

Sygn. akt: I ACa 1148/12

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 16 stycznia 2014 r.

Sąd Apelacyjny w Łodzi I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Bożena Wiklak
Sędziowie:	SSA Anna Cesarz (spr.) SSO del. Jacek Pasikowski
Protokolant:	st. sekr. sądowy Julita Postolska

po rozpoznaniu w dniu 16 stycznia 2014 r. w Łodzi

na rozprawie

sprawy z powództwa **K. S.**

przeciwko **J. M.**

z udziałem interwenienta ubocznego po stronie pozwanego **Towarzystwa (...) Spółki Akcyjnej w W.**

o zadośćuczynienie, odszkodowanie, rentę i ustalenie

na skutek apelacji obu stron

od wyroku Sądu Okręgowego w Łodzi

z dnia 28 czerwca 2012 r. sygn. akt II C 1257/09

z apelacji powódki:

I. zmienia zaskarżony wyrok w punktach 1, 3, 4, 5, 6 w ten tylko sposób, że:

- a) **w pkt 1 w odnośniku drugim podwyższa kwotę 117,50 złotych do kwoty 5.997,50 (pięć tysięcy dziewięćset dziewięćdziesiąt siedem złotych pięćdziesiąt groszy)**
- b) **w pkt 1 w odnośniku trzecim podwyższa rentę na zwiększone potrzeby z kwoty po 30 złotych do kwoty po 150 (sto pięćdziesiąt) złotych miesięcznie**
- c) **w pkt 5 podwyższa należność od J. M. z kwoty 4.616,03 złotych do kwoty 5.262,24 (pięć tysięcy dwieście sześćdziesiąt dwa złote dwadzieścia cztery grosze),**

d) w pkt 6 obniża należność od K. S. z kwoty 4.614,03 złotych do kwoty 3.969,76 (trzy tysiące dziewięćset sześćdziesiąt dziewięć złotych siedemdziesiąt sześć groszy),

II. oddala apelację powódki w pozostałej części oraz apelację pozwanego i interwenienta ubocznego w całości,

III. zasądza od K. S. na rzecz J. M. kwotę 4.736,65 (cztery tysiące siedemset trzydzieści sześć złotych sześćdziesiąt pięć groszy) tytułem zwrotu części kosztów procesu w postępowaniu apelacyjnym,

IV. nie obciąża powódki obowiązkiem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego na rzecz interwenienta ubocznego,

V. nakazuje pobrać od J. M. na rzecz Skarbu Państwa Sądu Okręgowego w Łodzi kwotę 373 (trzysta siedemdziesiąt trzy złote) tytułem nieuwiszczonej opłaty od uwzględnionej części apelacji powódki.

Sygn. akt I ACa 1148/12

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 28 czerwca 2012 r. Sąd Okręgowy w Łodzi zasądził od pozwanego J. M. na rzecz powódki K. S. kwotę 50.000 zł tytułem zadośćuczynienia, kwotę 117,50 zł, rentę na zwiększone potrzeby w kwocie po 30 zł miesięcznie, płatne do 5. dnia każdego miesiąca z odsetkami ustawowymi w razie uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat, poczynając od 6 września 2009 r., ustalił, że pozwany odpowiada za skutki przeprowadzonego w dniu 7 grudnia 2007 r. zabiegu operacyjnego, oddalając powództwo w pozostałej części oraz orzekając w przedmiocie kosztów procesu.

Powyższe rozstrzygnięcie zostało wydane na podstawie ustaleń, które Sąd Apelacyjny w całości podzielił i przyjął za własne. Z ustaleń tych wynika, że w dniu 27 listopada 2007 r. powódka K. S. została skierowana przez pozwanego do zabiegu operacyjnego w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej (...) sp. z o.o. z siedzibą w Ł..

W dniu 7 grudnia 2007 r. powódka poddała się zabiegowi operacyjnemu, który polegał na korekcji palucha koślawego metodą V. N. ze stabilizacją prętem K. oraz korekcją palca **II**. Zabieg został przeprowadzony przez pozwanego w znieczuleniu 1% lignokainą sposobem D. V..

Po zabiegu zalecono powódce kontynuowanie leczenia w poradni ortopedyczno - urazowej i rehabilitacyjnej, chodzenie przy pomocy kul z zakazem obciążania operowanej kończyny. Przepisano leki o działaniu przeciwbólowym, przeciwzkrzepowym, poprawiające krążenie żyłne, działające korzystnie na florę jelitową i antybiotyki.

W dniu 8 grudnia 2007 r. powódka została przewieziona z domu karetką Pogotowia (...) do Wojewódzkiego Szpitala

(...) (...) w Ł.. Lekarz ortopeda badający powódkę stwierdził prawidłowe gojenie rany, wyczuwalne tętno na tętnicy grzbietowej stopy. Poza tym stwierdzono bladość skóry, obrzęk prawego przodostopia, brak czucia I-III palców.

Następnie powódka została przewieziona do Wojewódzkiego (...) na Oddział (...) (...), gdzie przebywała od 8 grudnia 2007 r. do 15 grudnia 2007 r. z rozpoznaniem niedokrwienia prawej stopy, niedowładu prawej stopy głównie w zakresie nerwu strzałkowego, stanu po plastyce koślawego palucha prawego. Po badaniach USG-D i ABI wykluczono przewlekłe niedokrwienie kończyn dolnych. Powódka otrzymała leczenie przeciwzkrzepowe i jej stan w czasie hospitalizacji uległ wyraźnej poprawie.

W dniu 18 grudnia 2007 r. pozwany w karcie z poradni zanotował: „zmiana opatrunku. Rana czysta. Kontrola za 7 dni”, natomiast w dniu 21 grudnia 2007 r.: „zmiana opatrunku, częściowe usunięcie szwów z palca II, usunięcie zmian martwiczych w obrębie naskórka”.

Od 27 grudnia 2007 r. kolejne wpisy do kart w poradni były dokonywane przez doktora G. D. (1). Opisywał on dość szczegółowo zmiany w postaci krwiaka, pęcherzy surowiczych, demarkację i stopniowe wycinanie martwiczych tkanek, powolny postęp gojenia w postaci ziarninowania.

W dniu 14 lutego 2008 r. powódce usunięto drut K. i stwierdzono ograniczenie ruchomości stawów śródstopno - palcowych I i II palca. Zalecono wykonywanie ćwiczeń. Powódka nadal nie mogła obciążać operowanej kończyny. Dopiero w dniu 6 marca 2008 r. po ocenie kolejnych zdjęć RTG zezwolono na obciążanie operowanej kończyny z jednoczesnym zastosowaniem wkładek ortopedycznych.

W dniu 3 kwietnia 2008 r. doszło do ostatecznego zagojenia rany pooperacyjnej. Następnie kontynuowano usprawnianie, ale bez wyraźnego postępu. Utrzymywał się obrzęk kończyny i ograniczenie ruchomości stawów śródstopno - palcowych I i II palca.

Od 10 kwietnia 2008 r. powódkę skierowano na zabiegi fizjoterapeutyczne. Następową stopniową poprawą. W dniu 27 maja 2008 r. stwierdzono u powódki ograniczenie ruchomości stawów śródstopno - palcowych I i II palca. W zdjęciu RTG opisano zrost. Stwierdzono widoczne martwicze brzoży i dno rany pooperacyjnej przebiegającej wzdłuż I kości śródstopia. Na II palcu widoczne prawidłowe wygojenie rany.

W dniach 6 marca 2008 r. i 27 marca 2008 r. powódka zakupiła wkładki ortopedyczne o łącznej wartości 117,50 zł.

Orzeczeniem lekarza z ZUS z dnia 14 kwietnia 2008 r. K. S. została uznana za częściowo niezdolną do pracy do 31 października 2007 r.

Warunku panujące na sali operacyjnej w (...) sp. z o.o. z siedzibą w Ł. są bardzo dobre, sprzęt i narzędzia są nowe.

Cały zespół operacyjny składa się z instrumentariuszki czystej, instrumentariuszki brudnej, lekarza i salowej.

Wszystkie środki dezynfekujące posiadają wymagane standardy. Personel nie sterylizuje opasek opatrunkowych, gazików, strzykawek, a jedynie narzędzia, części bielizny operacyjnej, prześcieradła, fartuchy, serwety i część bielizny na stół, które sterylizowane są w parowych autoklawach. Stosowane są kontrolki sterylizacyjne i testery, zmieniające zabarwienie. Wskazują one tym samym, czy proces sterylizacji odbył się prawidłowo. Kontrolka sterylizacji stosowana jest do każdego zabiegu. Narzędzia sterylizowane są w temperaturze 134 st. C.

Personel medyczny podczas znieczulenia miejscowego, któremu była poddana powódka, stosuje najczęściej lidnokainę 2% i uzupełnia dwiema

kroplami adrenaliny, do której dobierana jest sól fizjologiczna. Roztwór

i

znajduje się w dwóch 20 cm strzykawkach o objętości 40 cm³. Nie zawsze podawana jest pełna dawka, zależy to od intensywności doznań bólowych pacjenta. Pacjent w trakcie zabiegu, który trwa około 50 - 60 minut, jest przytomny.

Pielęgniarki pracujące z pozwanym w prywatnej klinice M. K. i B. B. nigdy nie były obecne przy zabiegu, podczas którego zaszyto brudną ranę.

Pacjent poddany operacji w (...) sp. z o.o. z siedzibą w Ł. po zabiegu leczy się w poradni. Pozwany zazwyczaj operuje w piątki. Pacjent powinien stawić się w poradni w poniedziałek w celu zmiany opatrunku i sprawdzeniu, czy rana goi się właściwie.

Istnieją podstawy do stwierdzenia, że zabieg przeprowadzony u powódki w dniu 7 grudnia 2007 r. w (...) sp. z o.o. z siedzibą w Ł. pod względem ortopedycznym nie był wykonany prawidłowo i zgodnie ze sztuką lekarską gdyż po typowym zabiegu wystąpiło powikłanie w postaci martwicy tkanek wokół rany operacyjnej. Z dostępnej dokumentacji

wynika, że brak jest innych uchwytnych przyczyn tej sytuacji związanych np. z wcześniejszym stanem zdrowia powódki. Brak jest informacji o schorzeniach typu cukrzyca, polineuropatia, angiopatia itp.

Badanie USG-D. wykonane w szpitalu (...) w Ł. potwierdziło prawidłowy stan naczyń krwionośnych powódki.

Po przedmiotowym zabiegu operacyjnym nastąpiło powikłanie w postaci stosunkowo głębokiej martwicy tkanek miękkich w okolicy operacji I kości prawego śródstopia. Było to spowodowane szeregiem przyczyn. Najbardziej prawdopodobną i decydującą przyczyną było użycie nadmiernej ilości adrenaliny dodanej do środka znieczulającego. Adrenalina jest substancją powodującą m. in. obkurczenie drobnych naczyń krwionośnych. Stosowanie w typowy sposób dodatku „dwóch kropelek” adrenaliny do objętości 40 ml roztworu lido - czy lignokainy nie powinno skutkować martwicą tkanek po ich nastrzyknięciu, jedynie zamierzonym czasowym obkurczeniem drobnych naczyń i zmniejszeniem w ten sposób krwawienia śródoperacyjnego. W niektórych przypadkach może jednak zaistnieć nadmierna reakcja naczyń krwionośnych na adrenalinę. Nie można także wykluczyć błędu człowieka sporządzającego roztwór leku znieczulającego z dodatkiem „dwóch kropelek” adrenaliny. Jest również prawdopodobne, że szybkie wstrzykiwanie miejscowo znacznej objętości płynu przy stosunkowo ubogiej warstwie tkanki podskórnej w tej okolicy dodatkowo powodowało mechaniczny ucisk naczyń sprzyjający zwiększaniu niedokrwienia. Ostatnią z przyczyn mogło być zbyt traumatyzujące wykonywanie samego zabiegu przez operatora i nadmierne uciskanie tkanek narzędziami. Nie można również wykluczyć zbiegu wszystkich z w/w przyczyn. W wielu ośrodkach leczniczych w ogóle nie stosuje się dodatku adrenaliny do środków miejscowo znieczulających ze względu na zwiększone ryzyko powstania miejscowej martwicy tkanek.

Operacja, której poddała się powódka, miała służyć poprawieniu koślawego ustawienia palucha i usunięcia zniekształcenia młotowego prawej stopy. Cel operacji został osiągnięty. Zarówno w trakcie zabiegu, jak i czynności przygotowawczej, czy po zabiegu nie twierdzono błędu w sztuce lekarskiej. Nie wystąpiło nadmierne krwawienie podczas zabiegu, ani po nim. Nie stwierdzono błędów w sposobie podawania leków znieczulających. Nie wykonuje się żadnych prób działania takiego znieczulenia na innym obszarze ciała.

