

S
ygn. akt:I C 59/19

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 24 maja 2023 roku

Sąd Okręgowy w Gliwicach I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSO Wojciech Hajduk

po rozpoznaniu w dniu 24 maja 2023 roku w Gliwicach

na posiedzeniu niejawnym

sprawy z powództwa Ł. L.

przeciwko (...) w P.

o zapłatę

oddala powództwo

odstępuje od obciążania powoda kosztami zastępstwa procesowego pozwanego i interwencji ubocznej

SSO Wojciech Hajduk

IC 59/19 UZASADNIENIE

Powód Ł. L. domagał się zasądzenia od pozwanego (...) w P. kwoty

- 139.674zł odszkodowania z ustawowymi odsetkami za opóźnienie:

-od kwoty 131 274 zł od dnia 14 marca 2016 r.

-od kwoty 8400 zł od dnia 28 stycznia 2019r.

-200.000zł zadośćuczynienia z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 14marca 2016r,

-54.000zł skapitalizowanej renty za okres trzech lat przed wytoczeniem powództwa z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 28.01.2018r.

oraz bieżącej renty w wysokości 2.000zł miesięcznie płatnej do 10 dnia każdego miesiąca poczynając od lutego 2018r.

Uzasadnił, że w dniu 29 stycznia 2013r. powód uległ wypadkowi na nartach. Stracił równowagę na nierówności na trasie; doszło do zmiany toru jazdy i uderzył nogami i plecami w nagromadzony wzdłuż wyciągu, zmrożony śnieg. Wskutek uderzenia doszło do uszkodzenia kręgosłupa. Bezpośrednio po wypadku powód zjechał jeszcze do dolnej stacji wyciągu, samodzielnie zdjął narty i położył się na ławce na wznak. Wówczas dolegliwości bólowe zmalały. Poinformował ratowników o przebiegu zdarzenia, a następnie został przewiezony karetką do Szpitala

Wojewódzkiego w B., gdzie wykonano badanie tomografii komputerowej i stwierdzono wieloodłamowe złamanie trzonu kręgu Th7 oraz złamanie górnej blaszki granicznej trzonu kręgu L1. Powód ma silną wadę wzroku, po wypadku i przewiezieniu do Szpitala w B. okulary pozostały w samochodzie, miał przyciemniane korekcyjne gogle. Nikt nie rozważał leczenia zachowawczego, nie poinformowano na czym polega zabieg, wskazano, że jest konieczny. Został przewieziony helikopterem do (...) w P., gdzie od razu w ramach nocnego dyżuru, około godziny 21.00 przeprowadzono operację vertebroplastyki trzonu kręgowego L1 (...), repozycji i stabilizacji sposobem transpedikularnym na poziomie Th 6 - Th 8 ((...), (...)), ze wszczepieniem implantów tytanowych i polimerowych, firmy (...), (...), (...), (...). Stabilizacja była zbyt krótka, źle osadzona, tj., że przebiegała po ścianie kanału kręgowego i w konsekwencji nie spełniła swojej funkcji narażając na ewentualne obluźowanie i dalsze powikłania w postaci nieprawidłowego zrostu. Przez pierwszy miesiąc po operacji powód nie odczuwał poważniejszych dolegliwości bólowych. Na początku marca 2013r., doszło do obluźowania stabilizacji. W dniu 8 marca 2013r. wieczorem poczuł jakby przesunięcie w obrębie samego kręgosłupa i falę rozchodzącą się obezwładniającej, gorącej fali bez utraty czucia. Od tego zdarzenia powodowi zaczął towarzyszyć coraz silniejszy ból, a przede wszystkim różnorakie doznania o podłożu neuropatycznym, nie mieszczące się w pojęciu bólu, a zdecydowanie gorsze niż odczuwanie bólu, bo rodzące niepokój co do ewentualnych ubytków neurologicznych. Powód musiał praktycznie cały czas leżeć. W dniu 11 marca 2013r., wykonał prywatnie w Szpitalu Wojewódzkim w B. badanie tomografii komputerowej, na które to badanie udał się transportem sanitarnym, tj. na leżąco. Opis był identyczny z tym tuż po wypadku, tzn. stwierdzono, że obraz jest stabilny; w badaniu neurologicznym bez odchyień; wskazano jedynie na wzmożone napięcie mięśni przykręgosłupowych. W czasie wizyty kontrolnej 20.03.2013r. lekarz przeanalizował zdjęcie TK, zbadał powoda, podkreślił, że stabilizacja jest osadzona idealnie, wręcz perfekcyjnie i zapewnił powoda, że wszystko jest w porządku, a dolegliwości bólowe będą w jakimś stopniu występowały. Niezrozumiałym pozostaje, dlaczego nie skierowano wówczas powoda na jakiegokolwiek badania jak rtg czynnościowe czy scyntygrafia. Stan powoda ulegał pogorszeniu, był wyczerpany, pojawiły się problemy kardiologiczne, przy pionizacji wzrastało tętno i ciśnienie, duszności i arytmia serca. Miał problemy z chodzeniem staniem i siedzeniem. W czasie kolejnej wizyty kontrolnej 15.05.2013r. poinformował lekarza o dolegliwościach. Lekarz przeprowadził analogiczne badania jak za pierwszym razem. W dokumentacji medycznej wpisał: „chory zgłasza dalszą, częściową poprawę, okresowo występują dolegliwości pod postacią uczucia ciepła promieniującego do kończyn dolnych, chodzi w gorsecie, ruchomość kręgosłupa ograniczona bez istotnych dolegliwości bólowych, czucie, siła mięśniowa kończyn dolnych prawidłowe”. Stwierdził, że nie ma przeszkód by chodził na spacer. Powód starał podejmować rehabilitację, lecz doznania bólowe ją uniemożliwiały.

W dniu 27.05.2013r. (sprawdzić czy to badanie z 09.2013 k-72 czy inne) prywatnie wykonał badanie rentgenowskie, a 3.06.2013r. badanie rezonansu magnetycznego, w wynikach którego nie stwierdzono nieprawidłowości. W opisie wpisano „odcinek piersiowy kręgosłupa: krąg Th 7 nie wykazuje ucisku na kanał kręgowy, nie stwierdza się zmian dyskopatycznych w odcinku piersiowym kręgosłupa, kanał kręgowy prawidłowej szerokości, bez zmian uciskowych, kanały korzeniowe wolne, rdzeń kręgowy o prawidłowej objętości i sygnale, bez zmian ogniskowych, widoczne jest złamanie kompresyjne kręgu L 1 w górnym odcinku złamanego trzonu obszar hipointensywny po vertebroplastyce; odcinek lędźwiowy kręgosłupa: w poziomie TH 12/ L 1 dyskretne kątowe zagięcie osi kręgosłupa z nieznacznym modelowaniem przedniej powierzchni worka oponowego, kanał kręgowy prawidłowej szerokości, kanały korzeniowe wolne, stożek rdzeniowy o prawidłowej objętości i sygnale, nić końcowa bez zmian, w odcinku lędźwiowym tarczy międzykręgowe prawidłowe, nie stwierdza się zmian dyskopatycznych”.

W dniu 5.06.2013r. problemy te nasiliły się w takim stopniu, że powoda przyjęto na oddział (...) (...) w B., gdzie przebywał on do dnia 11 czerwca 2013r. następnie został skierowany do poradni neurologicznej i psychologicznej. W dniu 10.06.2013, dr. T. W. (1) na podstawie wyników badania (...), dostarczonego przez żonę powoda, stwierdził prawidłowo postępujące leczenie.

