

Sygn. akt: I C 204/14

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 21 czerwca 2016 roku

Sąd Okręgowy w Gliwicach I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSO Tadeusz Trojanowski
Protokolant:	starszy protokolant sądowy Anna Szpręgiel

po rozpoznaniu w dniu 14 czerwca 2016 roku w Gliwicach

sprawy z powództwa M. M. (1)

przeciwko W. C. oraz (...) w G.

przy udziale interwenienta (...) w W.

o zapłatę i o rentę

1. oddała powództwo;
2. odstępuje od obciążenia powódki kosztami postępowania.

SSO Tadeusz Trojanowski

I C 204/14

UZASADNIENIE

Powódka wnosila o zasądzenie solidarnie od pozwanych kwoty 200.000 zł tytułem zadośćuczynienia z ustawowymi odsetkami od dnia 22.07.2014 r., kwoty 45.000 zł tytułem odszkodowania za utracony zarobek, kwoty 40.610 zł z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu tytułem enumeratywnie wskazanych wydatków, o zasądzenie renty w kwocie po 1000 zł miesięcznie i o zasądzenie kosztów procesu. Powódka podała, że na pieszej wędrówce w górach poczuła ból w nodze, niezwłocznie po powrocie podjęła leczenie w placówce pozwanej spółki i była pod opieką pozwanego lekarza W. C.. Leczenie nie przynosiło efektu. Po zastrzykach nie było poprawy. Powódka udała się do kliniki w Ż.. Powódce zalecono zrobienie rezonansu magnetycznego. Podczas kolejnej konsultacji powódce zalecono wizytę u chirurga naczyniowego. Powódka zgłosiła się do dr T. U. (1) i nadal jest jego pacjentką. Tomograf komputerowy wykazał niedrożny dystalny odcinek tętnicy powierzchownej uda oraz tętnicy podkolanowej. W listopadzie 2011 roku u powódki pojawiło się owrzodzenie troficzne na skutek krytycznego niedokrwienia kończyny dolnej. W dniu 27.12.2011 roku powódka została poddana operacji. Po operacji noga nie chciała się goić i powódka była poddawana oczyszczeniom ran w lutym 2012 r i maju 2012 r. W sierpniu 2012 r. w szpitalu (...) podjęto próby przetkania tętnicy i częściowo to się udało, z trzech tętnic udało się udrożnić jedną i dzięki temu powódka ma jeszcze nogę.

W odpowiedzi na pozew (k.330) pozwany lekarz W. C. wniósł o oddalenie powództwa i o zasądzenie kosztów. Podał, że roszczenia powódki pozbawione są podstaw, zarówno co do zasady jak i wysokości. Pozwany nie ponosi odpowiedzialności za błąd w sztuce medycznej, albowiem jego zachowanie nie było obiektywnie sprzeczne z żadną z obowiązujących zasad postępowania medycznego, nie stanowiło naruszenia zasad wiedzy i praktyki medycznej. Pozwany nie popełnił błędu w rozpoznaniu ani błędu w wyborze metody leczenia. Pozwany wskazał na treść skierowania od lekarza rodzinnego i podał że o urazie podczas pieszej wycieczki w górach dowiedział się z pozwu; powołał się na zapis w swojej kartotece i wskazał na rozpoznanie tam zapisane. Opisał na co skarżyła się powódka, jakie badania przeprowadzał i jakie leczenie zaordynował. Podał, że skierował powódkę na badanie przepływów żylnych a potem na badanie przewodnictwa nerwowego, zalecił również wykonanie badań laboratoryjnych. Ostatecznie pozwany uznał, że jedynym sposobem rozpoznania dolegliwości jest rozszerzenie kierunku konsultacji o konsultację naczyniową i ortopedyczną oraz wykonanie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego wzmocnionego kontrastem. Z powodu bardzo długiego okresu oczekiwania na te wyniki w ramach NFZ pozwany zasugerował by badanie to wykonała prywatnie, najlepiej w klinice ortopedycznej w Ż.. O dalszych losach swojej pacjentki pozwany dowiedział się z pozwu.

Pozwana Spółka (...) w G. w odpowiedzi na pozew wniosła o oddalenie powództwa i o zasądzenie kosztów procesu(k.367). Podała, że nie legitymacji biernej wobec treści art.33 ustawy o działalności leczniczej i fakty że pozwany lekarz nie prowadzi działalności leczniczej wyłącznie w przedsiębiorstwie pozwanej. Podała także że brakuje pierwszej przesłanki z art.430 kc gdyż między pozwanymi nie było relacji kierownictwa i podporządkowania. Ponadto nie wykazano istnienia szkody, czynności pozwanego lekarza były zgodne z wzorcem skonstruowanym w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Powódka nie wykazała także ani nie uprawdopodobniła że dolegliwości opisane w pozwie stanowią normalne i typowe następstwo zachowania pozwanego lekarza. Zdaniem pozwanej z materiałów dołączonych do pozwu wynika jednoznacznie że przyczyną powstania u powódki zakażenia w dniu 23.02.2012 r. były powikłania powstałe wskutek operacji. Pozwana zakwestionowała także poszczególne żądania zarówno co do zasady jak i co do wysokości, podnosząc iż istnieją one w zupełnym oderwaniu zarówno od działań pozwanego lekarza jak i samej szkody poniesionej przez powódkę.