Dość często stosowaną praktyką w ośrodkach jest dodawanie środka znieczulającego, obkurczającego, czyli adrenaliny. Jest to ryzykowne, ale w większości wypadków nie dochodzi do powikłań. W przypadku powódki było inaczej. Adrenalina nie jest środkiem znieczulającym, a obkurczającym naczynia obwodowe. Wstrzykiwanie adrenaliny jest procedurą ryzykowaną, ale dopuszczalną. Zabieg można było przeprowadzić bez wstrzyknięcia adrenaliny.

Po użyciu adrenaliny do powikłań, jakich doznała powódka, może dochodzić, dlatego wiele ośrodków wycofało się z tego rodzaju wstrzykiwań.

Niewątpliwie personel bloku operacyjnego był personelem przeszkolonym, przy czym procedura dodawania „na oko” może doprowadzić do przedawkowania. Podawanie w trakcie zabiegu, trwającego około 1,5 godziny, środka znieczulającego za pomocą kilku wkuć zwiększa ryzyko mechanicznego uszkodzenia tkanek na skutek rozpierania tkanek miękkich przez roztwór. A ryzyko z podaniem adrenaliny jest takie samo przy każdym wstrzyknięciu. Stopa jest uboga w tkankę podskórna, wobec czego to ryzyko jest duże. Dlatego też bezpieczniejszym sposobem jest podawanie znieczulenia do kręgosłupa. Mniejsze ryzyko byłoby wtedy, gdyby zabieg trwał tak krótko, jak po podaniu jednorazowo środka znieczulającego. Skoro nastąpiła konieczność kolejnych dawek znieczulenia, nie ma znaczenia, czy zabieg trwał godzinę czy półtora. Nie chodzi tu o ilość wstrzykniętej lignokainy jednorazowo, tylko o efekt. Należy podawać taką ilość, która powoduje znieczulenie, a to ocenia się w trakcie tej czynności. Kolejne wstrzyknięcia raczej nie mogły doprowadzić do wystąpienia krwotoku śródoperacyjnego, bowiem podawanie kolejnych porcji adrenaliny sprzyja ograniczeniu krwawienia.

Obowiązkiem operatora jest przeprowadzenie wywiadu z pacjentem, co skutkuje przeprowadzeniem bezpiecznego zabiegu. U powódki nie stwierdzono schorzeń, które wpływałyby na konieczność przeprowadzenia zabiegu. Czasem

występuje samoistna migracja drutu K. do tkanek, nie można też wykluczyć, że doszło do urazu stopy, np. na skutek uderzenia. Na obecny stan kończyny mógł mieć wpływ brak całkowitego obciążenia stopy.

Takie elementy jak kofeina, alkohol mogą prowadzić do negatywnych skutków zabiegu, ale niekiedy alkohol powoduje poprawę ukrwienia tkanek miękkich.

Uszczerbek na zdrowiu powódki na skutek powikłań, które wystąpiły po zabiegu operacyjnym wykonanym w dniu 7 grudnia 2007 r. jest stały i wynosi obecnie 5% wg poz. 169: „Inne uszkodzenia stopy pozostawiające zmiany bliznowate i zniekształcające - w zależności od stopnia upośledzenia czynności - 1-15". załącznika do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2002 r.

U powódki stwierdzono utrwalony przykurcz I i II palca prawej stopy i bliznowate zmiany w okolicy I kości śródstopia skutkujące zaburzeniem chodu. Po dwóch latach od zabiegu jest wysoce wątpliwe, że zmiany te na skutek dalszego leczenia usprawniającego lub nawet operacyjnego mogą jeszcze ulec znaczącej poprawie. Uzasadnia to uznanie uszczerbku za stały, a zmiany zaistniałe u powódki należy uznać za już utrwalone. Uszczerbek na zdrowi określa się co najmniej po upływie sześciu miesięcy po zabiegu. Jeśli po sześciu miesiącach występowałoby sączenie to można byłoby stwierdzić uszczerbek o charakterze długotrwałym. U powódki nie wystąpił uszczerbek w zakresie zniekształcenia palców.

K. S. przez sześć miesięcy po zabiegu operacyjnym wykonanym w dniu 7 grudnia 2007 r. wymagała systematycznego leczenia, które aktualnie już nie jest niezbędne. Powódka do końca maja 2008 r. pozostawała pod kontrolą w poradni. Miała wykonywane liczne opatrunki, otrzymywała leki. W ciągu tego okresu następowała powolna poprawa stanu miejscowego w postaci postępującego zrostu kości po osteotomii i gojenia się tkanek po zaistniałej martwicy. Następowало także stopniowe zmniejszanie się dolegliwości bólowych i utrudnień związanych z koniecznością chodzenia przy pomocy kul, ograniczaniem obciążania operowanej kończyny. Po maju 2008 r. dalsza poprawa praktycznie już nie występowała.

Powódka po operacji przyjmowała leki o działaniu przeciwbólowym, przeciwzapalnym, leki przeciwzakrzepowe i poprawiające krążenie żyłne. Ich koszt był uzależniony od okresu stosowania. Początkowo po zabiegu odczuwała większe bóle, przyjmowała leki codziennie. Później stosowała leki przeciwbólowe w mniejszych ilościach i w zależności od subiektywnie odczuwanych dolegliwości. Powódka miała zalecone stosowanie leków przeciwzakrzepowych (fraxiparine). W kartach leczenia ambulatoryjnego w poradni (...) Sp. z o.o. wymienione są leki: dicloberl retard, diprofos, diosminex, transtec, detralex, trama 1, fragmin, iruxol mono. Nie są podane ilości opakowań. Wszystkie wymienione leki należy uznać za uzasadnione procesem leczenia. Można przyjąć, że w okresie pół roku systematycznego przyjmowania leków po zabiegu ich koszt mógł wynosić około 100 zł miesięcznie. Później ich koszt mógł ograniczyć się do kwoty mniej niż 10 zł - 30 zł miesięcznie.

Powódka miała ograniczoną zdolność poruszania się po zabiegu. Zakres pomocy osób trzecich w związku z prawidłowym przeprowadzeniem zabiegu i niepo wnikłym gojeniem byłby konieczny przez 2-3 miesiące po 2-3 godziny. U powódki okres ten wydłużył się o kolejne 2 - 4 miesiące z takim samym czasem pomocy.

U powódki występuje ograniczenie ruchomości stawu skokowego, dlatego jest wątpliwe, aby powrócił stan, który miał miejsce przed operacją. Nie można wykluczyć, że z czasem mogą wystąpić zmiany zwyrodnieniowe w stawie skokowym.

Po zabiegu K. S. doznała cierpienia fizycznych i psychicznych. Mogło to trwać około 4 miesięcy. W przyszłości może zająć potrzeba wykonywania cyklu rehabilitacji w zakresie stawu skokowego. Obecnie tego rodzaju potrzeba również może wystąpić w zależności od subiektywnie zgłaszanych dolegliwości bólowych. Dla powódki zalecane jest obuwie o sprężystej podeszwie, amortyzujące. Wyższe obcasy są raczej niewskazane, przy czym powódka na krótkie okresy może takie obuwie nosić.

W wyniku operacji korekcyjnej koślawego palucha i zniekształconego II palca prawej stopy, której powódka została poddana w dniu 7 grudnia 2007 r., powstały u niej negatywne skutki estetyczne w postaci płaszczyznowej blizny przerostowej grzbietowej powierzchni śródstopia. Blizna ta jest trwałym następstwem zachowawczego wygojenia się (przez ziarninowanie i nabłonkowanie) rany spowodowanej ubytkiem skóry grzbietowej powierzchni śródstopia.

Ubytek skóry grzbietowej powierzchni śródstopia powstał w wyniku martwicy skóry, która z kolei wystąpiła na skutek jej niedokrwienia.

Niedokrwienie skóry grzbietowej powierzchni śródstopia było powikłaniem operacji korekcyjnej koślawego palucha i zniekształconego II palca prawej stopy. Powikłanie to miało charakter powikłania rzadkiego, nadzwyczajnego dla tego rodzaju zabiegu, gdyż nie miało charakteru powikłania zwykłego (np. miejscowego odczynu zapalnego lub braku poprawy wyglądu palca drugiego), do którego zawsze może dojść po całkowicie poprawnie i z należytą starannością przeprowadzonym zabiegu operacyjnym. Oszpeczenie wyglądu powódki przez płaszczyznową bliznę przerostową grzbietowej powierzchni śródstopia stanowi przyczynę jej dyskomfortu psychicznego. Blizna ta ogranicza możliwość dowolnego doboru ubioru (obuwia), co spowodowane jest naturalną i zrozumiałą tendencją do zakrywania blizn szpecących oraz uniemożliwia noszenie obuwia na wysokim obcasie z uwagi na przerostowy charakter blizny i jej lokalizacją. Nie są to ograniczenia samoobsługi, lecz ograniczenia, które u każdej kobiety traktowane być winne z całkowitą powagą.

Blizna przyrostowa, która wystąpiła u powódki, wymagała stosowania maści witaminowych, C. lub C.. Stosowanie lub nie tego zalecenia jest dobrowolne i nie wpływa na stan zdrowia pacjentki. Koszt miesięcznej kuracji maściami wynosi około 100 zł. Można również stosować peelingi laserowe. Czasokres i częstotliwość zabiegów zależy od uzyskiwanych efektów.

Nie istnieje możliwość całkowitego usunięcia, wyleczenia blizny, bowiem jest ona trwałym następstwem wygojenia się każdej rany. Chirurgiczne wycięcie blizny powoduje powstanie nowej. Następstwem każdej operacji jest blizna pooperacyjna. Blizna na śródstopiu jest blizną powstałą po powikłaniu pooperacyjnym, wskutek martwicy.

Wycinanie tkanek, które zastosowano u powódki, jest rutynowym zabiegiem. Zbyt wczesne zdjęcie szwów najczęściej skutkuje rozejściem się rany. Po rozejściu się rany pooperacyjnej postępowaniem z wyboru jest założenie szwów wtórnych. Każde rozejście rany pooperacyjnej zwiększa bliznę pooperacyjną. Ucisk opatrunku pooperacyjnego mógł spowodować niedokrwienie tkanek.

Zgodnie z dyspozycją punktu 3 § 8 załącznika Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2002 r. (Dz. U. Nr 234, Poz.1974) bliznę stopy prawej u powódki należy ocenić przez analogię (co do zasady oceny) do pkt. M. par. 169 [uszkodzenia stopy pozostawiające zmiany bliznowate (1-15%)] załącznika, jako poniżej średnią wartość przewidzianą dla tego przepisu załącznika, a jednocześnie (co do wysokości oceny) przez analogię do par. 19 a, jako jedyne przepisu załącznika, mówiącego literalnie o oszpeczeniu wyglądu spowodowanego bliznami twarzy, bez zaburzeń funkcji [1- 10%], jako średnią wartość przewidzianą dla tego przepisu załącznika. Trwały uszczerbek na zdrowiu wyłącznie z punktu widzenia chirurgii plastycznej, jako trwałe oszpeczenie wyglądu, wynosi 5%.

Powyższa ocena jest niezależna od oceny biegłego z zakresu ortopedii i się z nią nie pokrywa, lecz sumuje, ponieważ nie obejmuje ani blizn pooperacyjnych palców stopy, ani zniekształcenia pooperacyjnego palca drugiego, które wchodzi w skład oceny biegłego ortopedy, odpowiadając także wyczerpująco kryteriom par. 169 [uszkodzenia stopy pozostawiające zmiany bliznowate (1-15%)], zastosowanym również przez biegłego z zakresu ortopedii w zakresie 5% trwałego uszczerbku na zdrowiu.

Badaniem neurologicznym przeprowadzonym u powódki stwierdzono następujące odchylenia od stanu prawidłowego:

znaczne ograniczenie czynnego prostowania prawej stopy,

osłabienie czucia powierzchniowego na zewnętrznej stronie prawej stopy oraz brak czucia na stronie wewnętrznej prawej stopy - w okolicy blizny.

W wyniku operacji korekcyjnej koślawego palucha i zniekształconego II palca prawej stopy, której powódka K. S. został poddana w dniu 7 grudnia 2007 r., wystąpiły u niej zaburzenia czucia powierzchniowego i niedowład prawej stopy.