W dniu 12.06.2013 powód odbył prywatną wizytę u neurologa dr S. G., który zlecił wizytę w poradni psychologicznej. W 24.06.2013 dobył wizytę u dr W., który potwierdził prawidłowo postępujący zrost.

24.07.2013 miał wizytę kontrolną w P.. Lekarz stwierdził prawidłowy zrost i zalecił podjęcie rehabilitacji. Kolejną wizytę wyznaczono na styczeń 2014r. Powód podejmował próby rehabilitacji, które nie poprawiały jego stanu (min.

w (...) w G. w okresie od 25.07.2013 do 4.07.2013r, oraz 20.09.2013 do 22.09.2013r. zażywają leki przeciwbólowe). Był również konsultowany w (...) w W.-B.. Stan się pogarszał, był wyczerpany nerwowo, pojawiły się problemy kardiologiczne. W dniu 30.10.2013 wykonał kolejne badanie rezonansu magnetycznego.

Nawiązał kontakt z neurochirurgiem dr R. C., który wysunął podejrzenie obluźwienia stabilizacji. Badania przeprowadzone w szpitalu w K. potwierdziły diagnozę. Z uwagi na nieustępujący ból powod zdecydował się na reoperację usunięcia instrumentarium (stabilizacji) i wypełnienie ubytków i łoży po śrubach cementem biochłaniącym. Operację przeprowadzono 29.11.2013r.

Lekarz poinformował po operacji, że stabilizacja była obluźwana, drażniła okostną i nerwy korzenne co było przyczyną dolegliwości. Powikłania po pierwszej operacji zaprzepaściły możliwość odzyskania zdrowia, w zakresie jaki byłby możliwy po prawidłowej operacji. Lekarze pozwanego musieli mieć świadomość złego założenia stabilizacji.

W ocenie powoda implanty były źle osadzone po - ścianie kanału kręgowego drażniąc struktury nerwowe. Były zbyt krótkie, co spowodowało ich obluźwienie. Nie uwzględniono budowy anatomicznej powoda. Sytuacja ta była zawiniona przez lekarzy pozwanego. Doprowadziło do demineralizacji kośćca, a konsekwencji do zapadnięcia trzonu L1.

Po reoperacji wystąpiła krótkotrwała poprawa, lecz tylko do momentu wchłonięcia cementu. Wróciły silne dolegliwości bólowe i o podłożu neuropatycznym. Wynika z tego, że w chwili reoperacji nie doszło jeszcze do konsolidacji złamania, nie było zrostu. Kręgosłup zaczął się deformować. Sytuacja zdrowotna powoda będzie wymagała przypuszczalnie dalszej operacji. Powód konsultował się z Prof. Dr hab. N.med. D. Z., prof. J.-P. S., dr J. S. którzy wskazali na konieczność usunięcia trzonu Th7 i stabilizacji sąsiednich trzonów [też dr hab. nauk med. J. A.].

Powód nie jest w stanie normalnie funkcjonować. Nie może pracować, zarobkować jak przed wypadkiem. Przez cały okres po operacji i długi czas po reoperacji był praktycznie całkowicie wyłączony z życia. Jest adwokatem prowadzącym indywidualną kancelarię adwokacką. W tamtym okresie stan zdrowia nie pozwalał na pracę, a aktualnie w ograniczonym, oscylującym na granicy opłacalności zakresie. W okresie po wypadku powód musiał wydłużać zwolnienia 104, a później był na świadczeniu rehabilitacyjnym, w konsekwencji stracił niektóre zlecenia, musiał przekazywać prowadzenie spraw, których podjął się jeszcze wcześniej, i rezygnować z nowych zleceń; później sam próbował podejmować czynności procesowe, ostatecznie jednak przez długi okres korzystał z pomocy pełnomocników substytucyjnych. sytuacja materialna uległa znacznemu pogorszeniu i nie ma widoków na jej poprawę, Poniósł i ponosi dalej koszty związane z leczeniem.

Odbył szereg konsultacji i badań lekarskich w Polsce i za granicą, prywatnie, jak też przeszedł drugą operację w szpitalu w K., za którą również musiał zapłacić.

nie może podejmować większości zwykłych, codziennych czynności wymagających dłuższego chodzenia, stania, siedzenia czy zwłaszcza podnoszenia i przenoszenia.

W związku z powyższym w oparciu o art. 444§1kc domaga się 200.000zł tytułem zadośćuczynienia, 100.000zł tytułem szkody na osobie, 16.500zł tytułem kosztów koniecznej reoperacji, 1.870zł kosztów rehabilitacji, 12.904zł kosztów wizyty, badań i konsultacji dr J. S. oraz noclegu w(...), 4.400zł kosztów konsultacji w Polsce, 4.000zł zwrotu kosztów badań (...), TK. Domaga się również renty za okres trzech lat przed wytoczeniem pozwu po 1.500zł miesięcznie oraz bieżącej renty w tej samej wysokości.

Pozwany (...) w P. w odpowiedzi na pozew wniósł o oddalenie powództwa. Uzasadził, że bezpośrednio po wypadku zaopatrywany w Szpitalu Wojewódzkim w B., gdzie wykonano diagnostykę TK oraz USG jamy brzusznej, RTG klatki piersiowej, pobrano krew na badania podstawowe. Został przewieziony transportem lotniczym do pozwanego. W dostarczonym badaniu TK kręgosłupa stwierdzono obecność wieloodłamowego złamania trzonu kręgu Th7 typu A 3 wg AO z jego obniżeniem w części przedniej do około 15mm przy wysokości w części tylnej około 22 mm i przy wysokości sąsiednich trzonów w części przedniej ok 20mm. I. trzonowy Th7 wynosił 0,68. Nie stwierdzono

przemieszczenia odłamów w kierunku kanału kręgowego, nie stwierdzono zwężenia kanału kręgowego. Stwierdzono również złamanie kompresyjne górnej blaszki granicznej trzonu kręgu L1, obniżeniem wysokości trzonu w części przedniej do ok 21mm przy wysokości w części tylnej ok 27mm i wysokości części przedniej sąsiednich trzonów ok 25mm. Po analizie stanu klinicznego i badań radiologicznych poinformowano pacjenta o możliwości leczenia operacyjnego. Rozważano również opcję leczenia zachowawczego. Biorąc pod uwagę wiek pacjenta, mechanizm urazu oraz typ złamań, jak również możliwości techniczne wykorzystania do leczenia operacyjnego najnowszych metod stosowanych w chirurgii kręgosłupa, mając na uwadze rekomendacje do leczenia operacyjnego wg AO i wyniki odległe złamań leczonych zachowawczo. Zaproponowano mało inwazyjną, przeskórną stabilizację złamania Th7 oraz vertebroplastykę trzonu kręgu L1 za pomocą biowchłanianego cementu kostnego. Pacjent został poinformowany o rodzaju zabiegu, spodziewanym efekcie leczenia, oraz o możliwych powikłaniach związanych z leczeniem operacyjnym w trakcie operacji, jak również w przebiegu pooperacyjnym jak zrost opóźniony, obłuzowanie śrub i dalsze możliwe trudności leczenia. są w protokole zgody szczegółowo i wyraźnie wymienione Pacjent świadomie wyraził zgodę na proponowane leczenie, co potwierdził własnoręcznym podpisem na formularzu „Zgoda Pacjenta na zabieg operacyjny”.