Interwenant uboczny: (...) w W. przystępując do sprawy po stronie pozwanej (k.673) wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów popierając stanowisko pozwanej spółki. Podał, że personel medyczny pozwanej spółki nie dopuścił się względem powódki błędu medycznego lub zaniedbania skutkującego rozstrojem zdrowia i uszczerbkiem na zdrowiu. Z ostrożności procesowej wskazał że roszczenia powódki są rażąco wygórowane, podając że nie zostały wykazane przesłanki działalności odszkodowawczej.

Sąd ustalił co następuje.

M. M. (1) na przełomie marca i kwietnia 2010 roku podczas wycieczki Gorskiej ogólnie dostępnym szlakiem dla niezaawansowanych turystów poślizgnęła się na nierównej powierzchni drogi doznając kontuzji polegającej na silnym bólu łydki prawej tuż poniżej kolana i wylewu podskórnemu krwi objawiającego się „siniakiem” w tej okolicy. Wycieczkę tę odbywała w wysokim obuwiu turystycznym sięgającym powyżej kostek. Nie kontynuowała już dalej wycieczki, samodzielnie wróciła do samochodu. Po powrocie do domu zastosowała zimne okłady na kontuzjowaną okolicę. Zaniepokojona krwakiem zgłosiła się po skierowanie do lekarza rodzinnego w Szpitalu (...) (k.695).

Z tym skierowaniem udała się do Poradni Chirurgicznej (...), gdzie wyznaczono jej termin przyjęcia na 30.04.2010 r. W chwili zgłoszenia się do poradni w wyznaczonym terminie ustąpił już całkowicie siniak łydki, utrzymywała się natomiast bolesność tej okolicy. W poradni chirurgicznej została przyjęta przez lek. W. C., który poinformował ją, że doszło do zerwania mięśnia łydki.

Pozwany prowadził w kartotece zapis historii choroby M. M. (1) -odpis komputerowy k.1206-zawierający daty, stan łydki, zaordynowanie zastrzyku i skierowania na badania. Powódka pierwszy raz zgłosiła się do pozwanej Spółki dnia 18.06.2007 r. – 3 lata przed wypadkiem-i została przyjęta przez specjalistę chirurga lek.med. W. C.. Lekarz W. C. rozpoznał chorobę, która wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych(ICD-10)

oznaczona jest kodem M65(zapalenie błony maziowej i pochewki ścięgna) i przepisał lek homeopatyczny Zeel T. Kolejna odnotowana wizyta odbyła się w dniu 26.06.2007 a następne dopiero po trzech latach- po przedmiotowym zdarzeniu w górach.

Kolejne wizyty były spowodowane chorobą, którą lekarz zakwalifikował do grupy chorób oznaczonych kodem M-65 wg ICD-10, jedynie podczas ostatniej wizyty dnia 19.05.2011 omyłkowo wpisał kod M70(choroby tkanej miękkich związanych z używaniem, przeciążeniem i uciskiem).Pozwany stosował u powódki leki przeciwzapalne i przeciwbólowe poczynając od leku homeopatycznego, poprzez popularne niesteroidowe leki przeciwzapalne, na leku o silnym działaniu przeciwzapalnym kończąc(DepoMedrol).Leki te stosowano zarówno w formie wstrzyknięć w okolicę chorej łydki prawej nogi jak i w formie tabletek zażywanych doustnie. W wyniku tego leczenia nie uzyskano poprawy.

Historia choroby powódki w czasie leczenia u pozwanego jest następująca(dokładne nazwy leków /zastrzyków i dawkowanie: k1206):

30.04 2010 od miesiąca [tu rozbieżność :k.21 oraz 1206, o której niżej] ból łydki prawej i drętwienia stopy prawej. Fizykalnie –tkliwość mięśnia brzuchatego łydki w punktach spustowych

12.05.2010

Brak wyraźnej poprawy.

27.05.2010

Znaczna poprawa

11.06.2010

- tylko zapis o zastrzyku i lekach

24.06.2010

Brak poprawy. Nadal pobolewania łydki prawej.

5.06.2010

Brak poprawy. Skierowałem na badania przepływów

16.07.2010

- termin wykonania przepływów

28.07.2010

Przeływy badanie 18.08.2010

24.08.2010

Przeływy -18.08.2010- (...) ul.(...) b.z.

7.09.2010

Brak wyraźnej poprawy. Skierowanie do Poradni (...).

28.09.2010

- tylko zapis o zastrzyku i lekach

13.10.2010

Po podaniu(zastrzyku)poprawa

27.10.2010

Nadal bóle łydki prawej

15.12.2010

Nieznacznie mniejsze bóle i jedynie punkt spustowy w obrębie głowy mięśnia brzuchatego łydki lewej.

24.02.2011

Brak poprawy. Nadal bóle łydki prawej .Skierowanie na EMG(poprawne mięśnie) ud i podudzia.

12.04.2011

Brak wyraźnej poprawy. Przewodnictwo nerwowe w granicach normy

4.05.2011

Krótkotrwała poprawa po podaniu Depo-Medrolu

19.05.2011

-tylko zapis o zastrzyku.

Praktycznie przy każdej wizycie pozwany lekarz wykonywał zastrzyki. Jak wynika z powyższego zestawienia pozwany wobec braku zadawalających efektów leczniczych poświęcił powódce wyjątkowo dużo czasu i uwagi.

Pozwany wystawił powódce skierowanie na szereg badań. Skierował ją w dniu 11.03.2011r. na badanie przewodnictwa w kończynie dolnej prawej do pracowni elektromiografii. Na zlecenie pozwanego lekarza na podstawie skierowania lekarza rodzinnego wykonano badania laboratoryjne: białka ostrej fazy (CRP), badania poziomu kwasu moczowego oraz badania ewentualnie wskazującego na chorobę reumatyczną. Następnie pozwany lekarz zalecił konsultacje naczyniową i ortopedyczną oraz wykonanie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego wzmocnionego kontrastem, wskazując na specjalistę w tej dziedzinie, który mógłby te badania wykonać.