Niedowład prawej stopy, polegający na znacznym ograniczeniu prostowania czynnego prawej stopy oraz osłabienie czucia powierzchniowego na zewnętrznej powierzchni prawej stopy, związane są z uszkodzeniem nerwu strzałkowego prawego w wyniku niedokrwienia. Osłabienie czucia na przyśrodkowej powierzchni prawej stopy - w okolicy blizny wynika z uszkodzenia drobnych nerwów skórnych. Przykurcz ścięgna Achillesa może mieć wpływ na zginanie stopy.

Kiedy u powódki stwierdzono opadanie stopy, powinna była przyjmować lek o nazwie N. - jedną ampulkę dziennie, którego koszt miesięczny wynosi 250 zł. Podanie leku powinno nastąpić przez personel medyczny, choć można nauczyć przyjmowania leku pacjenta. Powódka powinna korzystać z pomocy rehabilitanta. W początkowym okresie rehabilitacja była niemożliwa z uwagi na niedokrwienie. Zabiegi występują w pewnych cyklach.

Trwały procentowy uszczerbek na zdrowiu powódki z uwagi na uszkodzenie prawego nerwu strzałkowego wynosi 15% z punktu 181 u załącznika do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2002 r.

U powódki nie stwierdzono porażenia nerwu strzałkowego, a jedynie niedowład, co skutkowało przyznaniem uszczerbku w średniej granicy widełek, wpłynął na to również przykurcz ścięgna Achillesa. Z powodu przykurczu ścięgna Achillesa nie występują zaburzenia czucia powierzchniowego w zakresie nerwu strzałkowego. Do porażenia doszło na skutek niedokrwienia, a nie podczas zabiegu. Nerw strzałkowy unerwia zewnętrzną stronę stopy, czyli palec 4 i 5 odpowiada za zginanie stopy.

Skutkiem niedokrwienia może być porażenie nerwu strzałkowego, co miało miejsce w przypadku powódki. Niedokrwienie po zabiegu mogło mieć inny zasięg niż samo pole operacyjne. Nerw strzałkowy odpowiada za zgięcie grzbietowe stopy oraz za czucie powierzchniowe na zewnętrznej stronie podudzia i grzbietowej stronie stopy, zwłaszcza małych palców.

Rokowania powódki na przyszłość nie są pomyślne. Po upływie 3,5 roku od zabiegu nie należy spodziewać się dalszej poprawy w zakresie zmniejszenia uszkodzenia prawego nerwu strzałkowego.

Powikłana operacja korekcyjna koślawego palucha i zniekształconego II palca prawej stopy oraz jej następstwa wpłynęły negatywnie na stan psychiczny powódki.

Zakres cierpień psychicznych i fizycznych na skutek doznanych zmian był znaczny w początkowym okresie, gdyż dolegliwości bólowe, unieruchomienie i konieczność opieki ze strony innych osób powodowały silne reakcje emocjonalne. Jednak w tym okresie powódka nastawiona była pozytywnie, gdyż oczekiwała na całkowity powrót do zdrowia. Jest to stadium w przebiegu procesów adaptacyjnych do poniesionej szkody, kiedy są silne mechanizmy obronne, co paradoksalnie powoduje, że samopoczucie psychiczne osób poszkodowanych jest dobre. Obecnie powódka jest już świadoma trwałości zaistniałych zmian i teraz samopoczucie jest gorsze.

Rokowanie odnośnie powrotu do zdrowia w zakresie stwierdzonych zaburzeń psychicznych jest raczej pomyślne, na co wskazuje aktualne funkcjonowanie powódki. W dużym stopniu uzależnione będzie od dalszej akceptacji siebie, mimo deficytu ruchowego (uniemożliwiającego noszenie szpilek) i widocznych zmian na stopie.

Aktualnie w przypadku powódki wskazana jest terapia psychologiczna ukierunkowana na przyspieszenie procesów adaptacyjnych i poprawę samooceny. Jednak pełna akceptacja psychiczna tych zmian nie jest możliwa. Podstawowym czynnikiem zakłócającym funkcjonowanie psychiczne u powódki jest zmiana obrazu całego siebie. Dla kobiety wygląd jest bardzo istotny. Wygląd jest czynnikiem obniżającym samoocenę. Drugim czynnikiem jest samo zdarzenie traumatyczne, które przeżyła, tj. to że po zabiegu nie czuła nogi, usłyszała również, komunikat, iż noga będzie

prawdopodobnie amputowana. Powódka nie leczyła się psychologicznie. Na ocenę psychiczną wpływają także inne czynniki, tj. sytuacja rodzinna, zawodowa. Powódka ma objawy obniżonego nastroju. W zależności od stopnia nasilenia można włączyć leczenie farmakologiczne, jeśli chodzi o objawy depresji. Jednak nie zachodzi potrzeba leczenia farmakologicznego, skoro powódka nie wyraziła inicjatywy w tej kwestii. Nie istnieje 100% pewności, że przeprowadzona terapia psychologiczna przyniesie efekt. Niemożliwe jest stopniowanie czynników w przypadku funkcjonowania psychicznego, nie ma skali cierpienia, bezradności.

Dodatek adrenaliny do roztworu środka znieczulenia miejscowego jest powszechnie stosowany w praktyce lekarskiej. Roztwory takie przygotowywane są fabrycznie, np. preparat M./(...) Z., gdzie 1 ml. roztworu zawiera 5 mg marcainy i 5 mikrogramów adrenaliny, lub jeżeli nie ma gotowego produktu, doraźnie dodaje się adrenalinę do roztworu np. lignocainy. Dodatek adrenaliny do roztworu środka znieczulenia miejscowego ma korzystne działanie przejawiające się: wydłużeniem czasu działania podanego środka znieczulenia, możliwością zwiększenia podanej dawki (zmniejsza efekt toksyczny) oraz zmniejsza krwawienie z drobnych naczyń w polu operacyjnym poprzez ich obkurczenie. Stosując dodatek adrenaliny do środka znieczulenia miejscowego, należy jednak pamiętać o przeciwwskazaniach ogólnych i miejscowych do jego stosowania. Adrenaliny nie powinno się podawać chorym z nadciśnieniem tętniczym, zaburzeniami rytmu serca, chorobą wieńcową, zaawansowaną nadczynnością tarczycy i w innych rzadziej obserwowanych stanach, jak np. u chorych z guzem chromochłonnym. Przeciwwskazania miejscowe do podania adrenaliny związane są z jej działaniem obkurczającym układ naczyń tętniczych. Nie należy podawać roztworów z adrenaliną w pobliżu tętnic końcowych, gdyż ich obkurczenie może wywołać niedokrwienie unaczynionej przez nie okolicy. Nie podaje się więc roztworu adrenaliny w okolicy palców stóp i rąk, ucha zewnętrznego, prącia, koniuszka nosa, aby uniknąć zgorzeli tych narządów. Informacja taka zawarta jest w tzw. Charakterystyce leku adrenalina - polfa, będącej oficjalnym dokumentem producenta.

Znieczulenie miejscowe wykonywane jest z reguły przez operatora ortopedę i on decyduje o rodzaju stosowanych miejscowo leków oraz technice ich podania. Z doświadczenia i wiedzy biegłego wynika, że istnieją dwie „szkoły” stosowania adrenaliny jako dodatku do środka znieczulenia - „z adrenaliną” i „bez adrenaliny” do operacji halluksa. Obie techniki mają swoich zwolenników i przeciwników. Wielu operatorów „docenia” obkurczające naczynia działanie adrenaliny, co zmniejsza krwawienie w polu operacyjnym, inni obawiają się efektów ogólnych działania adrenaliny lub potencjalnych efektów niedokrwiennych. Brak jest jednak podstaw do stwierdzenia, by podanie adrenaliny, jako dodatku do znieczulenia w tego typu zabiegach było błędem. U powódki zmiany niedokrwienne wystąpiły zwłaszcza w okolicy grzbietowej stopy, nie doszło do martwicy palców. Martwicę palców można by potencjalnie łączyć z podaniem adrenaliny, jednak zmiany na grzbiecie stopy za takim mechanizmem raczej nie przemawiają. Przygotowanie roztworu do znieczulenia miejscowego należy do operatora. Dość często fizyczną czynność sporządzenia roztworu wykonuje na zlecenie operatora pielęgniarka instrumentariuszka, co nie jest błędem. Roztwory fabryczne środków znieczulenia miejscowego zawierają dodatek adrenaliny w proporcji 1:200 000, 1:100 000 lub 1: 80 000.

Nie jest pewne, jaka ilość roztworu i w jakie okolice stopy został on podany. Zakładając, że powódka otrzymała cały przygotowany roztwór, tj. 20 ml 2% lignocainy + 2 krople 0,1% adrenaliny, to łączna dawka lignocainy wynosiła 400 mg, a adrenaliny (przyjmując, że 1 ml roztworu = 20 kropli) podano 0,5 mg.

Zakładając, że przygotowano 40 ml roztworu do znieczulenia, stężenie adrenaliny w roztworze wynosiło 0,0125 mg (12,5 mikrograma) adrenaliny na 1 ml. Serwis (...) zaleca, by do znieczulenia nasiękowego w obrębie skóry stosować stężenie adrenaliny 1:200 000 lub 1:400 000, czyli stężenie, gdzie w 1 ml roztworu jest 5 lub 2,5 mikrograma adrenaliny. Stężenie adrenaliny w przygotowanym roztworze, który podano powódce, było więc 2,5 razy wyższe niż zalecane do stosowania w praktyce lub używane w dopuszczonych do obrotu fabrycznych roztworach środków znieczulenia miejscowego, np. M./Adrenalin firmy (...). Maksymalna zalecana dawka adrenaliny podana miejscowo nie powinna przekraczać 4 mikrogramów na kg masy ciała, czyli łącznie 256 mikrogramów. Zastosowana dawka u powódki mogła wynosić 500 mikrogramów. Przekroczenie dawki podanej adrenaliny może skutkować objawami ogólnoustrojowymi, takimi jak: podwyższenie ciśnienia tętniczego, przyśpieszenie czynności serca, zaburzenia rytmu serca, nasilenie, czy wystąpienie dolegliwości o typie choroby niedokrwiennej serca. Obawiać się można

także wystąpienia zmian w miejscu podania środka w postaci zmian niedokrwiennych spowodowanych skurczem naczyniowym po adrenalinie.

W przypadku zabiegu operacyjnego, który miał miejsce w dniu 7 grudnia 2007 r., jeśli prawidłowo zastosowano znieczulenie i środki anestetyczne, do powikłań, które wystąpiły u powódki, nie powinno dojść. Można domniemywać, że doszło do przekroczenia dawki i stężenia dawki adrenaliny. Powinno się stosować preparaty fabryczne w określonych parametrach, opisanych w charakterystyce leku, gdzie jest ukazane działanie niepożądane. W niniejszej sprawie doszło do praktyki dopuszczalnej, ale nie najkorzystniejszej. Z trzech leków fabrycznie konfekcjonowanych, czyli 2% roztworu lidnokainy, 0,9% NaCl, roztworu I adrenaliny, przygotowano doraźnie roztwór, który nie wiadomo, co zawierał. Pojęcie kropli jest pojęciem bardzo nieprecyzyjnym. W dokumentacji z kliniki, gdzie powódka miała wykonywany zabieg, nie wynika, żeby powódka miała wykonywane badania, czy też przeprowadzony był wywiad w zakresie nadciśnienia, czy choroby serca. Lekarz powinien przeprowadzić wywiad pod kątem stosowania adrenaliny. Brak takiego wywiadu można określić niestarannością zawodową.

U powódki występowały procesy martwicze. Gdyby doszło do zgorzeli palców, sugestia co do działania adrenaliny byłaby większa, bowiem adrenalinę nie należy podawać w obrębie naczyń końcowych.

Po adrenalinie występuje skurcz naczyń. Niedokrwienie stopy trudno powiązać z przekroczeniem ewentualnych dawek. Prawidłowym postępowaniem byłoby opisanie, czy zużyto całość przygotowanego środka. Taki zapis powinien się znaleźć. W praktyce nie wpisuje się miejsca wkłuć. U powódki nerw strzałkowy nie został porażony, a uszkodzone zostały niektóre elementy.

W zakresie anestezjologii nie jest możliwe jednoznaczne stwierdzenie, czy powikłania pooperacyjne u powódki opisane, jako „niedokrwienie prawej stopy” i „niedowład j prawej stopy w zakresie unerwienia nerwu strzałkowego” można łączyć z podaniem zbyt dużego stężenia (przekroczenie 2,5 x) i zbyt dużej sumarycznej (przekroczenie 1,9 x) dawki adrenaliny zastosowanej jako dodatek do środka znieczulenia miejscowego, tj. lignocainy.