29.01.2013r. przeprowadzono operację. Przebiegła prawidłowo, wykonano vertebroplastykę trzonu kręgu na poziomie L1 z zastosowaniem cementu kostnego biowchłanianego (...) specjalnie dedykowanego do leczenia u osób w wieku młodszym ze względu na stopniową integrację z naturalną kością pacjenta, oraz repozycję i przeskórną, małowazyjną stabilizację sposobem transpedikularnym na poz. Th6-Th8 (MIS, (...) 2). RTG pooperacyjne wykazało prawidłowe osadzenie implantów w kręgach Th6-Th8, prawidłowe osadzenie cementu kostnego w trzonie kręgu L1, wyraźną poprawę w zakresie złamanego trzonu Th 7 — uzyskano znaczącą poprawę indeksu trzonowego z 0,68 na 0,77 (uzyskana w segmencie dystrakcja - czyli rozciągnięcie wyniosło 9mm!) oraz kąt Cobba mierzony pomiędzy górną blaszką graniczną Th6 i dolną blaszką graniczną Th8 21 st

W pierwszym dniu po operacji tj. 30.01.2013 Pacjenta pionizowano w asyście rehabilitantów, w kolejnym dniu kontynuowano rehabilitację. Od dnia 01.02.2013 Pacjent poruszał się samodzielnie, zaopatrzony w ortezę piersiowo-lędźwiową bez istotnych dolegliwości.

W dn. 04.02.2013 w stanie ogólnym i miejscowym dobrym z prawidłowo gojącą się raną chory został wypisany do domu z zaleceniami usunięcia szwów w 10-12 dobie pooperacyjnej w poradni w miejscu zamieszkania wydano skierowanie, oszczędny tryb życia, zakaz schylania, wykonywania ruchów skrętnych, ograniczenie siedzenia do minimum i kontynuacji ćwiczeń wg wyuczonych schematów oraz chodzenie w gorszej ortopedycznym,

W dniu 20.03.2013 Pacjent zgłosił się do kontroli zgodnie z ustalonym wcześniej terminem.

W trakcie kontroli Chory istotnych dolegliwości nie zgłaszał. Natomiast podał, że w dniu 08.03.2013 wystąpił epizod zasłabnięcia, czy też osłabienia siły mięśniowej w obrębie kończyn dolnych, z objawami drętwienia w obrębie obu kończyn dolnych. Objawy powtarzały się przy próbach wysiłku. Z tego powodu trafił do Szpitala w B., gdzie 11.03.2013? wykonano TK kręgosłupa. Badanie wykazało prawidłowe osadzenie implantów, kanał o prawidłowej szerokości. Zlecono badanie MR kręgosłupa piersiowego dla wykluczenia zmian w obrębie rdzenia kręgowego. W dniu 27.04.2013r. przed planowaną wizytą 15.05.2013r. powód zgłosił się z bólami okolicy operowanej. Z dostarczonego badania MR wynikał brak obecności patologii w obrębie rdzenia kręgowego, nie stwierdzono cech obłuzowania implantów, nie stwierdzono utraty uzyskanej korekcji, która mogłaby świadczyć o obłuzowaniu. Powód przerwał leczenie u pozwanego i kontynuował w ośrodku komercyjnym, gdzie poddał się operacji usunięcia implantów. Wykonane 23.11.2013r. przed operacją badanie TK wykazało postępujący zrost kostny, indeks trzonowy 0,75 i kąt Cobba 22st nie uległy istotnej zmianie. Świadczy to o zachowaniu korekcji.

Usunięcie implantów powinno nastąpić najwcześniej po pełnej konsolidacji złamania, najwcześniej 12 miesięcy, a optymalnie 18 miesięcy od urazu. Doszło do pogorszenia sytuacji tj. indeks trzonowy 0,65, kąt Cobba 27 st, co wskazuje na utratę korekcji uzyskanej u pozwanego. Pogorszenie radiologiczne nastąpiło po przerwaniu leczenia u pozwanego i operacji usunięcia implantów.

Przedstawione konsultacje w ośrodkach zagranicznych miały miejsce po reoperacji. Obejmują propozycję leczenia min. wycięcia kręgu i wstawienia implantów za 20.000Euro. U pozwanego wykonuje się te operacje w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Propozycja dotyczy ciężkich urazów z uszkodzeniem rdzenia, przy ewidentnych zespolach uciskowych i nowotworach, brak wskazań do takiej operacji u powoda.

Leczenie przeprowadzono prawidłowo, uzyskano zamierzony efekt potwierdzony badaniami obrazowymi, do istotnego pogorszenia doszło po usunięciu stabilizatora. Pozwany dołożył należytej Staranności.

Interwencji uboczni po stronie pozwanej T. W. (1) i T. O. (1) o oddalenie powództwa. Wskazali, że 29.01.2013r. przeprowadzili operację kręgosłupa powoda. Zarzucili, że uszczerbek na zdrowiu jest skutkiem wypadku. Popierają stanowisko pozwanego (...). Dodatkowo wskazali, że po przyjęciu do szpitala powoda poinformowano o możliwości leczenia operacyjnego, przekazując przy tym wszelkie informacje dotyczące proponowanego zabiegu, nie wyłączając informacji o ryzykach i możliwych powikłaniach. Zaproponowano również powodowi przeprowadzenie leczenia zachowawczego, jednak ze względu na wiek pacjenta, mechanizm urazu oraz typ złamań, jak również możliwości wykorzystania do leczenia operacyjnego najnowszych metod stosowanych w chirurgii kręgosłupa, mając na uwadze rekomendacje do leczenia operacyjnego wg AO i wyniki odległe złamań leczonych zachowawczo (częste powikłania w postaci pogłębienia kifotyzacji) zaproponowano małoinwazyjną, przeszskórną stabilizację złamania Th7, oraz vertebroplastykę trzonu kręgu LI za pomocą biowchłanianego cementu kostnego. Leczenie operacyjne w takim przypadku pozwalało uniknąć długotrwałego unieruchomienia oraz zmniejsza ryzyko kifotycznej deformacji kręgosłupa po przebyłym złamaniu. Podkreślić należy, że pacjent został poinformowany o rodzaju zabiegu, spodziewanym efekcie leczenia, oraz o możliwych powikłaniach związanych z leczeniem operacyjnym w trakcie operacji, jak również w przebiegu pooperacyjnym.

Niepowodzenia leczenia jak zrost opóźniony, obluźowanie śrub i dalsze możliwe trudności leczenia są w protokole zgody szczegółowo i wyraźnie wymienione, a powód świadomie wyraził zgodę na proponowane leczenie, co potwierdził własnoręcznym podpisem na formularzu „Zgoda Pacjenta na zabieg operacyjny”. Ostatecznie to powód zdecydował o metodzie leczenia, wybierając zabieg operacyjny a nie leczenie zachowawcze. Co istotne, powód miał możliwość swobodnego podjęcia decyzji, albowiem pacjent został przyjęty do placówki pozwanej o godzinie 15:05, zaś zabieg został przeprowadzony o godzinie 21:40.