Badanie przepływów naczyń żylnych i tętniczych kończyny dolnej Doppler KKD zostało wykonane. Przeprowadzono je w dniu 18.08.2010 r.(k.380) a wyniki pozwany lekarz otrzymał w dniu 24.08.2010 r.

W ostatnich miesiącach 2010 roku zgłosiła się do ZOZ M. w G. gdzie lekarz wykonał jej badanie USG prawej łydki, nie stwierdził zmian pourazowych i zalecił wykonanie przewodnictwa nerwowego w prawej kończynie dolnej. W związku z tym powódka zgłosiła się do pozwanego lekarza, aby wydał jej skierowanie na to badanie. Badanie to wykonano w marcu 2011 r. w szpitalu (...) w R.(k.28-29). Nie wykazało ono zaburzeń przewodnictwa nerwowego.

Ponieważ dolegliwości bólowe nie ustępowały w wyniku stosowanego przez pozwanego lekarza leczenia, powódka za poradą pozwanego lekarza i namową rodziny zgłosiła się do innego lekarza .

Lekarz rodzinny K. P. wystawiła powódce skierowanie do poradni leczenia bólu. W kartotece zapisała w dniu 12.05.2011 r.:” T 93(czyli następstwa urazu kończyny dolnej-k.1005) Por. leczenia bólu przewlekłego st.po urazie mm łydki pr.” -czyli stan po urazie mięśni łydki prawej (k.1005).

W dniu 10.06 2011 r. zgłosiła się do (...) w Ż.. Powódka zgłosiła się z niecharakterystycznymi bólami nogi, zgłaszała brak poprawy po leczeniu u pozwanego, przewlekłe dolegliwości bólowe. Mówiła, że półtora roku wcześniej doznała

urazu nogi podczas wspinaczki górskiej, że coś strzeliło w łydce. W dokumentacji dr K. zapisał wszystko co znaczące: ból, obrzęk, skurcze i uraz. Nie było objawów niedokrwienych kończyny (k1032). Specjalista ortopedii i traumatologii narządu ruchu lek. I. K. zlecił wykonanie badania rezonansu magnetycznego podudzia prawego(k.31). W badaniu tym stwierdzono jedynie nieco mniejszą objętość głowy bocznej mięśnia brzuchatego łydki(k.33). Po wykonaniu tego badania , dr K. nie znalazł przyczyny bólu, nie postawił diagnozy a powódka została skierowana do chirurga naczyniowego (k.34).

W lipcu 2011 r. został przyjęta przez doc. T. U. (1) -w Poradni (...) w K. PHU (...) dwa- który prowadził dalsze specjalistyczne leczenie powódki. Pierwszy wpis jest z daty 7.07.2016 r. Z wyrysowanego schematu wynika, że

stwierdzano tętno w punktach typowych dla tego badania na całej długości lewej nogi natomiast nie było ono wyczuwalne na prawej nodze z wyjątkiem jedynie prawej pachwiny.

Nie było wtedy zagrożenia amputacją więc zaczęto leczenie zachowawcze.(T. U. k.1006). Objawy chromania toku leczenia u dr T. U. cofały się. Było zaostrenie dolegliwości w innym zakresie (T. U. k.1008)

Dr T. U. (1) prowadził dokumentację, z której wynika że w dniu 7.07.2011 stwierdzono: niedrożność tętnicy podkolanowej prawej po urazie przed dwoma laty, obecnie bóle o charakterze chromania 10 metrów/k.38/.Na kolejnej karcie graficznie odwzorowano tętno(k.39):brak na tętnicy podkolanowej i stopy prawej ,ponowiono poprzednie rozpoznanie, wnioski o tomografię /do ANGCT/ , opisano zaordynowane leki: akard, polifilina ,zaldiar. Kolejny zapis jest z dnia 18.08.2011 r./k.40/:chromanie 20 metrów, bez bólów stałych, stopa prawa ciepła niebolesna, tętno tylko w pachwinie, ANGCT na podudziu tylko ślad kontrastowania, tętnica udowa powierzchowna.K.41:leczenie zachowawcze, akard, polifilina..Zapis z 9.11.2011 jest następujący: bóle w obrębie podudzia prawego ,chromanie 40 metrów, tętno tylko w pachwinie;leki: akard,veseldue,detralex,polfilina;elewacja kończyny, chodzenie(czyli rehabilitacja ruchowa jak wyjaśnił świadek(k.1007; 00:43:26)

(dalszy zapis z 31.01.2012 jako dokonany już po operacji strony zgodnie uznały za nieistotny-vide k.1007; 00:42:40).

Powódkę skierowano do badania tomografii komputerowej naczyń krwionośnych kończyn dolnych tzw. angiografii TK. Badanie to wykonano 12.07.2011 r.(k.37).Wykazało ono niedrożny dystalny odcinek tętnicy powierzchownej uda po stronie prawej oraz tętnicy podkolanowej. Niedrożność ta rozpoczyna się ok. 15,5 cm powyżej szpary stawu kolanowego. Naczynia podudzia zakontrastowały się, przy czym dobrze widoczna jest jedynie tętnica strzałkowa. W obrębie naczyń kończyny dolnej lewej zmian patologicznych nie uwidoczniiono. Do grudnia 2011 roku powódka była leczona zachowawczo w Poradni (...)