Adrenalina to naturalnie występująca katecholamina, wydzielana przez rdzeń nadnerczy w odpowiedzi na wysiłek lub stres.

Adrenalina silnie zwęża naczynia krwionośne w wyniku pobudzenia receptorów alfa. Przy podaniu drogą dożylną większe dawki adrenaliny powodują uogólniony skurcz wszystkich naczyń krwionośnych.

Adrenalina dodana do środków znieczulenia miejscowego powoduje skurcz okolicznych naczyń krwionośnych. Tę właściwość adrenaliny wykorzystuje się w celu opóźnienia wchłaniania środków znieczulających w miejscu podania. Zatem reakcja naczyń krwionośnych powódki na dodanie do środka znieczulającego adrenaliny polegała na skurczu naczyń krwionośnych.

Roztwór 0,1% Adrenaliny produkcji (...) (...) W. zawiera w jednym mililitrze roztworu 1 miligram leku. Są to dane podane przez producenta, ale można je również łatwo wyliczyć samodzielnie.

W źródłach informacji naukowej, jak:

Urząd Rejestracji Produktów leczniczych. (...) (...) (...) Charakterystyki Produktów L. (...),

Adrenalina (...) 0,1%. roztwór do wstrzykiwań, 1 mg/ml - dane zaktualizowane na dzień 17 grudnia 2008 r.,

Opis leku E. (adrenalina) zawarty w wydawnictwie (...), wydanie XX, tom I, str. 259 - 260,

Opis leku E. (adrenalina) znajdujący się w programie (...) (...) zakładka: Leki - o preparacie leczniczym o nazwie (...) znajduje się informacja, iż nie należy wstrzykiwać, ani nie dodawać go do środków znieczulających wstrzykiwanych w dystalne części ciała, takie jak uszy, nos, ręce, dłonie, stopy, palce. Opierając się na tych danych, należy uznać, iż u

powódki nie powinno dojść do wstrzyknięcia środka znieczulającego z dodatkiem adrenaliny w tkanki prawej stopy podczas zabiegu w dniu 7 grudnia 2007 r.

Każdy produkt leczniczy dopuszczony do obrotu posiada dokument zwany charakterystyką produktu leczniczego. W charakterystyce zastosowanego środka zapisano, iż roztwór 0,1% w 1 ml zawiera 1 mg substancji czynnej, czyli adrenaliny. Oznacza to, że wiadomo, ile jest substancji w określonym procentowym roztworze, ile jest związku czynnego w roztworze. Istnieje problem z określeniem definicji kropli. Jeśli nabierze się 1 ml roztworu do strzykawki 2 ml. z igłą 0,8 i naciskając tłok spowoduje się wypływanie tego płynu z igły, uzyskamy 62 krople tego roztworu. Natomiast kiedy zdejmie się igłę, ten sam 1 ml wypuścimy z otworu strzykawki, uzyskamy 20-21 kropli. Szacunkowo przyjmuje się, że roztwór wodny zawiera 20 kropli.

Skutkiem ubocznym przedmiotowego zabiegu operacyjnego było niedokrwienie prawej stopy w przebiegu pooperacyjnym, skutecznie leczone zachowawczo, obecnie z utrzymującym się dobrym wynikiem oraz martwica tkanek brzegów rany operacyjnej prawej stopy, która obecnie również jest wygojona. Nie ulega wątpliwości, że u powódki reakcja ta była nadmierna. Stosowanie dodatku adrenaliny do lignokainy w praktyce lekarskiej przez pozwanego nie było jednostkowym przypadkiem dotyczącym tylko powódki, była to bowiem stała praktyka. Należy domniemywać, że takie powikłania, jakie wystąpiły u powódki, nie były codziennością, gdyż prawdopodobnie zaprzestano by stosowania dodawania adrenaliny do leków znieczulających miejscowo.

Pełna odpowiedź na pytanie, co leżało u podstaw niecodziennego powikłania niedokrwieniem prawej stopy i martwicą tkanek okolicy rany operacyjnej u powódki, nie jest możliwa, dlatego, że nie dokonano u powódki szczegółowej oceny przyczyn niedokrwienia prawej stopy. W załączonej dokumentacji szpitalnej ze szpitala (...)w Ł. brak jest wyników ewentualnych badań obrazowych układu naczyniowego prawej stopy - a tylko takie badanie mogłoby ewentualnie przybliżyć możliwość wyjaśnienia etiologii niedokrwienia prawej stopy u powódki. Ponadto powódka nie poddawała się żadnym badaniom diagnostycznym układu naczyniowego prawej stopy.

Istnieją następujące możliwości wystąpienia niepożądanych zjawisk medycznych, wyjaśniających powikłania niedokrwienne u powódki:

1. nadmierny i przedłużony skurcz naczyń krwionośnych tętniczych i żylnych w zakresie skóry i tkanek prawej stopy. Nie można też wykluczyć możliwości przekroczenia dawki adrenaliny, ani nadmiernej reakcji osobniczej na adrenalinę u powódki,
2. w przestrzeni między pierwszą a drugą kością śródstopia, czyli w pierwszej przestrzeni międzykostnej stopy u człowieka biegnie tętnica grzbietowa stopy, a w jej sąsiedztwie nerw strzałkowy głęboki. Nerw strzałkowy głęboki, po odejściu od nerwu strzałkowego wspólnego, biegnie przykryty przez prostowniki goleni wraz z tętnicą i żyłami piszczelowymi przednimi po przedniej stronie błony międzykostnej goleni, w kierunku grzbietu stopy. Biegnie pod troczkiem górnym i dolnym prostowników, przechodzi do pierwszej przestrzeni międzykostnej śródstopia (zaopatruje skórę między I i II palcem). W końcowym odcinku wychodzi pod skórę i dzieli się na nerw grzbietowy palucha boczny i nerw grzbietowy palca drugiego przyśrodkowy. Z protokołu operacyjnego z dnia 7 grudnia 2007 roku po analizie topografii pola operacyjnego i przebiegu operacji wynika, iż nie da się całkowicie wykluczyć możliwości kolizji śródoperacyjnej narzędzi chirurgicznych ze strukturami anatomicznymi leżącymi w pierwszej przestrzeni międzykostnej stopy, czyli również z tętnicą grzbietową stopy i nerwem strzałkowym głębokim. Wynika to z lokalizacji cięcia operacyjnego oraz opisu zabiegu operacyjnego. Co prawda, w protokole operacyjnym nie wymieniono jakichkolwiek powikłań śródoperacyjnych, ale np. konieczność wykonania hemostazy w polu operacyjnym mogła skutkować koniecznością podwiązania którejś z gałęzi tętnicy grzbietowej prawej stopy. W protokole operacyjnym nie opisuje się w ogóle etapu hemostazy śródoperacyjnej, ale wykonanie takiej hemostazy jest immanentnie związane z każdą operacją chirurgiczną, zatem należy domniemywać, iż hemostaza u powódki została wykonana. Możliwe było też uchwycenie gałęzi tętniczej w szwy warstwowe, które operator założył u powódki podczas operacji. Ta okoliczność również mogłaby wpływać na wystąpienie lub nasilenie objawów niedokrwienia pooperacyjnego prawej stopy u powódki, w szczególności w połączeniu z iniekcją adrenaliny w tkanki prawej stopy.

Prawdopodobnie naczyniokurczące działanie adrenaliny mogło zostać u powódki nasilone poprzez ograniczenie przepływu krwi w tkankach prawej stopy w następstwie konieczności chirurgicznego podwiązania obwodowej gałęzi tętnicy grzbietowej stopy, wynikające z warunków panujących w polu operacyjnym. Tego postępowania nie można uznać za nieprawidłowe, gdyż hemostaza jest integralną częścią składową każdego zabiegu chirurgicznego. To mogłoby ewentualnie tłumaczyć niecodzienną i nadmierną reakcję organizmu powódki na zastosowanie dodatku adrenaliny do lignokainy użytej do znieczulenia przewodowego prawej stopy w trakcie zabiegu operacyjnego w dniu 7 grudnia 2007 r.

Przy urazach, bądź zabiegach operacyjnych występują przedłużone skurcze naczyń krwionośnych. Zazwyczaj ustępują one szybko po zaprzestaniu czynności operacyjnych, po ustąpieniu działania leków, znieczuleniu. Okres ten nie powoduje zaburzenia w czasie gojenia ran. Producent leku i wytyczne do stosowania leku informują, że wstrzykiwanie adrenaliny w dystalne części ciała nie jest zalecane. Często jest tak, że praktyka lekarska rozszerza stosowanie pewnych preparatów, ale wtedy lekarz bierze na siebie pełną odpowiedzialność za działania leku.

Etapem operacji, poprzedzającej zamykanie powłok, jest hemostaza, która polega na zatamowaniu krwawienia w polu operacyjnym. Na zaburzenie gojenia rany mogły mieć wpływ inne przyczyny. Przeprowadzony zabieg spowodował powstanie u powódki powikłań. Bezpośrednio po zabiegu wystąpiło niedokrwienie prawej stopy oraz w krótkim czasie, kiedy powódka znalazła się w szpitalu (...) w Ł., już wskazywano na porażenie prawego nerwu strzałkowego. U powódki nie występowała martwica stopy, a jedynie brzeżna martwica brzegów rany. Obecnie jest ona wygojona.

Pełna diagnostyka naczyń u powódki wiązałaby się z przeprowadzeniem badań inwazyjnych angiografii, która polega na nakłuciu tętnicy i wprowadzeniu kontrastu. W stosunku do K. S. nie zastosowano profilaktyki przeciwzakrzepowej. Profilaktykę tą stosuje się przed ewentualnym zabiegiem, zaś preparaty przeciwzakrzepowe w szpitalu (...) w Ł. były leczeniem, terapią, a nie profilaktyką.

Stosowanie heparyny drobnocząsteczkowej u pacjentów, którzy nie są unieruchomieni, nie jest konieczne, natomiast w operacjach ortopedycznych jest konieczne.

W ocenie Sądu Okręgowego powództwo zasługiwało na częściowe uwzględnienie, zaś odpowiedzialność pozwanego wynika z art. 415 k.c., gdyż doszło do spełnienia wszystkich wynikających z niego przesłanek.

Rażące niedbalstwo pozwanego należało rozpatrywać w kategoriach błędu. Przyczyną powstania martwicy tkanek wokół rany operacyjnej u powódki było użycie przez pozwanego nadmiernej ilości adrenaliny dodanej do środka znieczulającego, tj. substancji powodującej m.in. obkurczenie drobnych naczyń krwionośnych, choć samo wstrzykiwanie adrenaliny jest procedurą dopuszczalną, ale zarazem ryzykowną. Podawanie powódce w trakcie zabiegu, trwającego około 1,5 godziny, środka znieczulającego za pomocą kilku wkłuć zwiększyło ryzyko mechanicznego uszkodzenia tkanek na skutek rozpierania tkanek miękkich przez roztwór. Ryzyko z podaniem adrenaliny było takie samo przy każdym wstrzyknięciu. Dlatego też bezpieczniejszym sposobem było podanie znieczulenia do kręgosłupa.

Stężenie adrenaliny w przygotowanym roztworze, który podano powódce podczas przedmiotowego zabiegu, było 2,5 razy wyższe niż zalecane do stosowania w praktyce lub używane w dopuszczonych do obrotu fabrycznych roztworach środków znieczulenia miejscowego. Przekroczenie dawki podanej adrenaliny mogło skutkować objawami ogólnoustrojowymi, takimi, jak: podwyższenie ciśnienia tętniczego, przyśpieszenie czynności serca, zaburzenia rytmu serca, nasilenie, czy wystąpienie dolegliwości o typie choroby niedokrwiennej serca, zmian niedokrwiennych w miejscu podania środka spowodowanych skurczem naczyniowym po adrenalinie.

W ślad za opinią biegłego z zakresu anestezjologii Sąd Okręgowy przyjął, że w przypadku zabiegu operacyjnego, który miał miejsce w dniu 7 grudnia 2007 r., jeśli prawidłowo zastosowanoby znieczulenie i środki anestezjologiczne, do powikłań, które wystąpiły u powódki, nie powinno dojść. Z trzech leków fabrycznie konfekcjonowanych, czyli 2% roztworu lidnokainy, 0,9% NaCl, roztworu I adrenaliny, przygotowano doraźnie roztwór, który nie wiadomo, co

zawierał. W dokumentacji z kliniki, gdzie powódka miała wykonywany zabieg, nie wynikało, żeby powódka miała wykonywane badania, czy też przeprowadzony był wywiad w zakresie nadciśnienia oraz choroby serca. Lekarz powinien przeprowadzić wywiad pod kątem stosowania adrenaliny. Brak takiego wywiadu można było określić niestarannością zawodową.