Operacja przebiegła prawidłowo. Wykonano vertebroplastykę trzonu kręgu na poziomie LI z zastosowaniem cementu kostnego biowchłanianego (...) specjalnie dedykowanego do leczenia u osób w wieku młodszym ze względu na stopniową integrację z naturalną kością pacjenta, oraz repozycję i przeszskórną, małoinwazyjną, stabilizację sposobem transpedikularnym na poz. Th6-Th8 (MIS, (...) 2). Po wykonanym badaniu RTG pooperacyjnym stwierdzono prawidłowe osadzenie implantów w kręgach Th6-Th8, a także prawidłowe osadzenie cementu kostnego w trzonie kręgu LI. Podkreślenia wymaga, że wynik badania RTG wykazał wyraźną poprawę stanu złamanego trzonu Th7 o czym świadczy fakt, iż uzyskano znaczącą poprawę indeksu trzonowego z 0,68 na 0,77 (uzyskana w segmencie dystrakcja - czyli rozciągnięcie - wyniosło 9mm, co wbrew stanowisku powoda potwierdza wykonanie nastawienia) oraz kąt Cobba mierzony pomiędzy górną blaszką graniczną Th6 i dolną blaszką graniczną Th8 21 stopni. Przed komercyjnym zabiegiem w (...). (...) w K. wykonano badanie TK, z którego jednoznacznie wynika, że przed operacją w obrębie złamanego kręgu kręgosłupa postępował zrost kostny (TH7) a jego indeks trzonowy był porównywalny do pooperacyjnego — 0,75. Również kąt Cobba nie uległ istotnej zmianie — 22 st. Na podstawie wyniku tego badania można jednoznacznie stwierdzić brak objawu osteolizy wokół śrub, ani też ich migracji. Powyższe świadczy o tym, że nie doszło do obluźowania implantów, co powód upatruje jako potwierdzenie nieprawidłowości przeprowadzonego procesu leczenia u pozwanej. Gdyby w istocie tak było, że doszłoby do obluźowania implantów, nastąpiłaby utrata korekcji oraz wystąpiłaby liza wokół śrub. Powodowi usunięto instrumentarium oraz wstrzyknięto cement biowchłaniany C. do kręgu Th7, a także wypełniono cementem kostnym kanały po usuniętych śrubach. Powyższe pośrednio świadczy o tym, że lekarz usuwający implanty nie stwierdził śródoperacyjnie uszkodzenia ściany kanału kręgowego przez rzekomo obluźowane śruby. Usunięcie implantów nastąpiło zbyt szybko. Powinno nastąpić najszybciej 12 miesięcy p operacji, a optymalnie 18 miesięcy po niej. Istotne jest, że gdy dochodzi do obluźowania

implantów przed tym okresem, stosuje się zależnie od oceny stanu klinicznego spondylodezę i wymianę stabilizatora (zastosowane zostają grubsze śruby, śruby hydroksyapatytowe, osadza się śruby na cemencie) lub wymienia i przedłuża się stabilizację (stosuje się dłuższą niż pierwotnie). Lekarz reoperujący stwierdził śródoperacyjnie artrodezę (usztynwienie) stawów kręgosłupa na poziomie złamania oraz w badaniu TK postępujący zrost złamania Th7. Z tego powodu lekarz operujący nie widząc wskazań nie wykonał ponownej stabilizacji, która mogłaby ulec obluzowaniu, a jej przedłużenie spowodowałoby dalsze usztynwienie kolejnych segmentów kręgosłupa i ograniczenie ruchomości kręgosłupa w odcinku piersiowym. Pogorszenie stanu zdrowia nie jest wynikiem leczenia u pozwanego (interwencja uboczna k-347 i nast)

USTALENIA FAKTYCZNE

W dniu 29.01.2013r. powód uległ wypadkowi na nartach, stracił równowagę i uderzył w nagromadzony wzdłuż wyciągu zmrożony śnieg. Zjechał do stacji wyciągowej, położył się na ławce, poinformował (...) o wypadku i został przewieziony do (...) w B., gdzie wykonano diagnostykę TK oraz USG jamy brzusznej, RTG klatki piersiowej oraz badania podstawowe z krwi. Stwierdzono niestabilne złamanie kręgosłupa.

Po uzgodnieniu przez lekarza Szpitala w B. z lekarzem pozwanego (...) w P. został przetransportowany helikopterem do pozwanego jako do jednostki o wyższym stopniu referencyjności (Informacja (...) k-35, karta rejestru działań ratowniczych (...) k-36; skierowanie (...) w B. do pozwanego k-39. Kart informacyjna z udzielonej ambulatoryjnie pomocy w Szpitalu w B. k-37)

Po przyjęciu do pozwanego do izby przyjęć pozwanego przeprowadzono wywiad, badanie kliniczne, stwierdzono dobry stan ogólny pacjenta, powód był przytomny w pełni zorientowany w prawidłowym kontakcie logicznym, skarżył się na ból kręgosłupa. Na podstawie dostarczonych wyników badań obrazowych ustalono, że w wyniku wypadku doznał złamania wybuchowego kręgu Th7 (siódmego kręgu piersiowego) z pofragmentowaniem praktycznie całego trzonu kręgu w tym złamaniem i nieznacznym przemieszczeniem tylnej ściany, przebiegające bez ciasnoty wewnątrzkanalowej i objawów neurologicznych ponadto doznał kompresyjnego złamania górnej blaszki granicznej trzonu kręgu L1 typu z obniżeniem wysokości trzonu w części przedniej do ok 21mm przy wysokości w części tylnej ok 27mm i wysokości części przedniej sąsiednich trzonów ok 25mm Indeks trzonowy L1 0,78. Nie stwierdzono przemieszczenia odłamków w kierunku kanału kręgowego, ani zwężenia kanału. Złamanie na każdym z poziomów nie spowodowało jakichkolwiek objawów neurologicznych. Kąt Cobba mierzony pomiędzy górną blaszką graniczną kręgu Th6 i dolną blaszką graniczną Th8 wynosił 23 stopnie. Lekarze ocenili, że z uwagi na niestabilne złamanie najkorzystniejszym sposobem leczenia będzie przeprowadzenie operacji. Powoda poinformowano o możliwości leczenia operacyjnego. Zaproponowano małoinwazyjną przezskórną stabilizację złamania Th7 i vertebroplastykę trzonu kręgu L1 za pomocą biowchłanialnego cementu kostnego. Była to operacja nowoczesna metodą transpedikularną V. 2, radykalnie obniżającą powikłania po zabiegu. Powód podpisał oświadczenie o wyrażeniu zgody na zabieg operacyjny, w którym odnotowano, że omówiono z powodem proponowane oraz możliwe metody diagnostyczne, planowany rodzaj i sposób leczenia operacyjnego oraz poinformowano o możliwych, dających się przewidzieć następstwach jego zastosowania, potencjalnych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub wyniku operacji repozycji i stabilizacji złamania (). Powodowi przekazano druk (...)” oraz wypełniono kartę przedoperacyjnej konsultacji anestezjologicznej.

Tego samego dnia wieczorem lekarze T. W. (1) i T. O. (2) przeprowadzili operację vertebroplastyki trzonu kręgowego na poziomie (...), repozycji i stabilizacji sposobem transpedikularnym na poziomie Th6 – Th8 (MIS, (...) 2), spondylodezę stawów międzywyrostkowych na poziomie Th6 – Th8 ze wszczepieniem implantów tytanowych i polimerowych firmy (...), (...), (...), (...). Po zabiegu wykonano RTG, stwierdzono prawidłowe osadzenie implantów w ręgach Th6-Th8, prawidłowe osadzenie cementu w trzonie złamanego Th7, poprawa indeksu trzonowego 0,68 na 0,77 [rozciągnięcie o 9 mm potwierdza wykonanie nastawienia], kąt Cobba Th6 i Th8 – 21 stopni [zgoda pacjenta na zabieg operacyjny k-220-221; informacja dla chorego k-218-219; dokumentacja medyczna k-221-259 i 343, zeznania interwenientów ubocznych T. O. (2) k-403-405 i T. W. (1) k-405, zeznania powoda k-405v-407]. U powoda

zastosowano dwa implanty (śruby) stabilizujące. Zostały osadzone prawidłowo w bardzo wąskiej przestrzeni nasady łuku w kanale kostnym, będącą bardzo wąską strukturą kostną. Uzyskano oczekiwany efekt stabilizacji kręgosłupa.