W dniach od 20 do 23 grudnia 2011 roku powódka była hospitalizowana w Oddziale (...) w K. -O. (k.71).Wykonano wówczas arteriografię tętnic kończyn dolnych, ultrasonografię z podwójnym obrazowaniem układu żylnego kończyn dolnych(CDD) oraz konsultację kardiologiczną(k.443-451).Rozpoznano krytyczne niedokrwienie kończyny dolnej prawej oraz owrzodzenie podudzia prawego i zalecono ponowne zgłoszenie się do kliniki w dniu 25 grudnia 2011 r. celem leczenia operacyjnego.

W dniach od 25 grudnia 2011 r. do 4 stycznia 2012 r. powódka była ponownie hospitalizowana w Oddziale (...) w K. -O. (k.478-484).

Dnia 27 grudnia 2011 r. wykonano pomostowanie udowo-podkolanowe po stronie prawej z użyciem żyły własnej. Przebieg pooperacyjny powikłany był wystąpieniem krwiaka uda prawego wymagającego ewakuacji. W karcie wypisowej wskazano :krytyczne niedokrwienie i bóle stałe.

Ponownie pacjentka została przyjęta do tego oddziału 14 lutego 2012 r. z powodu zakażenia rany pooperacyjnej (k.459).Zastosowano usunięcie tkanek martwiczych i opracowanie rany, została wypisana do dalszego leczenia ambulatoryjnego dnia 23 lutego 2012 r.

Kolejne hospitalizacje w maju 2012 r. zarówno w Oddziale (...) w S. spowodowane były trudno gojącymi się, zakażonymi ranami prawej kończyny dolnej wymagającymi zarówno postępowania chirurgicznego (wycięcie tkanek martwiczych oraz przeszczepu skóry) jak i leczenia w komorze hiperbarycznej. W latach 2012, 2013 i 2014 powódka wielokrotnie była leczona w (...) z powodu niedokrwienia prawej kończyny dolnej. Koniecznym było powtarzanie zabiegów wewnątrz naczyniowych z zamiarem udrożnienia tętnicy powierzchownej uda prawego i podkolanowej prawej. Zabiegi te pozwoliły na utrzymanie krążenia krwi w kończynie i uchroniły pacjentkę przed amputacją kończyny.

Ze względu na brak czucia w prawej nodze powódka porusza się za pomocą kul, bez których mogłaby upaść; podaje dystans chromania przestankowego ok. 40 metrów.

Do zmian niedokrwiennych prawej kończyny dolnej doszło w wyniku powikłań kontuzji doznanej podczas wycieczki górskiej. W następstwie niekorzystnego ułożenia kończyny i długotrwałego marszu podczas marszu doszło do przeciążeniowego uszkodzenia tkanek miękkich prawej голени objawiającego się nagłym bólem i wylewem krwi w tej okolicy ciała. Doszło do naderwania mięśnia brzuchatego łydki. W wyniku tego urazu doszło do uszkodzenia okolicznych naczyń krwionośnych, w obrębie których w wyniku prawidłowej naprawczej odpowiedzi na uszkodzenie ściany tętnicy mogło dojść do przerastania jej błony wewnętrznej. Mechanizm ten porównywany może być do normalnego gojenia się rany, jednak w pewnych okolicznościach proces ten ulega zaburzeniu i dochodzi do nieprawidłowego-nadmiernego rozrostu błony wewnętrznej naczynia zwanego hiperplazją naczyniową lub rozrostem włóknisto-mięśniowym. Ten mechanizm w ocenie Sądu- był przyczyną wystąpienia niedrożności tętnicy u powódki

Za wystąpieniem takiego procesu przemawia konieczność częstych ponownych interwencji wewnątrz naczyniowych stosowanych u powódki w przebiegu leczenia zabiegowego niedrożności układu tętniczego kończyny dolnej prawej, jako że wg piśmiennictwa główną przyczyną niepowodzeń przeszczepów naczyniowych między drugim a 24 miesiącem od operacji jest przede wszystkim rozrost komórek mięśniowych błony wewnętrznej i środkowej tętnicy w okolicy zespolenia czyli hiperplazja naczyniowa.

Biegli podali, że z dużym prawdopodobieństwem (k.1115) można stwierdzić, że podczas pierwszej wizyty powódki u pozwanego lekarza - i następnych- nie było jeszcze objawów niedokrwienia kończyny, względnie były one niewielkie a wywiad przemawiał raczej za przyjętym wówczas rozpoznaniem. Nie było więc zasadnych podstaw do rozszerzenia diagnostyki. Przemawia za tym także fakt, że badania przeprowadzone przez innych lekarzy, jedno w ostatnich miesiącach 2010 r. w ZOZ M. w G. oraz w czerwcu 2011 roku w (...) w Ż. nie dały podstaw badającym lekarzom na rozpoznanie zmian niedokrwiennych kończyny i również nie doprowadziło do rozszerzenia diagnostyki.

Dopiero po wykluczeniu innych schorzeń skierowano pacjentkę do konsultacji chirurga naczyniowego. Do grudnia 2011 r. powódka była leczona zachowawczo poradni (...) i dopiero od 20 grudnia 2011 r. została przyjęta do Oddziału (...) w K. -O..

Świadczy to jednoznacznie, że nie było ostrego niedokrwienia kończyny co zgodnie z jego definicją oznacza nagłe, całkowite lub prawie całkowite wstrzymanie dopływu krwi do tkanek poniżej poziomu gwarantującego zachowanie ich podstawowych funkcji u chorego pozostającego w stanie spoczynku. Istotnym jest także fakt, że rozpoznanie postawione w Oddziale (...) mówi jedynie o krytycznym niedokrwieniu kończyny dolnej prawej nie określając jego przyczyny, dopiero w późniejszych rozpoznaniach wymienia się przebyty uraz nie określając jednoznacznie czy jest on przyczyną zmian w obrębie tętnic.