Z informacji zawartych w literaturze medycznej oraz danych podstawowych dokumentów, dopuszczających do stosowania preparat leczniczy o nazwie (...) wynikało, że leku nie należy wstrzykiwać, ani dodawać go do środków znieczulających wstrzykiwanych w dystalne części ciała, takie jak uszy, nos, prącie, dłonie, stopy, palce. Opierając się na tych danych, należało przyjąć, że podczas przedmiotowego zabiegu u powódki nie powinno dojść do wstrzyknięcia środka znieczulającego z dodatkiem adrenaliny w tkanki prawej stopy.

Mając na uwadze powyższe Sąd Okręgowy uznał, że pozwany podczas zbiegu w dniu 7 grudnia 2007 r., poprzez podanie adrenaliny do środka znieczulającego, doprowadził do niedokrwienia skóry grzbietowej powierzchni śródstopia powódki, a w konsekwencji do stosunkowo głębokiej martwicy tkanek miękkich w okolicy operacji I kości prawego śródstopia. Zabieg przeprowadzony u powódki przez pozwanego nie był wykonany prawidłowo i zgodnie ze sztuką lekarską, gdyż po typowym zabiegu wystąpiło powikłanie w postaci martwicy tkanek wokół rany operacyjnej.

Żądnie powódki zasądzenia od pozwanego na jej rzecz kwoty 45.000 zł tytułem odszkodowania nie zasługiwało na uwzględnienie, gdyż Sąd Okręgowy uznał, że uzasadnienie faktyczne, na które powołała się powódka przy dochodzeniu w/w kwoty, odnosiło się do przesłanek zadośćuczynienia, natomiast w zakresie odszkodowania, powódka nie udowodniła stosownie do art. 444 § 1 k.c. szkody, jaką poniosła.

Analizując okoliczności faktyczne sprawy i kierując się treścią opinii biegłych sądowych w niej wydanych, Sąd Okręgowy uznał za zasadne żądanie zasądzenia na rzecz powódki zadośćuczynienia w kwocie 50.000 zł. Po zabiegu przeprowadzonym w dniu 7 grudnia 2007 r. przez około 4 miesiące powódka doznała cierpień fizycznych i psychicznych w postaci dolegliwości bólowych, unieruchomienia, konieczności opieki ze strony innych osób, poruszania się przy pomocy kul. Obecnie u powódki występuje ograniczenie ruchomości stawu skokowego, dlatego jest wątpliwe, aby powrócił stan, który miał miejsce przed operacją. Nie można wykluczyć, że z czasem mogą wystąpić zmiany zwyrodnieniowe w stawie skokowym.

Na skutek przedmiotowego zabiegu u K. S. powstały negatywne skutki estetyczne w postaci płaszczynowej blizny przerostowej grzbietowej powierzchni śródstopia, co niewątpliwie stanowi przyczynę jej dyskomfortu psychicznego. Podstawowym czynnikiem zakłócającym funkcjonowanie psychiczne u powódki jest zmiana obrazu całego siebie. Dla kobiety wygląd jest bowiem bardzo istotny. Na taki stan powódki wpływa także fakt, że nie istnieje możliwość całkowitego usunięcia, wyleczenia blizny, bowiem jest ona trwałym następstwem wygojenia się każdej rany. Chirurgiczne wycięcie blizny powoduje powstanie nowej. Blizna ta ogranicza możliwość dowolnego doboru ubioru (obuwia) oraz uniemożliwia noszenie obuwia na wysokim obcasie z uwagi na przerostowy charakter blizny i jej lokalizacją. Także pod względem ortopedycznym nie jest zalecane noszenie przez powódkę obuwia na wysokim obcasie.

Bez wpływu na ocenę wysokości należnego K. S. zadośćuczynienia nie mógł pozostać również trwały uszczerbek na zdrowiu związany z przebytym urazem, który został oceniony przez biegłego ortopedę na 5%, biegłego plastyka na 5%, biegłego neurologa na 15%, czyli łącznie na 25%.

Mając na uwadze, że w dniach 6 marca 2008 r. i 27 marca 2008 r. powódka zakupiła wkładki ortopedyczne o łącznej wartości 117,50 zł, Sąd Okręgowy zasądził powyższą kwotę od pozwanego na jej rzecz na podstawie art. 444 § 1 k.c.

Sąd Okręgowy zasądził również na rzecz powódki rentę na zwiększone potrzeby w wysokości po 30 zł miesięcznie, płatne do 5-go każdego miesiąca z ustawowymi odsetkami w razie uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat, poczynając od dnia 6 września 2009 r., tj. od dnia wytoczenia powództwa zgodnie z żądaniem pozwu. W tym zakresie

wziął pod uwagę, że powódka przez sześć miesięcy po zabiegu operacyjnym wykonanym w dniu 7 grudnia 2007 r. wymagała systematycznego leczenia, które aktualnie już nie jest niezbędne. Po operacji przyjmowała leki

o działaniu przeciwbólowym, przeciwzapalnym, leki przeciwzakrzepowe

1 poprawiające krążenie żyłne, których koszt był uzależniony od okresu stosowania. Początkowo po zabiegu odczuwała większe bóle, przyjmowała codziennie leki. Później stosowała leki przeciwbólowe w mniejszych ilościach i w zależności od subiektywnie odczuwanych dolegliwości. Przez pół roku systematycznego przyjmowania przez powódkę leków ich koszt wynosił około 100 zł miesięcznie, a następnie ograniczył się do kwoty 10 zł - 30 zł miesięcznie. Powódka wymagała nadto pomocy osób trzecich przez około 6 miesięcy od zabiegu po 2 - 3 godziny. Ze względu na obecność blizny przyrostowej, wymagane było stosowanie maści witaminowych, C. lub C., których koszt miesięczny wynosi około 100 zł. Dodatkowo ze względu na stwierdzenie opadania stopy, powódka powinna była przyjmować lek o nazwie N., którego koszt miesięczny wynosi 250 zł.

Na podstawie art. 189 k.p.c. Sąd Okręgowy ustalił, że pozwany opowiada za skutki przeprowadzonego w dniu 7 grudnia 2007 r. zabiegu operacyjnego.

O kosztach procesu natomiast Sąd Okręgowy orzekł na podstawie art. 100 k.p.c., przyjmując, że powódka wygrała sprawę w około 50%.

Apelacje od powyższego wyroku wywiodły obie strony oraz interwenient uboczny.

Powódka zaskarżyła wyrok Sądu Okręgowego w części dotyczącej pkt. 1 w zakresie oddalającym powództwo o rentę ponad kwotę 30 zł miesięcznie oraz pkt. 3, 4 i 6, podnosząc następujące zarzuty:

1. naruszenia przepisów prawa materialnego, tj.:

- art. 444 § 1 k.c., poprzez przyjęcie, że powódka nie udowodniła szkody w zakresie dochodzonego odszkodowania;
- art. 444 § 2 k.c., poprzez błędną jego wykładnię przy ustalaniu renty dla powódki;

2. naruszenia przepisów postępowania, które miało istotny wpływ na treść rozstrzygnięcia, tj.:

- art. 224 k.p.c. w zw. z art. 227 k.p.c. i w zw. z art. 299 k.p.c., poprzez zamknięcie rozprawy bez przeprowadzenia dowodu z przesłuchania stron, w tym strony powodowej, który to dowód miał istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia i ustalenia kosztów, jakie poniosła powódka w związku z przeprowadzonym zabiegiem operacyjnym co w konsekwencji doprowadziło do nierozpoznania przez Sąd istoty sprawy;
- art. 233 § 1 k.p.c. poprzez dowolną ocenę dowodów niezgodną z zasadami doświadczenia życiowego, a polegającą na ustaleniu, że powódka nie udowodniła żadnych kosztów, jakie poniosła w związku z doznany uszczerbkiem na zdrowiu wskutek zabiegu operacyjnego, przy czym brak rachunków oraz faktur nie stanowi podstawy do przyjęcia, iż powódka nie poniosła żadnych wydatków.

W następstwie tak sformułowanych zarzutów powódka wniosła o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez zasądzenie od pozwanego odszkodowania w wysokości 45.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 7 grudnia 2007 r. do dnia zapłaty, renty w kwocie 450 zł, płatnej miesięcznie do rąk powódki lub na wskazany przez nią rachunek bankowy w terminie do 5. dnia każdego miesiąca, począwszy od dnia wytoczenia powództwa oraz o zasądzenie od pozwanego na rzecz powódki kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego, z uwzględnieniem kosztów postępowania odwoławczego, ewentualnie zaś o uchylenie wyroku i przekazanie sprawy Sądowi Okręgowemu w Łodzi celem ponownego rozpoznania w zaskarżonej części i rozstrzygnięcia o kosztach procesu za obie instancje, w tym o kosztach zastępstwa adwokackiego.

Pozwany natomiast zaskarżył wyrok Sądu Okręgowego w zakresie punktu 1, 2, 4 i 5, zarzucając:

1. obrazę art. 415 k.c. poprzez wyrażenie błędnego poglądu, że pozwany, dokonując zabiegu chirurgicznego usunięcia zniekształcenia stopy powódki, dopuścił się działania sprzecznego z powszechnie uznanymi zasadami wiedzy medycznej, to jest dopuścił się błędu lekarskiego podczas, gdy z całokształtu materiału dowodowego i dokonanych na jego podstawie ustaleń wynika, że pozwanemu nie można zarzucić niedbalstwa, gdyż w czasie zabiegu zachował wymaganą staranność i wykorzystał wszelkie dostępne metody lecznicze i środki działania,

2. obrazę art. 217 § 2 k.p.c. i art. 224 k.p.c. przez nietrafne oddalenie wniosku pozwanego o przeprowadzenie badania EMG nogi powódki celem ustalenia, czy w wyniku zabiegów lekarskich nastąpił u powódki uszkodzenie nerwu strzałkowego, powołania biegłego z zakresu neurochirurgii na okoliczność możliwości nastąpienia wskazanego wyżej uszkodzenia w okolicznościach przeprowadzonego przez pozwanego zabiegu, a nadto oddalenie wniosku o przesłuchanie na okoliczność sposobu i metody wykonania zabiegu oraz dalszych czynności leczniczych świadków G. D. (2), H. P., M. W. oraz powtórnie B. B. i M. K. oraz przeprowadzenie dowodu z dokumentacji przedstawionej przez aptekę (...) na okoliczność charakterystyki leków podawanych powódce w czasie zabiegu oraz w okresie rekonwalescencji - podczas gdy dowody te były istotne dla rozstrzygnięcia przedmiotowego sporu,

3. obrazę art. 233 k.p.c., które miało wpływ na treść orzeczenia poprzez:

dowolną ocenę materiału dowodowego, polegającą na przyjęciu, że pozwany dopuścił się błędu lekarskiego, podczas gdy w ocenie pozwanego wniosku takiego nie można wyprowadzić ze zgromadzonego materiału dowodowego,

dowolne, nie znajdujące uzasadnienia w przeprowadzonym materiale dowodowym przyjęcie, że wysokość zadośćuczynienia pieniężnego winna wynosić 50.000 zł,

1. będący następstwem powyższego błąd w ustaleniach faktycznych, przyjętych za podstawę rozstrzygnięcia, polegający na nietrafnym przyjęciu, że pozwany w trakcie zabiegu dopuścił się błędu lekarskiego.

Przy tak ukształtowanych zarzutach pozwany wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez oddalenie powództwa w zaskarżonej części oraz o zasądzenie od powódki zwrotu kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego.