Kwalifikacja powoda do zabiegu operacyjnego, była prawidłowa przy możliwościach pozwanego szpitala, doświadczeniu osób operujących, a istniało duże prawdopodobieństwo, że przy doznanych obrażeniach jego stan będzie wymagał wózka inwalidzkiego [ustne wyjaśnienia dr P. K. i J. B. do opinii C. M. k-655].

Operację przeprowadzono prawidłowo, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, przy dostępnych metodach rozpoznawania i leczenia, zgodnie z zasadami etyki i przy zachowaniu należytej staranności i właściwych środków [opinia C. M. k-479-482; opinia uzupełniająca k-597-601; ustne wyjaśnienia do opinii dr P. K. i dr J. B. k-654-660, dokumentacja medyczna k-212-287].

W pierwszym dniu po operacji tj. 30.01.2013 Pacjenta pionizowano w asyście rehabilitantów, w kolejnym dniu kontynuowano rehabilitację. Od dnia 01.02.2013 Pacjent poruszał się samodzielnie, zaopatrzony w ortezę piersiowo-łędźwiową bez istotnych dolegliwości

Powoda wypisano ze szpitala w stanie ogólnym i miejscowym dobrym z prawidłowo gojącą się raną. Zalecono usunięcie szwów w 10-12 dobie pooperacyjnej w poradni w miejscu zamieszkania, oszczędny tryb życia, chodzenie w gorszej ortopedycznym oraz ograniczenie siedzenia do minimum, kontynuacja ćwiczeń wg wyuczonych schematów. Zakazano schylania, wykonywania ruchów skrętnych. Wizytę kontrolną ustalono na 20.03.2013r.

Od dnia 8 marca 2013r. powodowi zaczął towarzyszyć coraz silniejszy ból i niepokój (zeznania powoda). W dniu 11 marca 2013 wykonał prywatnie badanie TK kręgosłupa, w którym stwierdzono, że obraz jest stabilny, w badaniu neurologicznym bez odchyień.

Wizytę kontrolną w dniu 20.03.2013 odbył na półleżąco, zgłosił epizod osłabienia siły mięśni w obrębie dolnych kończyn w dniu 8.03.2013r. z objawami drętwienia nóg. Przekazał lekarzowi wynik badania TK. Na podstawie tego badania obrazowego lekarz stwierdził prawidłowe osadzenie implantów, prawidłowej szerokości kanał kręgowy, indeks trzonowe obydwu kręgów porównywalne ze stwierdzonymi w badaniu RTG po operacji. Z uwagi na świeżo wykonane badanie TK odstąpiono od wykonywania kontrolnych radiogramów w trakcie wizyty, natomiast mając na uwadze możliwość obecności zmian w obrębie rdzenia kręgowego, których nie widać w badaniu TK zdecydowano o poszerzeniu diagnostyki. Zlecono powodowi badanie MR kręgosłupa piersiowego i zalecono kontynuację rehabilitacji. Ustalono badanie kolejne kontrolne na 15.05.2013r. Dolegliwości bólowe nie ustępowały

Wizytę w dniu 15.05.2013 powód w gorszej w pozycji półleżącej, odnotowano że zgłasza częściową poprawę, okresowo występują dolegliwości ciepła promieniującego do kończyn dolnych. Powód wskazywał, że ma problemy z siedzeniem, stanem, z rehabilitacją, a sytuacja poprawia się po dłuższym oszczędzaniu się. W badaniu ustalono, że czucie, siła mięśni kończyn dolnych są prawidłowe, a powód oczekuje na wyniku badania MR. Kolejną wizytę kontrolną ustalono na 24.07.2013r.

Z uwagi na nieustępujące dolegliwości bólowe w dniu 27.05.2013 powód wykonał prywatnie badanie RTG (k-56), a następnie 3.06.2013 badanie rezonansu magnetycznego (k-57-58). Wyniki badań potwierdzały prawidłowy przebieg leczenia. W opisach odnotowano „odcinek piersiowy kręgosłupa: krąg Th 7 nie wykazuje ucisku na kanał kręgowy, nie stwierdza się zmian dyskopatycznych w odcinku piersiowym kręgosłupa, kanał kręgowy prawidłowej szerokości, bez zmian uciskowych, kanały korzeniowe wolne, rdzeń kręgowy o prawidłowej objętości i sygnale, bez zmian ogniskowych, widoczne jest złamanie kompresyjne kręgu L 1, w górnym odcinku złamanego trzonu obszar hipointensywny po vertebroplastyce [k-57]; odcinek lędźwiowy kręgosłupa: w poziomie TH 12/ L 1 dyskretne kątowe zagięcie osi kręgosłupa z nieznacznym modelowaniem przedniej powierzchni worka oponowego, kanał kręgowy prawidłowej szerokości, kanały korzeniowe wolne, stożek rdzeniowy o prawidłowej objętości i sygnale, nić końcowa bez zmian, w odcinku lędźwiowym tarcze międzykręgowe prawidłowe, nie stwierdza się zmian dyskopatycznych” [k-58].

Dolegliwości bólowe nie ustępowały, a 5.06.2013 nasiliły się. Powoda przyjęto na oddział kardiologiczny, gdzie przebywał do 11.06.2013r. Skonsultowano go również neurologicznie, stwierdzono zespół neurasteniczny., arytmie nadkomorową, wdrożono leczenie farmakologiczne, skierowano do poradni psychologicznej i neurologicznej.

Na dzień 10.06.2013r. żona powoda umówiła prywatną wizytę u dr T. W. (1), który asystował przy operacji w dniu 29.01.2013r. Udała się na wizytę sama z dokumentacją (...) i RTG. Lekarz stwierdził prawidłowo postępujące leczenie. W dniu 12.06.2013r. powód udał się na wizytę u neurologa zaleconą na oddziale kardiologicznym. Neurolog wskazywał, że dolegliwości bólowe są wynikiem stresu pourazowego, zalecił wizytę u psychologa.

Kolejną prywatną wizytę u dr T. W. odbył w dniu 24.06.2016r. Lekarz stwierdził prawidłowo postępującą przebudowę złamań. Znaczne dolegliwości bólowe nie ustępowały

Podczas wizyty w dniu 27.07.2013r. powód dalej zgłaszał bóle okolicy operowanej. Na podstawie dostarczonego badań obrazowych stwierdzono prawidłowe ułożenie implantów, brak cech patologii. Nie stwierdzono utraty korekcji. Wydano powodowi skierowanie do (...). Powód podjął próby rehabilitacji w (...) – (...), gdzie przebywał od 25 lipca do 4 sierpnia 2013r. Pomimo bólu starał się uczestniczyć w zabiegach. Po powrocie gdy udał się na basen doznał silnego bólu który spowodował zachłystnięcie się wodą. Bóle nie ustępowały. We wrześniu 2013r. podjął ponowną próbę rehabilitacji. Pobyt powoda skrócono na jego prośbę. Wizyty kontrolne pooperacyjne u pozwanego były prawidłowe, zgodne ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, przy dostępnych metodach rozpoznawania i leczenia, zgodnie z zasadami etyki i przy zachowaniu należytej staranności i właściwych środków [opinia C. M. k-479-482; opinia uzupełniająca k-597-601; ustne wyjaśnienia do opinii dr P. K. i dr J. B. k-654-660]. W dniu 11.09.2013 wykonał prywatnie boczne zdjęcie kręgosłupa lędźwiowego i piersiowego RTG (k-72), badanie wykazało prawidłowe osadzenie implantów, brak objawów dyskopatycznych w odcinku piersiowym. Kolejne badanie rezonansu magnetycznego przeprowadził prywatnie 30.10.2013r.(k-75). Z opisu badania wynikało, że „trzon kręgu Th 7 o klinowato obniżonej wysokości z nierównymi blaszkami granicznymi, bez cech wpuklenia się do kanału kręgowego, klinowate obniżenie trzonu kręgu L 1 po złamaniu z nierówną górną blaszką graniczną oraz obszarami degeneracji tłuszczowej szpiku, tylną górną krawędź trzonu kręgu L 1 wpukla się dyskretnie do kanału kręgowego, modelując przednią powierzchnię worka oponowego, w pozostałym zakresie kanał kręgowy prawidłowej szerokości, bez zmian uciskowych, kanały korzeniowe obustronnie wolne, rdzeń kręgowy o prawidłowej objętości i sygnale, bez zmian ogniskowych”