Biegli rozróżnili i opisali stany ostrego niedokrwienia kończyny oraz przewlekłego niedokrwienia kończyny a także ich objawy i możliwości dokonania rozpoznania stwierdzili, że przewlekłe niedokrwienie kończyny-występujące u powódki- szczególnie we wczesnym okresie nie daje charakterystycznych objawów. Skoro najczęstszą przyczyną przewlekłego niedokrwienia kończyn jest miażdżycza -której nie ma u powódki- a tylko dwa procent przypadków niedokrwienia kończyn dolnych spowodowane jest innymi, rzadszymi chorobami, których rozpoznanie często wymaga

wiedzy wysoce specjalistycznej, to może to stwarzać problemy dla lekarzy mniej doświadczonych w zakresie chorób naczyń krwionośnych. Wnioski z opinii pisemnej Sąd w pełni podziela.

Powódka zakwestionowała pisemną opinie biegłych, powołując się na zdania w opinii iż wpisy w kartotekach są nieczytelne o wniosła o wezwanie biegłych na rozprawę w celu zadawania pytań. Zarzuty ze zdania pierwszego pisma z 30.11.2005 odnoszą się przez spójnik „albowiem” właśnie do nieczytelnych zapisów(k.1137).Sąd uzupełnił braki w zakresie czytelności zapisów w kartotekach w ten sposób, że uzyskał od pozwanego lekarza zapisy w dokumentacji przepisane pismem komputerowym, przedstawił także na rozprawie zapisy z drugiej kwestionowanej dokumentacji odczytywane uprzednio na rozprawie przez świadka –lekarza , autora zapisów. W dalszych zarzutach do opinii (k.1138) powódka podała, że biegli posługują się ogólnymi stwierdzeniami, które nie do końca dają odpowiedź w przedmiotowej sprawie- nie wskazano jednak o jakie ogólne stwierdzenia chodzi, także na etapie zadawania pytań. Powódka powołała się iż w opinii stwierdzono że-niekreślone bliżej w zarzutach- „pewne symptomy choroby istniały” a zatem pozwany powinien przewidzieć „możliwość istnienia zagrożenia w postaci tych oznak” i powinien” podjąć stosowne działania albo w celu ich wykrycia albo w celu stwierdzenia , że takie oznaki nie występują”. Poruszono także wątek biegłych o innej specjalności.

Biegli w pisemnej opinii uzupełniającej (k.1153) wypowiedzieli się w przedmiocie znaczenia nieczytelnych zapisów, które nie miały wpływu na ocenę zdarzeń w sporządzonej wcześniej opinii(k1154).Zdaniem biegłych w ich głębokim przekonaniu pozwany lekarz postawił rozpoznanie choroby, które było wysoce prawdopodobne biorąc pod uwagę okoliczności urazu i zastosował on adekwatne do tego rozpoznania leczenie. Działanie pozwanego lekarza było zgodne z wymogami wiedzy lekarskiej i nie było możliwym przewidzenie takiej jak w tym przypadku reakcji organizmu na tak niewielki uraz.

Biegli na rozprawie podtrzymali opinię w całości także po ujawnieniu całości zapisów dokumentacji medycznej w zakresie mającym znaczenie w sprawie. Podali, że w żadnym przypadku wypowiedzi powódki u pozwanego lekarza nie dawały podstaw do stwierdzenia ostatecznego rozpoznania, takimi podstawami byłoby chromanie przestankowe a o tym powódka pozwanemu nie mówiła. Biegły T. wyjaśnił, że w swojej wieloletniej karierze nie spotkał się z przypadkiem aby tak drobny uraz jak u powódki doprowadził do problemów tętnicznych, zaznaczył że także pozostali dwaj lekarze którzy po pozwanym leczyli czy diagnozowali powódkę nie postawili rozpoznania choroby a jedynie rozpoznanie powikłania w postaci niedrożności tętnicy udowej i podkolanowej. Biegły ten zaznaczając iż w przeważającej większości niedrożność tętnicy udowej jest wynikiem miażdżycy a powódka nie ma miażdżycy, wskazał na hiperplazję naczyniową(1226).Biegli szczegółowo odpowiedzieli na wszystkie pytania. Opisali na czym polega badanie przepływów żylnych oraz badanie tętna i jego dokumentowanie. Podali że nie ma schematów w jakim czasie należy rozszerzać diagnostykę i o jakie badania. Jeśli upłynie kilka miesięcy diagnostykę należy rozszerzyć jeżeli nie ma się pewności że leczy się właściwie. Pozwany dokonał rozszerzenia diagnostyki bo zlecił badanie przepływów oraz badanie przewodnictwa nerwowego. Wyjaśnili kwestię dawkowania leków oraz markera CRP. Wskazali, że u powódki nie było objawów ostrego procesu zapalnego czy też procesu ostrego niedokrwienia za wyjątkiem ostatniej fazy leczenia. Krytyczne niedokrwienie wystąpiło na sam koniec w momencie gdy perfuzja naczyniowa przestała być zupełnie wydolna czyli kiedy krążenie krwi spadło poniżej wartości zaspokajającej metaboliczne kończyny. Wtedy powódka już od dawna nie była pacjentką pozwanego. Biegli obrazowo wyjaśnili także różnice przy ostrym i powolnym zatykaniu się tętnicy oraz technikę pracy z aparatem USG badającym przepływy żyłne.

