W momencie wystąpienia dystocji barkowej lekarze przystąpili do natychmiastowego podjęcia czynności terapeutycznych, stosując manewr McRoberts'a. Po nieudanej próbie manewru McRoberts'a lekarze zastosowali zabieg Rubina, co doprowadziło do uwolnienia barku spod spojenia łonowego i urodzenie dziecka.

W świetle opinii biegłych, a w szczególności opinii instytutu naukowo badawczego Sąd Okręgowy uznał, że działanie to było prawidłowe i zgodne z zasadami sztuki medycznej.

Wykonanie manewru McRoberts'a jest zalecane w pierwszej kolejności, ze względu na jego 90% skuteczność. Z kolei zabieg Rubina znajduje się na liście rekomendowanych zabiegów terapeutycznych w przypadku wystąpienia dystocji barkowej. W ocenie każdego z biegłych zastosowanie tych manewrów przez odbierających poród lekarzy pozwanego było prawidłowe i zgodne z zasadami sztuki medycznej. Ponadto zdaniem Sądu Okręgowego skład zespołu odbierającego poród był prawidłowy, a fakt, że salowa asystująca przy porodzie zemdląła w jego trakcie, pozostawał bez wpływu na wynik rozstrzygnięcia niniejszej sprawy.

Sąd I instancji stwierdził również, że nie można z góry określić granicy pomiędzy normalną siłą trakcji za główkę płodu w trakcie porodu, a taką, która powoduje uszkodzenie splotu barkowego. Zarazem trudno jest wskazać na zbyt duże użycie siły jako czynnika odpowiedzialnego za porażenie splotu barkowego.

Zdaniem Sądu I instancji podjęcie czynności terapeutycznych wiąże się z ryzykiem uszkodzenia splotu barkowego i nawet dokładne przeprowadzenie każdego z zalecanych manewrów i uwolnienie zablokowanego barku nie daje gwarancji uniknięcia porażenia splotu barkowego. Z kolei zarówno z opinii biegłego K. R. jak i opinii instytutu naukowo badawczego (...) Szpitala (...) w B. Kliniki (...) wynikało jednoznacznie, że analiza całokształtu materiału dowodowego wskazuje, że postępowanie personelu medycznego pozwanego (...) Szpitala Specjalistycznego (...) w O., było prawidłowe i zgodne ze sztuką lekarską. Biegli przyjęli, że z dużym prawdopodobieństwem w przypadku powoda doszło do porażenia splotu barkowego w konsekwencji wystąpienia dystocji barkowej, mimo, że podejmowane czynności terapeutyczne wobec zaistniałego powikłania porodu były prowadzone prawidłowo. Sąd Okręgowy zauważył, że w podsumowaniu biegli stwierdzili z dużym prawdopodobieństwem, że stwierdzone u małoletniego B. Z. uszkodzenie prawego splotu barkowego pozostaje w bezpośrednim związku z porodem, jaki miał miejsce u pozwanego, ale nie wynikało to z ewentualnych nieprawidłowości okołoporodowych ze strony pracowników szpitala, których

postępowanie zostało ocenione prawidłowo a było następstwem wystąpienia nieprzewidywalnego powikłania porodu - dystocji barkowej.

Reasumując w ocenie Sądu Okręgowego postępowanie personelu medycznego pozwanego szpitala było prawidłowe, zgodne ze sztuką medyczną choć zakończone niepowodzeniem w postaci dystocji barkowej, które to niepowodzenie nie było związane z błędem lekarskim tylko istotą powikłania.

W związku z tym Sąd Okręgowy uznał, że nie można przypisać winy za działanie pozwanego, co wobec niespełnienia się przesłanki z art. 415 k.c. czyni powództwo nieuzasadnionym. Odnośnie istnienia związku przyczynowo skutkowego pomiędzy działaniem pozwanego a wystąpieniem szkody, Sąd I instancji wskazał, że to nie działanie pozwanego, a sam fakt wystąpienia dystocji barkowej spowodował wystąpienie u powoda szkody, z której wywodzone są roszczenia pozwu.

W konsekwencji Sąd Okręgowy uznał, że powództwo podlega oddaleniu.