Powód nawiązał kontakt z lekarzem ortopedą traumatologiem i neurochirurgiem dr (...), który wysunął podejrzenie obluźnienia stabilizacji. Z uwagi na silny ból powód zdecydował się na propozycję usunięcia instrumentarium i wypełnienie ubytków i łoży po śrubach cementem biochłaniającym, który miał przekształcić się w kość i zapobiec dalszej kifotyzacji. Z uwagi na utratę zaufania do lekarzy leczących go u pozwanego oraz długi okres oczekiwania na taką operację, zdecydował się na nią w trybie komercyjnym w (...). Operację przeprowadzono w dniu 29.11.2013r., przed zabiegiem wykonano badanie TK, z którego wynikał postępujący zrost złamania Th7, indeks trzonowy 0,75, kąt Cobba 22st., brak osteolizy wokół śrub [..]. [opinia C. M. k-479-482; opinia uzupełniająca k-597-601; ustne wyjaśnienia do opinii dr P. K. i dr J. B. k-654-660; wynik badania radiologicznego z 27.05.2013 k-56; MR kręgosłupa piersiowego i lędźwiowo-krzyżowego 3.06.2013 k-57 i 58; zdjęcia radiologiczne k-59-65 oraz 307-342; karta wypisowa oddziału kardiologicznego (...) w B. k-67-68; historia choroby pacjenta B. - (...). Sp. z o.o. k-66 i 70; karta leczenia (...) k-71 i 73, wynik badania radiologicznego zdjęcie boczne kręgosłupa lędźwiowego i piersiowego z 11.09.2013 k-72; MR kręgosłupa piersiowego 30.10.2013 k-75; karta informacyjna oddziału ortopedii (...) w K. k-48-49, 50-52 badanie MR z 15.01.2014, badanie MR kręgosłupa piersiowego z 11.04.2014 k-79, dokumentacja zdjęciowa k- 325-340, 341-342, płyty z badaniami obrazowymi k-140 i 343, zeznania powoda k-405v-407, zeznania świadka E. L. k-401v-403].

Operacja nie spełniła oczekiwań, chwilowo bóle ustąpiły. Badanie obrazowe z 15.01.2014 wykazało obniżenie indeksu trzonowego do 0,65 i wzrost kifotyzacji – kąt Cobba wynosił 27 st. Stan powoda się pogorszył, powróciły dolegliwości bólowe oraz doszło do dalszej deformacji kręgosłupa. Powód prywatnie konsultował się min. z Prof. Dr hab. N.med.

D. Z., prof. J.-P. S. oraz dr J. S., którzy wskazali na konieczność usunięcia trzonu Th7 i stabilizacji sąsiednich trzonów [sprawozdanie z konsultacji z prof. J. S. k-92-93, opinia dr J.'a S. k-85-88].

Powyższy stan faktyczny ustalono w oparciu o opinię C. U. w K. z dnia 27.08.2021 k- 479-482; opinię uzupełniającą z 31.08.2022r. k- 597-601, ustne wyjaśnienia do opinii k- 654-661, zeznania powoda jego żony świadka L.; zeznania interwientów ubocznych i wskazaną dokumentację medyczną]

C. U. w K. w opinii pisemnej wskazało, że z punktu widzenia rozważań o optymalnym sposobie postępowania można zastosować klasyfikację ciężkości uszkodzenia kręgosłupa piersiowo lędźwiowego. Powód otrzymałby 2pkt w klasyfikacji, a w takiej sytuacji rekomendowane było leczenie zachowawcze, jednakże operację przeprowadzono prawidłowo, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, przy dostępnych metodach rozpoznawania i leczenia, zgodnie z zasadami etyki i przy zachowaniu należytej staranności i właściwych środków. Odczuwane przez powoda dolegliwości bólowe są powikłaniem związanym ze zmianą stosunków anatomicznych. Poźniejsze leczenie (wizyty kontrolne) opisują sytuację kliniczną jednak z brakiem konstatacji co do komunikowanych doznań bólowych. Nie zlecono badania RTG w pozycji bocznej, które przesądziłyby czy doszło do obluzowania śrub. Niedobory te nie doprowadziły jednak do pogorszenia stanu zdrowia. Wskazano, że zgoda pacjenta na przeprowadzenie operacji nie odpowiada przepisowi art. 34 w zw z art. 31 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, jednakże też nie miała wpływu na stan zdrowia powoda

Do opinii złożył zastrzeżenia powód w piśmie z 18.10.2021 [k-545] zarzucając, że nie odpowiedziano, czy posadowienie stabilizacji po lewej stronie było prawidłowe i czy wykluczało reoperację, czy obluzowanie może wystąpić, jakie są przyczyny, jak się postępuje, jaki ma wpływ na proces leczenia, konsolidacji, drażnienia struktur nerwowych, czy można rehabilitować z obluzowaniem, czy niewykrycie obluzowania było zawinione, czy zakres usztywnienia był prawidłowy, czy zastosowano śruby o prawidłowej długości. W ocenie powoda wnioski opinii należy traktować jako błąd w sztuce medycznej. Operację przeprowadzono wbrew rekomendacjom, bez pozyskania prawidłowej zgody, a leczenie zachowawcze przyniosłoby lepszy efekt. Powód nie wyraziłby zgody na taką operację. Nie stworzono warunków do rehabilitacji.

Interwienienci uboczni w piśmie z 19.10.2021r. zarzucili nieprawidłową ocenę celowości przeprowadzenia operacji. Klasyfikacja, na którą powołano się w opinii w dniu operacji 29.01.2013 była już nieaktualna, przy wybuchowym złamaniu Th7 było zalecenie operacji, a wzorzec zgody pacjenta był zgodny z praktyką w 2013r.