Pełnomocnik powódki zadał pytanie(k.1228) o sytuację, w której pozwany by skierował powódkę do badania naczyń. Biegły odpowiedział, że gdyby w tych badaniach wykryto by zwężenie, to może by to przyspieszyło działania operacyjne, ale trzeba by się spodziewać , że powikłania byłyby podobne. Do powikłań doszło już po operacji, ta tętnica ciągle się zwężała po operacji. Dlatego przyjęcie hiperplazji naczyniowej jest jak najbardziej uzasadnione. Podał, że rozważanie co by było gdyby dokonano danego badania, leży w sferze domysłów; biegły podał kiedy należy badać tętno i zaznaczył, że pozwany lekarz diagnozował powódkę pod kierunkiem urazu o którym mówiła powódka.

Biegły T. podał, że nie można dokładnie określić kiedy doszło do zaniku tętna, ale wskazał że do wykrycia zaniku tętna doszło w tym okresie gdy dr K. skierował powódkę do konsultacji chirurga naczyniowego.

Pozwany w obecności biegłych oświadczył, że wielokrotnie badał tętno u powódki palpacyjnie, ale nie wpisywał wyników do dokumentacji, bo tętno było prawidłowe. Badał również kształt stopy, ewentualne skrzywienie kręgosłupa i tego też nie wpisywał do dokumentacji, bo było to prawidłowe. Powódka temu zaprzeczyła, co wyjaśniono zeznaniami stron.

Biegły T. wyjaśnił, że gdyby dr K. zbadał tętno i byłby to podstawą do skierowania do chirurga naczyniowego to powinien wpisać wyniki pomiaru tętna do dokumentacji a gdyby zbadał tętno i dalej poszukiwał przyczyny schorzenia powódki to nie musiałby tego robić.

Biegły H. wyjaśnił, że badanie przewodnictwa nerwowego było wyrazem poszukiwania przyczyn dolegliwości pacjentki, miało za zadanie wykryć zaburzenia przewodnictwa nerwowego w poszukiwaniu przyczyny bólu. Opisał także metodykę badania palpacyjnego, także w kontekście zdejmowania odzieży w tym celu.

Należy w tym miejscu nadmienić, że szczegółowość odpowiedzi biegłych w nawiązaniu do pisemnej opinii czyni zarzuty z pisma powódki „niemiarodajna” i „nie jest kompleksowa- tym samym nierzetelna” gołosłownymi i krzywdzącymi. Nie można używać przypadkowo wybranych negatywnych przymiotników by dyskredytować opinię, jeżeli nie wykaże się na czym polega brak „miarodajności” i czego brakuje do uznania opinii za „kompleksową” już z pewnością należy choć uprawdopodobnić daleko idący zarzut braku rzetelności. Wskazać należy że pytania pełnomocnika powódki-poza jednym(k.1228)- nie dotyczyły istoty zagadnienia z pisma procesowego co „powinien przewidzieć pozwany” i jakie ”stosowne działania” podjąć. Powódka na drugiej stronie swego pisma(k.1138) mimo że uważa opinię za niepełną, to podejmuje a priori polemikę z biegłymi, choć nawet nie używa wyrażeń medycznych. Nawet jeśli by powódka przedstawiła wewnątrznie spójną alternatywną wersję wydarzeń, to aby podważyć autorytet biegłych, musiałaby wykazać brak logiki w ich rozumowaniu albo konkretne luki w opinii czy też sprzeczność opinii z obiektywnie sprawdzalną-i wskazaną- wiedzą. Na marginesie można nadmienić że sporne mało czytelne zapisy w dokumentacjach były w toku procesu odczytywane na rozprawach w obecności stron; sam brak zapisu lub zapis skrócony nie może być sam w sobie uznany za przejaw niedbalstwa w leczeniu i diagnozowaniu a wynika to w ocenie Sadu z opisywanej w trakcie rozpraw ogólnej sytuacji w służbie zdrowia jak i wielości pacjentów u samego pozwanego. Z chwilą gdy biegli wysłuchali zapisów z dokumentacji i potwierdzili swą opinię główny zarzut powódki do opinii odpadł a wobec wyczerpujących odpowiedzi biegłych odpadły też pozostałe.

W sprawie przeprowadzono dowody z zeznań świadków:

-M. M. (2) k1032 (nie pamiętała powódki)

-K. P. k.1004 (lekarz rodzinny, nie pamiętała powódki)

-I. K. k.1031 (lekarz ortopeda pracujący w Ż., opierał się na dokumentacji)

-T. U. (1) k.1005 (specjalista chirurgii naczyń, pamiętał powódkę i jej operację, w zeznaniach opierał się na dokumentacji)

- I. W. (k.1033, opisywała przebieg rejestracji do pozwanego)

Zeznania świadków w pełni zasługują na wiarę ,są spójne i korelują z pozostałymi dowodami.

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił w oparciu o zeznania wyżej wymienionych świadków, zeznania powódki, opinie biegłego i dokumenty złożone do akt: karty informacyjne leczenia szpitalnego, akta historii choroby powódki, oraz dokumentacja medyczna leczenia powódki złożona do akt . Dokumenty złożone do akt wątpliwości co do swej treści nie budziły, za wyjątkiem zapisu w dokumentacji pozwanego gdzie zamiast zapisu „od miesiąca cierpi...” winno być ”od miesiąca cierpi...”, którą to wersję za powódką (k.695) przyjął Sąd jako bardziej logiczną w kontekście sytuacji, traktując zapis lekarza jako zawierający przekreśloną końcówkę słowa; na karcie 21 drugie słowo jest bardzo niewyraźne, co sugeruje skreślenie. Pozostałe zapisy w dokumentacji , po ich odczytaniu, wątpliwości już nie budziły.