Apelację od powyższego wyroku wniósł powód zaskarżając go w całości i domagając się jego zmiany poprzez uwzględnienie powództwa w całości, ewentualnie jego uchylenia i przekazania sprawy celem ponownego rozpoznania. Powód podniósł zarzuty naruszenia prawa procesowego t.j.:

1. art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 230 k.p.c., tu zw. z art. 328 § 2 k.p.c. poprzez ich nieprawidłowe zastosowanie, co wyraziło się w nieprawidłowej i jednocześnie nieuzasadnionej ocenie dowodów z przesłuchania świadków E. Ś., K. J., P. W. (1) i powzięcie błędnego ustalenia faktycznego co do prawidłowości postępowania personelu medycznego pozwanej przy porodzie powoda,

2. art. 278 § 1 k.p.c. w zw. z art. 285 § 1 k.p.c. w zw. z art. 286 k.p.c., w zw. z art. 290 k.p.c. w zw. z 233 § 1 k.p.c., poprzez ich niewłaściwe zastosowanie co wyraziło się w:

-.

- nieprawidłowej ocenie dowodów z opinii biegłych K. R., Z. S. oraz (...) Szpitala (...) w B.,
- braku wyjaśnienia wątpliwości stron co do opinii Z. S. oraz (...) Szpitala (...) w B., poprzez zaniechanie zarządzenie złożenia ustnych bądź pisemnych opinii uzupełniających,

3. art. 217 § 1 i 2 k.p.c., poprzez ich nieprawidłowe zastosowanie co wyraziło się w:

-.

- bezzasadnym oddaleniu wniosków powoda zawartych w piśmie procesowym z dnia 11 grudnia 2012 r. o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego sądowego,
- bezzasadnym oddaleniu bądź pominięciu dopuszczenia dowodu zgłoszonego UJ pozwie o przesłuchanie stron to jest E. Z. (1) i A. Z., na okoliczności wskazane IU pozwie,

Ponadto powód podniósł zarzut naruszenia przepisów prawa materialnego to jest art. 416 k.c., 444 § 1 i 2 k.c., 445 § 1 k.c., poprzez ich nieprawidłowe zastosowanie.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja nie ma uzasadnionych podstaw prawnych.

Sąd Apelacyjny podziela ustalenia i ocenę prawną dokonane przez Sąd Okręgowy, ustalenia te i ocenę prawną uznaje za własne.

Nie zasługuje na uwzględnienie także zarzut naruszenia przez Sąd I instancji art. 233 par. 1 k.p.c. Wbrew twierdzeniom apelacji z zeznań świadków K. J. i P. W. (2) nie wynika, że jedną z podstawowych czynności przy porodzie jest próba

oszacowania masy urodzeniowej dziecka, czego personel miał zaniechać. Świadkowie ci zeznali, że pomiarów miednicy rodzącej dokonuje się w izbie przyjęć, a świadek J. nie pamięta, czy analizował czworobok (...) u pacjentki przed porodem. Świadek ten wprawdzie przyznał, że nie interesował się wagą urodzeniową powoda, ale nie było wskazań medycznych do szczególnego poświęcenia uwagi tej kwestii.

Z zeznań natomiast E. Ś. wynika tyle, że poród przebiegał prawidłowo do chwili wystąpienia dystocji barkowej. Fakt natomiast, że świadek jako położna zemdląca w trakcie odbierania powoda pod wpływem emocji nie świadczy o popełnieniu błędów przez lekarzy. Emocje te bowiem nie zostały wywołane zdarzeniami, które doprowadziły do dystocji barkowej u małoletniego powoda, ale dopiero późniejszym przebiegiem akcji porodowej.

Nie są uzasadnione także zarzuty nieprawidłowej oceny dowodów z opinii biegłych, braku wyjaśnienia wątpliwości stron co do opinii biegłego Z. S. oraz (...) Szpitala (...) w B. przez zaniechanie zarządzenia złożenia ustnych bądź pisemnych opinii uzupełniających (naruszenie art. 278 par. 1 k.p.c. w związku z art. 285 par. 1 k.p.c. w związku z art. 286 k.p.c. w związku z art. 290 k.p.c. w związku z art. 233 par. 1 k.p.c.). Rozważania skarżącego w tym zakresie stanowią nieskuteczną polemikę ze szczegółowymi i wnikliwymi rozważaniami Sądu Okręgowego dotyczącymi oceny opinii biegłych i instytutu.