W opinii uzupełniającej z 31.08.2022 i ustnych wyjaśnieniach do opinii z 25.01.2023r. wskazano już jednoznacznie, że problematyka sposobu leczenia i przesłanek przeprowadzenia operacji jest od wielu lat przedmiotem dyskusji specjalistycznych, nie ma jednoznacznych poglądów. Decyzja o operacji była autonomiczną decyzją lekarza uwzględniającą wszystkie warunki zewnętrzne, możliwości jednostki medycznej i stan samego pacjenta. Była prawidłowa. Stwierdzenie, że leczenie zachowawcze byłoby lepsze, jest niedopuszczalne. Operacja była skrajnie trudna (k-597). Śruby zostały osadzone prawidłowo, a że nie przebiegały w idealnej odległości od kanału kręgowego nie jest nieprawidłowością. Wynika to z budowy układu kostnego, nie można ich idealnie posadzić, zawsze są odchylenia, spowodowane min. z biodynamiką materiału (k-655-656). Błędne jest założenie powoda, że umiejscowienie śruby ma umożliwiać założenie kolejnej (k-656). Śruby w kanale kostnym (nasadzie łuku) nie mogą powodować bólu, gdyż nie powodują podrażnień nerwowych, nie stwierdzono konfliktu między materiałem zespalającym, a nerwem – byłoby to odnotowane w protokole operacyjnym historii choroby Szpitala w K. (k-658i 659). Nie było powiązania pomiędzy obluzowaniem śruby (o ile w ogóle miało miejsce), a problemami kardiologicznymi. Skierowanie na rehabilitację przy bólu nie było prawidłowe o tyle, że należało wykonać RTG (k-658) jednakże w efekcie nie było przeciwwskazań do rozpoczęcia rehabilitacji (k-655). Nie ma mowy by w czasie rehabilitacji doszło do naruszenia struktury kostnej i by się następnie odbudowywała. Ból wynikał z doznanego urazu był niezawinionym powikłaniem. (ustne wyjaśnienia k-658 i 660). Biegli jednocześnie zaznaczyli, że powód nie dołączył zdjęć RTG boczno kręgosłupa, które wykonał prywatnie 11 września 2013r (opis radiologiczny zdjęcia k-72). Sami bez osobistej oceny zdjęcia nie odnieśli się do wyników badania RTG i dlatego wskazali, że nie wykonano takiego zdjęcia. Pominięcie w opinii opisu zdjęcia nie wynika z niezaznajomienia się z tym dokumentem. Zdjęcie to przesądziłoby o tym czy można było podejrzewać

obluzowanie stabilizacji, żadne z pozostałych badań obrazowych na obluzowanie nie wskazują. Przyjęli na podstawie adnotacji w historii leczenia szpitalnego, że w chwili reoperacji było podejrzenie obluzowania. Jednakże nawet gdyby było obluzowanie to nie zmieniałoby oceny opinii, gdyż nie powodowało konfliktu z nerwem, nie przeszkadzało postępującemu wzrostowi złamania. Wskazali, że przy zaawansowanym procesie gojenia nie poprawia się śrub, z uwagi na zbyt duże ryzyko komplikacji, a poluzowanie jednej śruby nie powodowało destabilizacji zespolenia. Stabilizacja była zachowana do reoperacji. Pierwsza informacja o podejrzeniu obluzowania pojawiła się dopiero w listopadzie 2013r., nie weryfikowali czy w K. prawidłowo postawiono diagnozę (ustne wyjaśnienia k-660), przyjęli za diagnozą, że tak było. Nie miało to wpływu na prawidłowość leczenia powoda (ustne wyjaśnienia k-657). Żadna ze śrub nie doprowadziła do uszkodzenia struktury kostnej, nie było osteolizy, która wystąpiłaby przy obluzowaniu, kąt Coda był zachowany, zrost postępował. Stabilizacja pełniła do końca swoją zamierzoną funkcję, nie ma mowy o przemieszczaniu się implantu. Podtrzymali stanowisko co do nieprawidłowej formy zgody pacjenta na operację.

Sąd w pełni podzielił stanowisko opinii Instytutu. Sporządzający ją lekarze Rzeczowo i jasno rzeczowo opisali mechanizm urazu jego zakres. Decyzja co do celowości operacji była prawidłowa, oparta o możliwości szpitala uwarunkowania zdrowotne powoda, kompetencje operatorów. Co do zasady przyjęta metoda radykalnie zmniejszyła ryzyko powikłań. Operację i późniejsze leczenie przeprowadzono zgodnie ze wskazaniem aktualnej wiedzy medycznej, przy dostępnych metodach rozpoznawania i leczenia, zgodnie z zasadami etyki i przy zachowaniu należytej staranności i właściwych środków. Należy jeszcze wskazać, że ocenę biegłych potwierdza opis zdjęcia bocznego RTG, które powód wykonał prywatnie w dniu 11.09.2013r. [k-72]. Z opisu wynika, że w dniu wykonania zdjęcia stabilizacja jest prawidłowa i brak objawów dyskopatycznych w odcinku piersiowym. Badanie to w powiązaniu z innymi wykonanymi, łącznie przed reoperacją wskazuje na brak osteolizy, prawidłowe osadzenie implantów i zachowanie parametrów stabilizacji, postępujący zrost, co nie miałyby miejsca w razie utraty stabilizacji. Wątpliwe jest zatem czy podejrzenie poluzowania śrub istotnie się potwierdziło, chociaż nie ma to znaczenia dla oceny zachowania pozwanego co wyraźnie wskazano w ustnych wyjaśnieniach do opinii.

Można jedynie zaznaczyć, że w pierwszej karcie informacyjnej (...) w K., wydanej powodowi po pobycie w szpitalu, wpisano podejrzenie obluzowania (k-48), w późniejszej karcie informacyjnej z tego samego leczenia z nieznanymi przyczynami wpisywano już obluzowanie (k-50). Z historii choroby (...) szpitala nie można wywnioskować, czy obluzowanie potwierdziło się. Biegli przyjęli, że skoro wpisano podejrzenie obluzowania i następnie wpisywano obluzowanie to miało miejsce i brak podstaw do kwestionowania wpisu lekarza operującego. Jednakże nawet gdyby to obluzowanie miało miejsce, a jest wysoce prawdopodobnym, w świetle opisu zdjęcia z 11.09.2013r. [k-72], że w tym dniu jeszcze go nie było, to i tak nie miało wpływu na proces leczenia i prawidłowość decyzji lekarzy pozwanego. Za ustnymi wyjaśnieniami można wskazać, że przy postępującym zroście ingerencja w implanty, które nie utraciły stabilizacji, stwarza zbyt duże ryzyko. Obluzowanie śruby nie jest stanem interwencyjnym. W takiej sytuacji czeka się do pełnego zrostu i kontynuuje rehabilitację. Badania obrazowe, którymi dysponowano w czasie wizyt kontrolnych dawały możliwość prawidłowej oceny stanu zdrowia (u.w. k-657). Postępowanie pozwanego Szpitala na etapie wizyt kontrolnych było prawidłowe, a zastrzeżenie Instytutu zamieszczone w pisemnej głównej opinii, że wpisy w historii choroby nie zawierają konstatacji, nie zmieniają tej oceny, co wynika jednoznacznie z ustnych wyjaśnień i opinii uzupełniającej. Przy zachowanej stabilizacji zespolenia, na co wskazywały dostarczane przez powoda badania obrazowe, kierowanie powoda na rehabilitację przy zgłaszanych bólach nie było prawidłowe, ale w efekcie nie zmienia oceny prawidłowości tego etapu leczenia. Badania obrazowe, którymi dysponowano w czasie wizyt były wystarczające do oceny stanu zdrowia. RTG mogłoby jedynie wykluczyć podejrzenia obluzowania, o ile takie by się pojawiły. Opis badania RTG z 11.09.2013 zaprzecza obluzowaniu. Ponadto skoro powód wykonał zdjęcia RTG prywatnie w maju i wrześniu to z tej przyczyny postawiony w opinii zarzut, że nie skierowano go na badanie bocznego kręgosłupa RTG, które wykluczyłyby podejrzenie obluzowania, nie ma znaczenia. Z opisu zdjęcia wynika, że nie stwierdzono żadnych nieprawidłowości, zrost postępował, nie było podejrzenia obluzowania śrub. Co prawda samych zdjęć nie dostarczył do akt co uniemożliwiło ich bezpośrednią ocenę, jak oświadczył na rozprawie w dniu 25.01.2023 (k-661) nie jest w ich posiadaniu. Brak jakichkolwiek podstaw do kwestionowania opisu zdjęcia. W efekcie cały proces leczenia należy uznać za prawidłowy. Ból występujący u powoda był niezawinionym powikłaniem, mogącym wystąpić po takiej operacji.