Sąd dał wiarę powódce, że powiedziała lekarzowi, że coś strzeliło w nodze, obrazowo pisując objawy zdarzenia w górach. Zdaniem Sądu nie mówiła o „urazie” gdyż jest to wyrażenie z języka medycznego jakim nie posługują się pacjenci przy pierwszej wizycie, nie mający wiedzy medycznej. Mało prawdopodobne jest by pacjentka używała i fachowego wyrażenia i jednocześnie obrazowych porównań. Jednakże pozwany nie wykluczył, że powódka o urazie mówiła (k.1227). Sąd nie dał wiary powódce, że przy pierwszej wizycie mówiła już, że musi się zatrzymać na 10 minut. Zdaniem Sądu powódce nałożyły się na obraz pierwszej wizyty obrazy kolejnych wizyt, z uwzględnieniem także nabywanej przez nią w toku leczenia wiedzy medycznej. Zdaniem Sądu powódka nie opisywała tak obrazowo pozwanemu lekarzowi na początku leczenia zmiany kolorystyki stopy, gdyż nie wspomniała o tym w pozwie ani na rozprawie w dniu 18.12.2014 r. (k.693).

W ocenie Sądu pozwany lekarz dokonywał badania palpacyjnego tętna powódki. Dotykał pachwiny- w pachwinie tętno jest wyczuwalne do dzisiaj, dotykał dołu podkolanowego oraz grzbietu stopy o okolic kostki. Tych czynności dokonywał wielokrotnie, powódka mogła tego nawet nie zauważyć bo czynności te polegają na krótkim dotknięciu a pozwany lekarz nie mówił: dokonuję pomiaru tętna. Nie zapisał tego w dokumentacji wobec swego założenia, że w dokumentacji umieszczał tylko to co odbiega od normy. Z zeznań świadka U. wynika, że powódka nie mówiła pozwanemu lekarzowi o objawach charakterystycznych dla chromania, gdyż świadek ten zeznał że chromanie przestankowe rozpoczęło się około 3 miesięcy przed tym gdy przejął leczenie.

Odnośnie dostępu do lekarza poza uzgodnionymi terminami Sąd dał wiarę zeznaniom powódki, wobec powszechnie znanych trudności w dostępie do specjalisty. W ocenie Sądu pozwany lekarz mógł nawet nie wiedzieć, że rejestratorka nie chciała niekiedy dopisywać pacjentów a wyrażenie „szef jej głowę urwie” było jej wyobrażeniem i sposobem ochrony szefa przed nadmierną w jej ocenie liczbą pacjentów. Sąd nie neguje faktu, że pozwany był starannym lekarzem gdyż taki obraz wynika nawet z niespornych faktów: długo poszukiwał źródła problemu zamiast zbyć pacjentkę odsyłając ją do innego lekarza.

Sąd uchylił postanowienie dowodowe dotyczące biegłego angiologia (k.1034) albowiem z już uzyskanej opinii wynika niecelowość dalszego opiniowania. Opinia jest stanowcza i zupełna, była wyjaśniana a biegli nie widzieli potrzeby opiniowania przez innych specjalistów. Tego typu urazami, jakimi uległa powódka zajmują się głównie lekarze specjalizujący się w chirurgii urazowej i ortopedycznej a także chirurdzy ogólni. Biegli sporządzający opinię ocenili działania pozwanego- chirurga ogólnego (k.1154). Byli to traumatolog i ortopeda oraz chirurg ogólny, mogli zatem kompetentnie oceniać zachowanie pozwanego lekarza. Angiologia to nauka o naczyniach żylnych i tętniczych. Biegły z takiej specjalności mógłby oceniać zachowanie lekarzy z Poradni (...) oraz z Oddziału (...) ale to nie jest przedmiotem procesu. Dalsze opiniowanie wobec jednoznacznej treści opinii zmierzałoby jedynie do przewleknięcia procesu. Oczywiście należy mieć na uwadze orzecznictwo: Sąd Najwyższy uważa że w sprawach medycznych nie wymaga się dowodu pewnego. Wystarcza natomiast „wysoki, na granicy pewności, stopień prawdopodobieństwa”. W niniejszej sprawie biegli nie wypowiadają się zatem kategorycznie, gdyż medycyna nie jest nauką ścisłą tak jak matematyka, ale ich wypowiedzi pozwalają Sądowi na stanowcze twierdzenia.

Podkreślić należy że to powoda obciąża ciężar dowodu- art.6kc. Zarzuty powódki do pisemnej opinii biegłych są głośne i nieuzasadnione.

Biegli stanowczo i przekonująco uzasadnili swoje opinie. Biegły posiada wiadomości specjalne w tym zakresie a powódka nie wykazała ostatecznie nieścisłości w opinii, luk w rozumowaniu biegłych ani błędów logicznych. Tok rozumowania został przez biegłych logicznie wyjaśniony. Biegli wyjaśnili wszystkie kwestie podniesione przez powódkę w uwagach do pisemnej opinii. Wobec dokonanych ustaleń, które wykluczyły odpowiedzialność pozwanego za obecny stan zdrowia powódki, dalsze procedowanie jest bezprzedmiotowe.