Przede wszystkim błędne jest twierdzenie apelującego, że opinia biegłego Z. S. jest precyzyjna, rzeczowa i zgodna z zasadami logicznego rozumowania. Jak prawidłowo wskazał Sąd I instancji opinia tego biegłego zawiera sprzeczności, zarówno wewnętrzne jak i z materiałem dowodowym w oparciu o który sporządzana była opinia, co ją eliminuje jako podstawę orzeczenia sądu. Biegły określił, że czynnikami zwiększającymi prawdopodobieństwo makrosomii są: otyłość, cukrzyca, późny wiek ciężarnej, ciąża przeterminowana. Żadne tego typu okoliczności nie wynikały z wywiadu przeprowadzonego z pacjentką przy przyjęciu do szpitala, a mimo to biegły jako błąd lekarzy poczytał brak wnikliwej oceny budowy miednicy, która prawdopodobnie – jak stwierdził biegły, wykazywała zacieśnienie w wymiarze przednio – tylnym – sprzężna zewnętrzna 18 cm. Biegły nie wyjaśnił w opinii, co oznacza wnikliwa ocena budowy miednicy i z czego wynika domniemanie o sprzężnej zewnętrznej 18 cm, w sytuacji, gdy z wymiarów położniczych ustalonych przy przyjęciu pacjentki do szpitala wynika, że sprzężna zewnętrzna wynosiła u E. Z. (1) 23 cm. Biegły Z. S. bezkrytycznie również podszedł do informacji o komplikacjach przy poprzednim porodzie E. Z. (1), chociaż pacjentka w wywiadzie nie podała takich informacji. Podawał również różne stopnie prawdopodobieństwa błędu w ocenie masy ciała dziecka na podstawie badań USG. Biegły również w odpowiedzi na pytanie o przebieg porodu B. Z. wskazał na brak nadzoru przy użyciu KTG, co nie wynika z dokumentacji medycznej oraz na brak opisu wykonywanych zabiegów po wystąpieniu dystocji barkowej przy ograniczeniu się do nazwy podjętych zabiegów, co z kolei nie może być poczytane jako błąd, gdyż właśnie specjalistyczne nazwy wykonanych zabiegów medycznych określają podejmowane w ich ramach czynności.

W tym stanie rzeczy słusznie Sąd Okręgowy pominął opinię biegłego Z. S. bez uzupełnienia tej opinii. Po pierwsze, nie chodziło o jej braki, a o wyraźne sprzeczności. Po drugie, zgodnie z art. 286 k.p.c. sąd może, ale nie jest zobligowany w każdym wypadku do odebrania od biegłego ustnego wyjaśnienia opinii złożonej na piśmie. Powód nie wnosił natomiast o przesłuchanie biegłego.

Odnosnie do zarzutów zawartych w piśmie z dnia 11 grudnia 2012 r. to, wbrew twierdzeniom apelacji wątpliwości przedstawione przez stronę powodową wyjaśnione zostały podczas obszernych wyjaśnień złożonych przez biegłego J. P. (2) na rozprawie w dniu 9 stycznia 2013 r. Nic nie stało na przeszkodzie, aby na tym posiedzeniu strona powodowa zadała dodatkowe pytania biegłemu. Na to posiedzenie jednak pełnomocnik powoda, powiadomiony o rozprawie w dniu 27 listopada 2012 r. (k. 660), nie stawił się, nie usprawiedliwił swojej nieobecności i nie wnosił o odroczenie rozprawy.