Interwenient uboczny wywiódł apelację w części dotyczącej uwzględnienia powództwa przeciwko pozwanemu (pkt 1, 2, 4, 5 wyroku). Jednocześnie wyrokowi Sądu Okręgowego zarzucił:

1. naruszenie przepisów postępowania, tj. art. 233 k.p.c. poprzez dokonanie niewłaściwej oceny opinii biegłych wskutek błędnego uznania, że z opinii wynika, iż pozwany dopuścił się błędu lekarskiego, podczas gdy z opinii wyraźnie wynika, że u powódki wystąpiło powikłanie;

2. naruszenie art. 224 § 1 k.p.c. poprzez nieuzasadnione oddalenie wniosku pozwanego o przeprowadzenie badania EMG nogi powódki;

3. naruszenie przepisów prawa materialnego, tj. art. 415 k.c. w zw. z art. 361 k.p.c. poprzez jego zastosowanie skutek nieprawidłowego uznania, że pozwany wyrządził powódce szkodę z własnej winy;

4. naruszenie art. 445 § 1 k.c. wskutek uznania, że kwota 50.000 zł stanowi odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia za doznaną przez powódkę krzywdę, podczas, gdy w istocie kwota ta jest rażąco wygórowana;

5. naruszenie art. 444 § 2 k.c. poprzez zasądzenie na rzecz powódki renty w wysokości 30 zł miesięcznie, pomimo że powódka nie udowodniła, że ponosi miesięcznie koszty w tej wysokości związane ze zdarzeniem.

W konsekwencji interwenient uboczny wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie od powódki na jego rzecz kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego za obie instancje według norm przypisanych.

Sąd Apelacyjny ustalił dodatkowo co następuje:

Badaniem neurologicznym przeprowadzonym u powódki K. S. w maju 2013 r. stwierdzono u niej zgięcie grzbietowe stopy prawej zachowane, choć w stopniu mniejszym niż po lewej, odruchy skokowe obecne obustronnie, mniej żywy po prawo, utrudnienie chodu na pięcie prawej, blizna pooperacyjna wygojona, bez cech zapalnych. U powódki rozpoznaje się: stan po operacji korekcyjnej operacji palców I i II prawej stopy z powodu koślawego ustawienia palucha i młoteczkowatego ustawienia palca II, powikłanej zaburzeniami ukrwienia stopy, martwicę brzeżną rany pooperacyjnej i ustępującym upośledzeniem funkcji nerwu strzałkowego prawego (opinia pis. biegłego lekarza specjalisty neurochirurga - neurotraumatologa dr K. B. k 493 - 496).

Stwierdzone u powódki utrudnienie chodu na prawej pięcie rokuje dość dobrze i wymaga kontynuacji leczenia usprawniającego (opinia pisemna uzupełniająca dr K. B. k 514).

Powódka nie poddała się badaniu EMG. Badanie EMG służy kontroli funkcji nerwów i mięśni przez nich zaopatrywanych. Jest to badanie dużo wnoszące o stanie obwodowego układu nerwowego i styku nerwowo-mięśniowego. Zdiagnozowanie schorzenia nerwu strzałkowego musi uwzględniać potencjalne miejsce, w którym doszło do uszkodzenia. Schorzenie nerwu strzałkowego może wynikać z ucisku na struktury nerwowe w odcinku lędźwiowo-krzyżowym kręgosłupa. Może wynikać z uszkodzenia korzeni nerwowych wchodzących w skład nerwu kulszowego, a w wyniku jego podziału - nerwu strzałkowego. Jeśli badanie EMG będzie wykonane w czasie rzeczywistym, to nie będzie do czego wyników tego badania odnieść. Objaw charakteryzujący upośledzenie nerwu strzałkowego charakteryzuje się upośledzeniem bądź zniesieniem zgięcia grzbietowego stopy. Poprawa funkcji zgięcia grzbietowego stopy sugeruje poprawę funkcji nerwu strzałkowego - nerwy obwodowe są strukturami, które mają możliwość regeneracji. Zależy to między innymi od sposobu leczenia farmakologicznego i rehabilitacji.

Gdyby upośledzenie czy porażenie nerwu strzałkowego stopy stwierdzone byłoby na pewno, to występowałyby objawy odnerwienia kończyny w zakresie zaopatrywanym przez nerw strzałkowy - a są to objawy charakterystyczne, do których zalicza się zaburzenia troficzne w skórze, zaburzenia ukrwienia i zmiany autonomiczne polegające na patologicznej potliwości w obrębie skóry uszkodzonej w określonej części kończyny. Objawy takie nie mogłyby ująć uwagi przy planowaniu zabiegu operacyjnego.

Samo mechaniczne nakłucie stopy i wstrzyknięcie preparatu znieczulającego nie uszkodziło, czy też nie ucisnęło nerwu grzbietowego palucha, ale takie ryzyko zawsze istnieje przy wykonywaniu znieczulenia miejscowego nasiękowego.

W przypadkach, gdy dojdzie do uszkodzenia nerwu strzałkowego w innym miejscu niż jego rozgałęzienie na stopie, to także mogą występować zaburzenia czucia powierzchniowego i temperatury.

U powódki nie stwierdzono ostrego niedokrwienia kończyny, ale mógł u niej wystąpić niedowład stopy prawej.

U powódki na pewno wystąpiła zbieżność czasowa pomiędzy zaburzeniami zgięcia stopy prawej a zabiegiem operacyjnym.

Jeśli występuje upośledzenie zgięcia stopy niezależnie od przyczyny wdraża się rehabilitację (tak w opinii ustnej dr K. B. k 569 odwr. - 572 odwr.).

Powódka po operacji korekcji palucha znalazła się w szpitalu(...) gdzie stwierdzono u niej martwicę i uszkodzenie nerwu strzałkowego. Przebywała tam 8 dni. Zalecono jej po wyjściu nieobciążanie prawej nogi, poruszanie się po mieszkaniu o kulach, wykonywanie zmian opatrunków, zażywanie leków przeciwbólowych K. lub T. oraz przeciwzakrzepowych jak Heparyna. Powódka wydawała na leki 250 zł miesięcznie. Powódka jeździła do szpitala na zmianę opatrunków raz w tygodniu z D. do spółki (...) przy ul. (...). Była wożona samochodem marki F. (...), który palił 8 l/100 km, ponosząc koszty paliwa. Rehabilitację stopy powódka mogła podjąć po zabliznieniu rany tj. po 6-ciu miesiącach. Początkowo rehabilitację zapewniała jej darmowo spółka

(...). Po operacji powódka musiała wymienić obuwie - jedna para kozaków kosztowała 100-250 zł. Po operacji powódka korzystała z opieki rodziny przez pół roku. Zakupila kule, aby móc się z ich pomocą przemieszczać za 40 zł 1 kula. Obecnie również kupuje leki przeciwbólowe wydając 20 zł miesięcznie, pije też A. chroniąc błony żołądka, na co wydaje 20 zł miesięcznie. Na blizny powódka kupowała maść C.. Powódka nie może stać ani na pięcie, ani na palcach. Nie pracuje. Nigdy nie leczyła się na kręgosłup (zeznania powódki k 537 odwr. - 538).

Sąd Apelacyjny zważył co następuje: Apelacje pozwanego i interwenienta ubocznego kwestionują przyjęcie przez Sąd I instancji zasady odpowiedzialności pozwanego, w szczególności zaistnienie przesłanki jego winy, zatem zostaną one omówione w pierwszej kolejności.

Sąd Okręgowy prawidłowo uznał, że podstawą odpowiedzialności pozwanego - lekarza wykonującego u powódki zabieg medyczny w ramach Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej powinien być przepis art. 415 k.c.

Do przesłanek odpowiedzialności deliktowej opartej na tym przepisie należą: powstanie szkody, zdarzenie, z którym ustawa łączy obowiązek odszkodowawczy oznaczonego podmiotu oraz związek przyczynowy między zdarzeniem a szkodą, przy czym art. 415 k.c. normuje podstawową zasadę odpowiedzialności opartej na winie sprawcy szkody.

Czyn sprawcy pociągający za sobą odpowiedzialność cywilną musi wykazywać pewne cechy (znamiona) odnoszące się do strony przedmiotowej i podmiotowej. Chodzi o znamiona niewłaściwości postępowania od strony przedmiotowej, co określa się mianem bezprawności czynu i od strony podmiotowej, co określa się jako winę w znaczeniu subiektywnym.

Bezprawność to niezgodność z zasadami porządku prawnego. Źródła owych zasad wynikają z norm powszechnie obowiązujących oraz nakazów i zakazów wynikających z zasad współżycia społecznego. Na gruncie prawa cywilnego jest więc to pojęcie szerokie.

Wina to kategoria subiektywna. Przy winie nieumyślnej, która może wchodzić w rachubę w przypadku szkód medycznych sprawca albo przewiduje możliwość wystąpienia szkodliwego skutku, lecz bezpodstawnie przypuszcza, że zdoła go uniknąć, albo też nie przewiduje możliwości wystąpienia tych skutków, choć powinien i może je przewidzieć.

Dla oceny, czy wchodzi w rachubę wina nieumyślna, decydujące znaczenie ma miernik staranności, jaki przyjmuje się za wzór prawidłowego postępowania.

Zgodnie z art. 355 k.c. dłużnik obowiązany jest do staranności ogólnie wymaganej w stosunkach danego rodzaju (to tzw. należyta staranność).

Ten wzorzec kreowany jest na podstawie reguł współżycia społecznego, przepisów prawnych, zwyczajów, swoistych „kodeksów zawodowych”, pragmatyk zawodowych itp.

Oceny staranności, jakiej można wymagać od sprawcy szkody, dokonuje się odnosząc wzorzec postępowania (o charakterze abstrakcyjnym) do okoliczności, w jakich działał sprawca szkody.

Wina umyślna polega na niedołożeniu wymaganej w stosunkach danego rodzaju staranności, niezbędnej do uniknięcia skutku, którego sprawca nie chciał wywołać.

Nawiązując do pojęcia bezprawności, której zaistnienie ustala się w pierwszym rzędzie, należy ją rozumieć szeroko - również w odniesieniu do zasad współżycia społecznego; wśród nich mieści się przeprowadzenie zabiegów medycznych, zgodnie ze sztuką lekarską i z najwyższą starannością wymaganą od profesjonalistów w zakresie medycyny (tak SN w wyroku z 10.02.2010 r, V CSK 287/09, LEX nr 786561).

Zarówno obowiązujące ustawy (art. 4 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty z 5.12.1996 r.) jak i zasady współżycia społecznego nakazują przeprowadzanie zabiegów operacyjnych zgodnie ze sztuką lekarską, aktualną wiedzą medyczną. Wśród zasad tych mieści się niewątpliwie przeprowadzanie zabiegów operacyjnych z

najwyższą starannością wymaganą od profesjonalistów, która wyklucza przypadkowe uszkodzenie innego niż będący przedmiotem zabiegu organu ciała pacjenta (tak SN w wyroku z 13.01.2005 r., III CK 143/04, LEX nr 602709).

Ogólnie można stwierdzić, że obiektywnym elementem winy będzie uchybienie przez lekarza jego obowiązkom zawodowym, które należy traktować szeroko, jako takie, które wynikają z różnych przepisów i z istoty zawodu. Zaś jeśli chodzi o zawód lekarza to wymagania te muszą być ze względu na daleko idące skutki jego pracy specjalnie wysokie (tak Mirosław Nesterowicz w „Prawo medyczne”, wydanie IX, Toruń 2010 r., str. 80).

Doprowadzenie do powstania u powódki zaburzeń ukrwienia stopy, martwicy brzeżnej rany pooperacyjnej i upośledzenia funkcji nerwu strzałkowego prawego, w wyniku operacji korekcji palców I i II prawej stopy przez pozwanego wykonującego zawód lekarza, nie mieści się w zakresie wykonywania tego zawodu, określonego w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 5.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, bowiem wykonywanie tego zawodu zgodnie z powołanym przepisem polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych w szczególności: badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich.

Obowiązek dbałości o życie i zdrowie człowieka może wynikać nie tylko z normy ustawowej, ale także ze zwykłego rozsądku, popartego zasadami doświadczenia, które nakazują nie tylko unikania niepodyktowanego koniecznością ryzyka, ale także podjęcia niezbędnych czynności zapobiegających możliwości powstania zagrożenia dla życia i zdrowia człowieka (tak SN w wyroku z 2.12.2003 r., III CK 430/03, OSNC z 2005 r. nr 1 poz. 10).

Wystąpienie bezprawności decyduje o rozważeniu subiektywnych przesłanek winy. Wina przejawiać się będzie zwykle pod postacią niedbalstwa, ale nie zawsze. Winą będzie również postępowanie lekarza oceniane ujemnie ze względu na naruszenie przezeń obowiązków zawodowych albo ogólnych reguł ostrożności, mimo że niedbalstwem nie jest (tak Mirosław Nestorowicz w „Prawo medyczne” op. cit. str. 82).