Opinia uzupełniająca i przede wszystkim ustne wyjaśnienia szczegółowo odniosły się do każdego z zarzutów stawianych przez powoda i jasno wytłumaczyły niewłaściwe wnioski, które powód wywodzi z dokumentacji. Pracownicy (...) prawidłowo odmówili odpowiedzi na temat jakości i celowości reoperacji w K., nie mogło to być przedmiotem badania w niniejszej sprawie, bowiem sprawa nie dotyczy leczenia w (...) szpitalu. Również brak komentarza ze strony Instytutu do prywatnych wypowiedzi (stanowisk lekarzy, u których powód konsultował stan zdrowia) należy uznać za prawidłowy. Stanowiska te dotyczą okresu po reoperacji gdy stan zdrowia powoda pogorszył, są krótkie, odnoszą się do propozycji leczenia. Jedynie w opinii dr. S. jednym zdaniem wspomina, że w jego ocenie śruby były zbyt krótkie. Nie wskazał jednak dokładnie na jakich dokumentach oparł stanowisko, z czego to wywodzi, z jakimi dokumentami się zapoznał. Jak wskazano w opinii sposoby leczenia złamań kręgosłupa, stosowane metody i środki są przedmiotem ciągłych dyskusji specjalistycznych. Sąd podziela stanowisko C. M., że nie było uprawnione wdawanie się w polemikę czy komentowanie prywatnych stanowisk innych lekarzy, celem opinii było przedstawienie oceny prawidłowości postępowania pozwanego, co uczyniono jasno i jednoznacznie.

Zeznania świadka K. B., opiekunki dzieci powoda, pozostają w sprawie bez znaczenia odnoszą się do kondycji fizycznej powoda z okresu sprzed i po wypadku.

ROZWAŻANIA PRAWNE

Żądanie jest bezzasadne. Odpowiedzialność pozwanych oparta jest o normę przepisu art. 430kc, który stanowi, że kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej czynności. W świetle cytowanego wyżej przepisu przesłankami odpowiedzialności są występujące łącznie:

- wyrządzenie szkody przez osobę, której powierzono wykonywanie czynności;
- zawinione działanie lub zaniechanie tej osoby;
- normalny związek przyczynowy między takim działaniem lub zaniechaniem, a wyrządzoną szkodą.

Odpowiedzialność Szpitala ukształtowana jest więc na zasadzie winy, którą można mu przypisać tylko w wypadku wystąpienia elementu obiektywnej lub subiektywnej niewłaściwości postępowania. Element obiektywny występuje w przypadku naruszenia zasad wiedzy medycznej i doświadczenia, obowiązków, zaś element subiektywny wiąże się z zachowaniem przez lekarza staranności, ocenianej przy przyjęciu kryterium wysokiego poziomu przeciętnej staranności zawodowej (min. wyrok SN z 18.01.2013 IV CSK 431/12). Wysokie wymagania stawiane lekarzom nie oznaczają ich odpowiedzialności za wynik (rezultat). Odpowiedzialność lekarza powstanie zatem w wypadku błędu w sztuce medycznej, czyli przeprowadzenia zabiegu niezgodnie z zasadami wiedzy medycznej. Przy ocenie postępowania należy uwzględnić uzasadnione oczekiwanie nienarażenia pacjenta na pogorszenie stanu zdrowia. W bezpośrednim związku z określeniem podstaw odpowiedzialności lekarza pozostaje ryzyko medyczne gdyż nawet przy postępowaniu zgodnym z aktualną wiedzą medyczna i przy zachowaniu należytej staranności nie da się wykluczyć ryzyka powstania szkody. Pojęciem dozwolonego ryzyka jest objęte także niepowodzenie medyczne. Ryzyko, jakie bierze na siebie pacjent, wyrażając zgodę na zabieg operacyjny, obejmuje tylko zwykłe powikłania pooperacyjne. Ryzykiem pacjenta nie są jedynie objęte komplikacje powstałe wskutek pomyłki, nieuwagi lub niezręczności lekarza. Nie można mówić natomiast o odpowiedzialności za wynik operacji, podczas której doszło do powikłań spowodowanych szczególnymi okolicznościami, niezależnymi od zachowania lekarza. (SA w Lublinie z 4.03.2009 r. I ACa 12/09). Zarówno leczenie operacyjne powoda jak i leczenie pooperacyjne było prawidłowe. W niniejszej sprawie mamy do czynienia z sytuacją, w której powikłanie bólowe było niezależne od operujących lekarzy. Jest to więc powikłanie, za które pozwany nie może ponosić odpowiedzialności. Tym samym żądania zadośćuczynienia z art. 445§1kc z uwagi na uszkodzenie ciała i wywołania rozstroju zdrowia podczas przeprowadzonej u powoda operacji w dniu 29.01.2013r. jest bezzasadne. Operacja i dalsze leczenie zostały przeprowadzone prawidłowo zgodnie ze wskazaniem aktualnej wiedzy medycznej, przy dostępnych metodach rozpoznawania i leczenia, zgodnie z zasadami etyki, przy zachowaniu należytej staranności

i zastosowaniu właściwych środków. Z tych przyczyn również żądanie odszkodowania oparte o przepis art. 444§1kc obejmujące koszty leczenia, opieki, rehabilitacji i innych wydatków oraz żądanie zasądzenia renty wyrównawczej z art. 444§2kc jest nieuzasadnione.

Opisać zgodę, że stanowi odrębne z niezgłoszone roszczenie

Treść podpisanego przez powoda w szpitalu oświadczenia o wyrażeniu zgody na zabieg operacyjny [k-220] uniemożliwia ustalenie dokładnego zakresu przekazanej informacji, jednakże ewentualne roszczenie o zadośćuczynienie, będące następstwem naruszenia praw pacjenta, o którym stanowi art. 4 ust. 1 ustawy z 2008 r. - o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta ma odrębny charakter i inne zasady odpowiedzialności sprawcy niż roszczenie o zadośćuczynienie wynikające z art. 445§1k.c. w zw. z art. 444§1i2k.c. Roszczenie takie nie zostało zgłoszone.

Na mocy art. 235² §1pkt 2 kpc pominięto dowód z kolejnej opinii biegłego z zakresu ortopedii, neurochirurgii oraz z zakresu rehabilitacji. Dowody te są zbędne wobec jednoznacznych ustaleń opinii instytutu naukowego. Dodatkowo należy wskazać, że zakreślona przez powoda teza dowodowa (oświadczenie na rozprawie w dniu 25.01.2023 k-660) wykracza poza przedmiot sprawy, powód zmierzał do ustalenia czy działania podmiotu przeprowadzającego reoperację było prawidłowe. Jest to nieistotne dla rozstrzygnięcia sprawy.

W świetle powyższego na mocy art. 15zszs² ustawy z 2.03.2020r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych zamknięto rozprawę na posiedzeniu niejawnym w pkt 1 powództwo oddalono, w pkt 2 na zasadzie art. 102kpc odstąpiono od obciążania powoda kosztami zastępstwa procesowego pozwanego i interwenientów. Sprawa należy do skomplikowanych, powód nie wniósł roszczenia pochopnie, podjął przedprocesowe kroki do ustalenia odpowiedzialności pozwanego, dopiero szerokie postępowanie dowodowe pozwoliło na wykluczenie odpowiedzialności.