Sąd Okręgowy bardzo wnikliwie i trafnie ocenił opinię (...) Szpitala (...) w B.. Z opinii tej wynika, że u E. Z. (1) – matki powoda – nie zostały ujawnione w czasie wywiadu przeprowadzonego przy przyjęciu do szpitala żadne przesłanki uzasadniające podejrzenie makrosomii u dziecka, co byłoby wskazaniem do wykonania dodatkowego badania USG u ciężarnej. Na taką niekonieczność nie wskazywały również wymiary miednicy u E. Z. (1) ani waga dziecka stwierdzona w poprzednich (obowiązkowych) badaniach USG, która prognozowała zwykłą wagę końcową

powoda. Poród powoda nie przedłużał się również niestandardowo. Stąd nie było konieczności podejmowania przez lekarzy nadzorujących akcję porodową u E. Z. (1) takich dodatkowych środków ostrożności jak dodatkowe USG czy wnikliwa ocena tzw. czworoboku (...). Zdaniem biegłych pomiar ten nie miał istotnego znaczenia i dlatego nie został odnotowany. Czworobok ten tworzą na plecach ciężarnej kobiety zagłębienia na skórze pomiędzy następującymi punktami: poniżej wyrostka kolczystego L5, w pobliżu kołców biodrowych tylnych, na górnym wierzchołku bruzdy międzypośladowej. Asymetria tego czworoboku świadczy o ewentualnych wadach w budowie miednicy kobiety, które u E. Z. (4) nie występują.

Wbrew twierdzeniom apelacji, biegli nie są zobowiązani do wskazania literatury źródłowej, gdyż podstawą opinii jest wykształcenie, fachowość i doświadczenie zawodowe biegłych.

Wobec kompletności, spójności i logiczności opinii sporządzonej przez (...) Szpital (...) w B. zasadnie Sąd Okręgowy oddalił wniosek strony powodowej o dopuszczenie dowodu z opinii kolejnego instytutu. Jak to niejednokrotnie wskazywał Sąd Najwyższy, sam fakt, że opinia biegłego jest niekorzystna dla strony nie uzasadnia dopuszczenia dowodu z opinii innego biegłego, gdyż taka decyzja procesowa wynikać musi z okoliczności sprawy (np. wyrok z 15 listopada 2001 r., II UKN 604/00, z 10 stycznia 2001 r., II CKN 639/99).

Odnośnie do oddalenia wniosku o przesłuchanie rodziców powoda, to decyzja procesowa Sądu I instancji była zasadna. Dowód ten zgłoszony został na okoliczność rozmiaru doznanej przez powoda szkody i krzywdy jak i cierpień, a nadto nakładów poczynionych na niego przez jego rodziców. Skoro jednak Sąd Okręgowy uznał, że pozwani w ogóle nie ponoszą odpowiedzialność za negatywne skutki jakich doznał powód po wystąpieniu dystocji barkowej, to zbędne stało się przeprowadzanie postępowania dowodowego na okoliczność rozmiaru i charakteru tych skutków. Rodzice powoda nie mogli również wnieść żadnych istotnych informacji przydatnych do rozstrzygnięcia kwestii zasady odpowiedzialności pozwanych (a przynajmniej twierdzeń takich nie powoływano). Nie był bowiem sporny pomiędzy stronami przebieg pobytu E. Z. (1) w szpitalu i rodzaje podejmowanych czynności medycznych. Sporna natomiast była ich ocena pod względem celowości i prawidłowości.

Na zakończenie stwierdzić wypada, że nie w każdym przypadku, gdy zabiegi medyczne nie odnoszą pożądanego skutku lub niosą ze sobą negatywne skutki, odpowiedzialność za ten stan rzeczy ponoszą lekarze. Pomiedzy działalnością lekarza a negatywnymi skutkami doznanymi przez pacjenta musi zachodzić adekwatny związek przyczynowy, którego w sprawie niniejszej brak. Dystocja barkowa jakiej doznał B. Z. była wynikiem nieszczęśliwego zbiegu okoliczności, nie zaś niedbalstwa lekarzy, którzy swoją postawą i zdecydowanymi działaniami uratowali życie dziecka.

Mając na uwadze przedstawione wyżej okoliczności Sąd Apelacyjny na podstawie art. 385 k.p.c. orzekł jak na wstępie.

O kosztach postępowania apelacyjnego orzeczono na podstawie art. 102 k.p.c. gdyż małoletni nie ma własnego majątku i został zwolniony od obowiązku ponoszenia kosztów sądowych. Również sytuacja materialna rodziców powoda nie jest dobra, tym bardziej, że muszą oni wydatkować spore kwoty związane z rehabilitacją syna.