W stosunku do lekarzy wymaga się staranności nazywanej wyższą od przeciętnej ogółu zobowiązanych, z uwagi na przedmiot ich zabiegów, dotyczących człowieka i skutków, które często są nieodwracalne (tak SA w Krakowie w wyr. z 9.03.2001 r., I ACa 124/01, PS 2002 r. nr 10 str. 130).

O zawinieniu lekarza może więc zdecydować nie tylko zarzucanie mu braku wystarczającej wiedzy i umiejętności praktycznych, odpowiadających aprobowanemu wzorcowi należytej staranności, ale także niezręczność, czy nieuwaga przeprowadzającego zabieg, jeżeli oceniając obiektywnie nie powinny one wystąpić w konkretnych okolicznościach.

Do obowiązków lekarzy oraz personelu medycznego należy podjęcie takiego sposobu postępowania (leczenia), które gwarantować powinno, przy zachowaniu aktualnego stanu wiedzy i zasad staranności, przewidywalny efekt w postaci wyleczenia, a przede wszystkim nienarażanie pacjentów na pogorszenie stanu zdrowia (tak SA w Katowicach w wyroku z 14.02.2013 r., I ACa 970/12, LEX nr 1289424).

Należy ponadto podkreślić, że w przypadku odpowiedzialności ex delicto wystarczy culpa levissima, aby móc przypisać winę (tak SN w uzas. wyroku z 26.01.2011 r., IV CSK 308/10, LEX 738127).

W sprawach o niedołożenie należytej staranności przez lekarza, a taka powinność na nim spoczywa (art. 355 § 1 i 2 k.c.), sąd dla ustalenia winy lekarza korzysta z wiadomości specjalnych posiadanych przez biegłych. Opinią biegłych nie jest jednak związany w zakresie, który jest zastrzeżony do wyłącznej kompetencji sądu, to znaczy do oceny, czy spełniona jest przesłanka obiektywna i przesłanki subiektywne winy (tak SN w wyroku z 10.02.2010 r., V CSK 287/09, LEX nr 786561).

W niniejszej sprawie Sąd Okręgowy dopuścił dowód z opinii biegłego z zakresu ortopedii i chirurgii urazowej, z zakresu chirurgii plastycznej, neurologa, neuropsychologa, z zakresu chirurgii naczyniowej, torakochirurgii i anestezjologii.

Sąd poczynił precyzyjne i obszerne ustalenia w oparciu o wnioski z tych opinii.

Posiłkując się opiniami biegłych Sąd Okręgowy przyjął, że na skutek operacji przeprowadzonej przez pozwanego w dniu 7 grudnia 2007 r. powódka doznała szkody w postaci stosunkowo głębokiej martwicy tkanek miękkich w okolicy I kości prawego śródstopia, niedowładu prawej stopy, polegającego na znacznym ograniczeniu prostowania czynnego prawej stopy oraz osłabienia czucia powierzchniowego na zewnętrznej powierzchni prawej stopy - związane z uszkodzeniem nerwu strzałkowego prawego w wyniku niedokrwienia.

Takie rozpoznanie - w szczególności co do niedokrwienia prawej stopy i niedowładu tej stopy w zakresie nerwu strzałkowego postawiono już wkrótce po operacji powódki podczas jej pobytu w szpitalu (...)w dniach 8.12-15.12.2007 r. Podobną diagnozę postawił również biegły specjalista neurochirurg K. B., który wydawał opinię w postępowaniu apelacyjnym. Pozwany skutecznie nie zakwestionował rozpoznania co do porażenia nerwu strzałkowego w prawej nodze powódki, twierdził zaś, że szkoda w tym zakresie nie pozostaje w związku przyczynowym z przeprowadzoną przez niego operacją stopy powódki.

Sąd Apelacyjny dopuścił w toku postępowania apelacyjnego dowód z opinii biegłego neurochirurga, który po przeprowadzeniu postulowanego przez pozwanego badania EMG miał się wypowiedzieć, czy w wyniku zabiegów lekarskich przeprowadzonych przez dr J. M. nastąpiło u powódki uszkodzenie nerwu strzałkowego.

Powódka nie wyraziła jednak zgody na badanie EMG. Biegły stwierdził zatem, po ogólnym zbadaniu powódki, że wystąpiły u niej zejściowe objawy uszkodzenia nerwu strzałkowego, ale może to powiązać jedynie związkiem czasowym z zabiegiem z 7.12.2007 r., a nie mając diagnostyki z badania EMG nie jest w stanie obiektywnie wypowiedzieć się o poziomie i rodzaju uszkodzenia. Biegły wskazał ponadto, że do porażenia nerwu strzałkowego może dojść między innymi w wyniku ucisku na struktury nerwowe w odcinku lędźwiowo-krzyżowym kręgosłupa, albo korzeni nerwowych wchodzących w skład nerwu kulszowego. Biegły stwierdził też, że jeżeli badanie EMG będzie wykonane w czasie rzeczywistym, to nie będzie do czego wyników tego badania odnieść.

Ostatecznie należało więc uznać, że badanie EMG nie było bezwzględnie konieczne do ustalenia wystąpienia porażenia nerwu strzałkowego prawego u powódki i związku przyczynowego tej szkody z operacją z 7.12.2007 r. Samo uszkodzenie nerwu strzałkowego pojawiło się w rozpoznaniach zarówno lekarzy ze szpitala im. M. P., jak i biegłych wydających opinie w sprawie.

Co do związku przyczynowego pomiędzy tym uszkodzeniem, a zabiegiem wykonanym przez pozwanego wypowiedziała się biegła z zakresu neurologii J. B., która stwierdziła w pisemnej opinii, że niedowład prawej stopy powódki, polegający na znacznym ograniczeniu prostowania czynnego prawej stopy oraz osłabienie czucia powierzchniowego na zewnętrznej powierzchni prawej stopy, związane są z uszkodzeniem nerwu strzałkowego prawego w wyniku niedokrwienia (k 228).

Dla przyjęcia związku przyczynowego pomiędzy przeprowadzeniem operacji stopy u powódki przez pozwanego, a uszkodzeniem nerwu strzałkowego prawego w kończynie powódki przydatne jest posłużenie się domniemaniem faktycznym (art. 231 k.p.c.). Powódka przeszła zabieg operacyjny 7.12.2007 r., a już następnego dnia znalazła się w szpitalu (...) gdzie rozpoznano u niej m.in. niedowład prawej stopy w zakresie nerwu strzałkowego. Co do wystąpienia u niej porażenia (uszkodzenia) tego nerwu diagnozę taką potwierdzili biegli lekarze sporządzający w sprawie opinię - również biegły K. B. wydający opinię na etapie postępowania apelacyjnego. Powódka w dacie operacji była osobą młodą - miała 33 lata, nie skarżyła się na dolegliwości ze strony kręgosłupa, nie leczyła się w tym zakresie.

Gdyby powódka przed zabiegiem cierpiała na upośledzenie, czy porażenie nerwu strzałkowego, to według biegłego K. B., na pewno występowałyby objawy odnerwienia kończyny w zakresie zaopatrywania przez nerw strzałkowy, a są to objawy bardzo charakterystyczne - zalicza się do nich zaburzenia troficzne w skórze, zaburzenia ukrwienia i zmiany autonomiczne polegające na patologicznej potliwości w obrębie skóry uszkodzonej w określonej części kończyny. Objawy takie nie mogłyby ująć uwagi przy planowaniu zabiegu operacyjnego (k 570 odwr.). Skoro pozwany przed

zabiegiem takich objawów nie stwierdził, a porażenie nerwu strzałkowego wystąpiło dzień po operacji korekcji palucha i palca II, to taka zbieżność czasowa i brak dolegliwości ze strony kręgosłupa, co ewentualnie mogłoby stanowić przyczynę problemów z funkcjonowaniem nerwu strzałkowego, daje podstawę do wyciągnięcia wniosku, że powodem wystąpienia u K. S. niedowładu stopy prawej w zakresie nerwu strzałkowego było przeprowadzenie u niej zabiegu operacyjnego prawej stopy.

Mechanizm powstania porażenia nerwu strzałkowego wyjaśniała biegła neurolog J. B., która stwierdziła, że porażenie to mogło być skutkiem niedokrwienia przy czym niedokrwienie to po zabiegu mogło mieć inny zasięg niż samo pole operacyjne. Nerw strzałkowy odpowiada zaś za zgięcie grzbietowe stopy oraz za czucie powierzchniowe na zewnętrznej stronie podudzia i grzbietowej stronie stopy, zwłaszcza małych palców.

U powódki niedokrwienie prawej stopy, niedowład prawej stopy, brak czucia powierzchniowego wystąpiło po zabiegu z 7.12.2007 r.

Prawidłowo więc Sąd Okręgowy przyjął, że w wyniku operacji dokonanej przez pozwanego powódka doznała utrwalonego przykurczu I i II palca prawej stopy i zmian bliznowatych wskutek wystąpienia martwicy skóry skutkujące zaburzeniem chodu, dające 5% trwałego uszczerbku na zdrowiu, trwałego zszpecenia wyglądu stopy, co daje 5% uszczerbku na zdrowiu, oraz porażenia nerwu strzałkowego powodującego problemy ze zgięciem grzbietowym stopy i zanikiem czucia powierzchniowego skóry skutkujące 15-to procentowym trwałym uszczerbkiem na zdrowiu. Łączny trwały uszczerbek na zdrowiu u powódki wynosi więc 25%.

Bardzo szczegółowo Sąd Okręgowy wyjaśnił, z jakich przyczyn doszło do powstania szkody u powódki i na czym polega wina pozwanego.

Pozwany winien nadzorować podanie przez personel pomocniczy środka znieczulającego. W tym przypadku zaaplikowano powódce lignokainę, uzupełniając ją „na oko” dwoma kroplami adrenaliny. Mogło to doprowadzić do przedawkowania adrenaliny powodującej obkurczenie drobnych naczyń krwionośnych, tym bardziej, że środek znieczulający podawano powódce za pomocą kilku wkłuć, co zwiększało również ryzyko mechanicznego uszkodzenia tkanek na skutek rozpierania tkanek miękkich przez roztwór.

Prawidłowo więc Sąd Okręgowy uznał, za opiniami biegłych lekarzy, że najbardziej prawdopodobną przyczyną powstania u powódki niedokrwienia stopy, zamartwicy skóry i porażenia nerwu strzałkowego było użycie nadmiernej ilości adrenaliny dodanej do środka znieczulającego.

Jeżeli prawidłowo zastosowanoby znieczulenie i środki anestetyczne, do powikłań, które wystąpiły u powódki nie powinno dojść. Również dlatego można domniemywać, że doszło do przekroczenia dawki i stężenia dawki adrenaliny. Adrenaliny nie powinno się dodawać „na oko” tylko powinno się stosować preparaty fabryczne o określonych stałych parametrach. Nawet jeśli u powódki wystąpiła nadmierna reakcja organizmu, to lekarz operujący winien przeprowadzić wywiad z pacjentką pod kątem stosowania adrenaliny. Brak takiego wywiadu można określić niestarannością zawodową. Takie wnioski wynikały z opinii biegłego z zakresu anestezjologii, na które Sąd Okręgowy się powołał.

Znieczulenie miejscowe wykonywane jest z reguły przez operatora ortopedę i on decyduje o rodzaju stosowanych miejscowo leków oraz technice ich podania. Przygotowanie roztworu do znieczulenia miejscowego może też wykonać pielęgniarka instrumentariuszka, ale lekarz winien tę czynność nadzorować. W tym przypadku zawinienie pozwanego polegało na niedostatecznym nadzorze w zakresie przygotowania odpowiedniego roztworu środka znieczulającego wstrzykniętego w stopę powódki, niezachowania ostrożności w zakresie dodania odpowiedniej, ściśle dawkowanej ilości adrenaliny i nieprzewidzenie możliwej reakcji organizmu powódki na podanie tego środka, w sytuacji, gdy co prawda dodatek adrenaliny do środka znieczulenia miejscowego jest stosowany, ale jest to procedura ryzykowna, tym bardziej, gdy nie stosuje się gotowych preparatów fabrycznych o stałych, określonych parametrach.

Pacjent wyrażając zgodę na zabieg bierze co prawda na siebie ryzyko zwykłych powikłań pooperacyjnych, jednak przy założeniu, że nie zostaną one spowodowane z winy choćby najbliższej lekarza (tak SN w wyroku z 18.01.2013 r., IV CSK 431/12, LEX nr 1275006).