W tej sytuacji nie było celowe dalej idące postępowanie dowodowe a w szczególności przeprowadzenie dowodu z opinii innego biegłego. Kwestię specjalizacji biegłych wyjaśniono w toku procesu. Wobec treści opinii biegłych nie było celowe dalej idące postępowanie dowodowe, gdyż prowadziłyby to jedynie do przewleknięcia postępowania. Uchyłono

zatem postanowienie dowodowe dotyczące opinii innego biegłego i oddalono wnioski dotyczące dalszych świadków na okoliczność cierpień fizycznych i psychicznych powódki .

Sąd zważył co następuje:

Roszczenie powódki okazało się nieuzasadnione. Zgodnie z art.445par.1 kc w razie wywołania rozstroju zdrowia można poszkodowanemu przyznać odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, podstawą żądania odszkodowania i renty jest art.444kc.Powodka nie wykazała by wystąpiły przesłanki z tych przepisów.

Zarzut dotyczący leczenia u pozwanego jest oparty tylko na przekonaniu powódki , że do rozwoju choroby, w takim stadium że można ją było wykryć, doszło u pozwanego. To przekonanie nie jest niczym uzasadnione poza faktem długotrwałego leczenia u pozwanego. Wywody powódki dotyczące nieprawidłowego postępowania pozwanego były ogólne i w świetle zgromadzonego materiału dowodowego okazały się nietrafne. Biegli nie stwierdzili niedołożenia należytej staranności w trakcie udzielania świadczeń u pozwanego. Wszystkie działania pozwanego wobec powoda były wykonywane z należyłą starannością.

Diagnozowanie powódki M. M. (1) przez pozwanego W. C. i sposób działania pozwanego były prawidłowe i zgodne ze sztuką lekarską. Objawy i wywiad chorobowy prezentowane przez powódkę nie dawały na tym etapie podstaw do rozszerzenia diagnostyki o badania naczyniowe, tym samym nie można było wykryć niewielkich zapewne, w tym czasie, zaburzeń krążenia prawej kończyny dolnej. Zdarzenie w górach z wiosny 2010 roku nie miało cech typowego urazu i spełniło raczej rolę mechanizmu spustowego, inicjującego powolne zmiany w układzie krążenia tej kończyny, których wynikiem było jej postępujące, przewlekłe nasilające się niedokrwienie(k.1117).Także inni lekarze badający powódkę pod koniec 2010 r. oraz w czerwcu 2011 r. nie rozpoznali przewlekłego niedokrwienia prawej kończyny dolnej. Powódka była pod kontrolą chirurga naczyniowego od lipca 2011 r. , pierwszą operację przeprowadzono w grudniu 2011 r. czyli ponad półtora roku od zaistnienia problemów zdrowotnych związanych z urazem kończyny. Przebieg choroby jest więc przewlekły i nie miał na żadnym etapie swojego przebiegu cech ostrego niedokrwienia kończyny, które wymagałoby natychmiastowych działań zabiegowych.

W przypadku powódki nie ma podstaw do zasądzenia żądanych kwot ani ustalenia renty. Decydująca i sporną kwestią pozostawała ocena opinii biegłego, która w ocenie Sąd może stanowić podstawę rozstrzygnięcia. Pozwany nie popełnił ani błędu diagnostycznego (w rozpoznaniu) ani błędu terapeutycznego (w wyborze metody leczenia).

Zgodnie z art.361 kc zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania z którego szkoda wynikła. W realiach sprawy powódka nie wykazała owego związku przyczynowego i nie wykazała zdarzenia będącego podnoszonym źródłem szkody. Opinia biegłego jest wyczerpująca, spójna i w całości zasługuje na wiarę i może stanowić podstawę rozstrzygnięcia. Powódka nie wskazała błędu logicznego, nie wykazała też -skutecznie- braków w opinii. Biegły ma wiadomości specjalne, których z założenia nie ma Sąd a samo niezadowolenie strony z opinii biegłego nie jest podstawą do powołania innego biegłego. Sąd wysłuchał wniosków stron w trybie art. 278 kpc i uznał za wystarczające zasięgnięcie opinii dwóch biegłych którzy złożyli w sprawie opinię łączną.

W tej sytuacji mając na uwadze treść art.6 i art.361 kc uznano brak zasadności roszczenia. Odnośnie odpowiedzialności pozwanej należy także dodać, że- niezależnie od powyższych rozważań- ponieważ pozwany nie prowadzi działalności wyłącznie u pozwanej(k.368,376) pozwana nie ma legitymacji biernej na zasadzie art. 33 ustawy z dnia 15 .04.2011 r. o działalności leczniczej w zw. z aart.430 kc.

Wzorzec wymaganego od lekarza standardu zachowania został skonstruowany przez ustawodawcę w art.4 ustawy z dnia 5.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry:” 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 należyłą starannością. Prawidłowo skonstruowany wzorzec nie opiera się na wymaganiu, by lekarz wykazywał się w danym wypadku starannością wyższą niż

przeciętna ,ale o to , aby przeciętny poziom staranności zawodowej danego lekarza był odpowiedni wysoki (Wyrok Sądu Najwyższego –Izba Cywilna z dnia 10.02.2010 r., VCSK 287/2009).

O kosztach procesu orzeczono na zasadzie 102 kpc uznając ,że zachodzi szczególnie uzasadniony przypadek gdyż do czasu wydania wyroku, a istocie do czasu zapoznania się z ustnymi wyjaśnieniami biegłych, powódka pozostawała w subiektywnym przekonaniu o słuszności swego roszczenia; jest osobą chorą, poruszającą się o kulach, musiała zrezygnować planów zawodowych pozostaje na rencie i obciążanie jej kosztami byłoby dla niej bardzo krzywdzące.