W tej sytuacji należy uznać, że nie są zasadne zarzuty apelacji pozwanego i interwenienta ubocznego naruszenia art. 415 k.c., oraz art. 233 k.p.c. poprzez niewłaściwą ocenę opinii biegłych w zakresie ustalenia winy pozwanego.

Zarzut naruszenia art. 217 § 2 k.p.c. i art. 224 k.p.c. zdeaktualizował się, bowiem Sąd Apelacyjny na etapie postępowania apelacyjnego dopuścił dowód z opinii biegłego lekarza neurochirurga, który po przeprowadzeniu postulowanego przez pozwanego badania EMG, miał wydać opinię w sprawie z wykorzystaniem wyników tego badania, ale powódka nie poddała się temu badaniu. Jednak jego przeprowadzenie nie okazało się ostatecznie niezbędne do ostatecznego rozstrzygnięcia w sprawie.

Nie doszło też do naruszenia art. 445 § 1 k.c. Zadośćuczynienie określone przez Sąd Okręgowy na kwotę 50.000 zł nie jest rażąco wygórowane, a tylko w takim przypadku zasadna byłaby ingerencja w ustalenie wysokości zadośćuczynienia przez sąd odwoławczy (tak SN w wyroku z 9.07.1970 r., III PRN 39/70, OSNCP 1971, nr 3 poz. 53).

Powódka doznała 25-cioprocentowego trwałego uszczerbku na zdrowiu. Przechodziła zabiegi usuwania martwiczey skóry, cierpiała z uwagi na długotrwałe gojenie się rany i związane z tym dolegliwości bólowe. Miała problemy ze zginaniem stopy, a tym samym z chodzeniem - przez kilka miesięcy poruszała się o kulach. Była zdana na opiekę osób trzecich, miała ograniczenia w wychodzeniu z domu, wykonywaniu zwykłych, codziennych zajęć i w normalnej aktywności życiowej. Należało mieć na uwadze, że powódka musiała przez parę miesięcy zażywać leki przeciwbólowe, przeciwzakrzepowe, poprawiające krążenie i odbywać szereg wizyt lekarskich. Nadal występują u niej ograniczenia ruchomości stopy i szpecąca blizna. Cierpienia, których powódka doznała były tym bardziej dolegliwe, że dotyczyły osoby młodej (33-letniej), która z reguły pozostaje w dobrym stanie zdrowia i wykazuje dużą aktywność życiową.

W tej sytuacji kwotę 50.000 zł zasądzoną przez Sąd Okręgowy należało uznać za odpowiednią w stosunku do rozmiaru cierpień fizycznych i psychicznych doznanych w związku ze skutkami zabiegu operacyjnego przeprowadzonego przez pozwanego 7.12.2007 r., tym bardziej, że należność ta została zasądzona bez odsetek ustawowych.

Nie można też podzielić zarzutu z apelacji interwenienta ubocznego naruszenia art. 444 § 2 k.c. poprzez zasądzenie renty na rzecz powódki, gdy - zdaniem apelującego - nie udowodniła ona, że koszty uwzględnione w ramach renty faktycznie ponosi.

Przyznanie renty z tytułu zwiększonych potrzeb na podstawie art. 444 § 2 k.c. nie jest uzależnione od wykazania, że poszkodowany te potrzeby faktycznie zaspokaja i ponosi związane z tym wydatki. Do przyznania renty z tego tytułu wystarcza samo istnienie zwiększonych potrzeb jako następstwa czynu niedozwolonego (tak SN w wyroku z 11.03.1976 r., IV CR50/76, OSNCP 1977 r., nr 1, poz. 11).

Tymczasem powódka zeznała, że nadal musi od czasu do czasu zażywać leki przeciwbólowe, a także pić A. chroniący przed działaniem tych leków błony żołądka, na co wydaje średnio około 30 zł miesięcznie i taką kwotę Sąd Okręgowy uwzględnił w ramach renty na zwiększone potrzeby.

W tej sytuacji apelacje pozwanego i interwenienta ubocznego okazały się bezzasadne i jako takie podlegały oddaleniu na podstawie art. 385 k.p.c.

Apelacja powódki jest w części zasadna. Należało podzielić zarzuty naruszenia art. 224, 227, 299 k.p.c. poprzez zamknięcie rozprawy bez przeprowadzenia dowodu z przesłuchania stron, w tym powódki, który to dowód miał istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia i zaniechanie ustalenia w ten sposób kosztów jakie powódka poniosła w związku ze skutkami zabiegu operacyjnego. W tym zakresie trafny jest też zarzut naruszenia przez Sąd art. 233 § 1 kpc przez dowolną ocenę dowodów, przez przyjęcie, że powódka nie udowodniła żadnych ponoszonych przez nią kosztów.

O tyle niezrozumiale wydaje się oddalenie przez Sąd żądania odszkodowania ponad kwotę 117,50 zł i renty ponad 30 zł przy przyjęciu, że powódka nie udowodniła innych kosztów, gdy Sąd nie przeprowadził dowodu z przesłuchania powódki, która w ten sposób mogłaby potwierdzić, że określone koszty poniosła i nadal ponosi, albo, że istnieje potrzeba ich ponoszenia.

Sąd Okręgowy poczynił zresztą częściowo ustalenia w tym zakresie w oparciu o opinie biegłych, przyjmując, że powódka po zabiegu z 7.12.2007 r. wymagała systematycznego leczenia, że przyjmowała leki o działaniu przeciwbólowym, przeciwzapalnym, przeciwzakrzepowym i poprawiające krążenie krwi, na co wydawała około 100 zł miesięcznie, a obecnie na ten cel wydaje do 30 zł miesięcznie, że powinna też przyjmować lek N., którego koszt wynosi 250 zł.

Sąd ustalił też, że powódka wymagała pomocy osób trzecich przez około 6 miesięcy po 2-3 godziny dziennie.

Okolicznościom tym pozwany nie zaprzeczył. Przy takich ustaleniach Sąd Okręgowy, z niezrozumiałych względów zasądził jedynie odszkodowanie za zakup wkładek do butów i rentę bieżącą na zwiększone potrzeby na zakup leków w kwocie 30 zł.

Żądanie zarówno odszkodowania jak i renty w wyższych kwotach jest zasadne i ma swoje oparcie w dowodach, zarówno w opiniach biegłych jak i zeznaniach powódki, która została przesłuchana w charakterze strony w postępowaniu apelacyjnym.

Z dowodów tych wynika, że powódka przez 6 miesięcy była dowożona raz w tygodniu na zmianę opatrunku na stopie samochodem F. (...) zużywającym 8 l paliwa na 100 km, pokonując odległość z dzielnicy D. na ul. (...) w Ł.. Mogło być to ok. 15 km - w dwie strony 30 km, miesięcznie 120 km. Licząc koszt 1 l benzyny 5 zł miesięczny wydatek na benzynę to około 50 zł razy 6 miesięcy daje sumę 300 zł.

Powódka podała, że na leki wydawała do 250 zł miesięcznie, czyli przez 6 miesięcy wydała 1.500 zł.

Na środki opatrunkowe, dezynfekcyjne i maści na bliznę powódka wydawała 100 zł miesięcznie, czyli przez 6 miesięcy wydała 600 zł.

Powódka zmuszona też była do zakupu kilku par nowych butów - przez okres lat 2008-2011 mogła przeznaczyć na ten cel łącznie 600 zł.

Z ustnej opinii biegłego specjalisty z zakresu ortopedii i chirurgii urazowej wynikało, że powódka przez okres do 6 miesięcy wymagała pomocy osób trzecich przez 2-3 godziny dziennie (k 168 odwr.). Przyjmując zasadność 2 godzin opieki w 2008 r., licząc po 8 zł za godzinę, miesięczny koszt opieki wyniósł 480 zł (8 zł x 2 godz. x 30 dni), zaś sześciomiesięczny koszt to 2.880 zł (480 zł x 6 miesięcy).

Zatem należne powódce odszkodowanie winno wynieść 5.997,50 zł (117,50 zł + 300 zł + 1.500 zł + 600 zł + 600 zł + 2.880 zł).

W tym zakresie Sąd Apelacyjny zmienił zaskarżony wyrok na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. podwyższając odszkodowanie do kwoty wyliczonej jak wyżej wskazano.

Należało również podwyższyć kwotę renty na zwiększone potrzeby.

Powódka nadal musi zażywać leki przeciwbólowe, na które wydaje około 30 zł miesięcznie - tak jak to przyjął Sąd Okręgowy.

Nadal - jak to wynika z pisemnej opinii uzupełniającej dr K. B. (k 514) wymaga ona kontynuacji leczenia usprawniającego - w tym zakresie przyjęto konieczność poniesienia kosztów dwóch zabiegów rehabilitacyjnych miesięcznie (ponad refundowane z NFZ) w kwocie po 50 zł jeden zabieg, łącznie 100 zł. W związku ze zniekształceniem

stopy wskutek występowania blizn, a także występującym problemem ze zgięciem prawej stopy i ograniczeniem ruchomości palców stopy, powódka wymaga zakupu specjalnego obuwia - 1 pary na lato i 1 na zimę, łącznie za 240 zł rocznie, co daje w skali miesiąca 20 zł.

Podwyższenie renty uzasadnione było zatem do kwoty 150 zł miesięcznie z kwoty po 30 zł miesięcznie.

W tym zakresie - co do renty na zwiększone potrzeby, Sąd Apelacyjny zmienił zaskarżony wyrok na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. Powyższa zmiana skutkowała wyliczeniem, iż powódka wygrała w 57%.

Nie zmieniło to zasadności wzajemnego zniesienia między stronami kosztów zastępstwa procesowego na zasadzie art. 100 k.p.c.

Zmianie według proporcji 57% do 43% uległo rozstrzygnięcie w przedmiocie należnych od stron na rzecz Skarbu Państwa kosztów sądowych.

W pozostałym zakresie apelacja powódki nie zasługiwała na uwzględnienie. Powódka nie udowodniła, aby poniosła koszty uzasadniające żądanie odszkodowania w wysokości 45.000 zł. Należne odszkodowanie zostało dokładnie wyliczone w oparciu o materiał dowodowy, w tym zeznania samej powódki. Żądania dalej idące nie znajdują odzwierciedlenia w poczynionych ustaleniach.

W szczególności powódka nie udowodniła wysokości utraconych zarobków na poziomie dochodzonej kwoty 31.500 zł.

Wysokość tej kwoty w żaden sposób nie została wyliczona w apelacji, nie wskazano jakie powódka osiągała zarobki przed operacją, w jakiej kwocie otrzymywała świadczenia korzystając ze zwolnienia lekarskiego, dlatego żądanie w tym zakresie nie mogło zostać uwzględnione.

Nieuzasadnione i nie znajdujące oparcia w opiniach biegłych, czy innych dowodach było żądanie kosztów opieki za 8 godzin dziennie. Zdecydowane wygórowane były koszty dojazdów na zmianę opatrunków, nie skorelowane z zeznaniami powódki i wyliczeniem możliwego zużycia paliwa na ten cel.

Zawyżenie kosztów dotyczy również kosztów leków, zakupu obuwia czy rehabilitacji, biorąc pod uwagę chociażby treść zeznań powódki.

Nie ma podstaw do przyjęcia, że w 6 lat po zabiegu operacji palców stopy, w sytuacji gdy nastąpiła poprawa funkcjonowania stopy i regeneracja nerwu strzałkowego, powódka musiała korzystać z porad psychologa i żądać odszkodowania w tym zakresie.

W zakresie ponad podwyższone kwoty odszkodowania i renty na zwiększone potrzeby apelacja powódki podlegała oddaleniu na podstawie art. 385 k.p.c.

Powódka wygrała apelację w 15%. Poniosła koszty zastępstwa procesowego w kwocie 2.700 zł. Pozwany poniósł koszty zastępstwa procesowego w kwocie 2.700 zł, opłatę od apelacji w kwocie 2.524 zł i koszty opinii biegłego w kwocie 825 zł, łącznie 6.049 zł. Uwzględniając proporcje wygrania i przegrania apelacji powódka winna zwrócić pozwanemu na zasadzie art. 98 § 1 i 3 k.p.c. w związku z art. 391 § 1 k.p.c. kwotę 4.736,65 zł tytułem zwrotu części kosztów procesu w postępowaniu apelacyjnym.

Biorąc pod uwagę okoliczność, iż obecnie powódka jest bezrobotna, jej źródłem utrzymania jest świadczenie z MOPS w wysokości 205,50 zł, ma też na utrzymaniu małoletnią córkę, Sąd Apelacyjny nie obciążył jej na zasadzie art. 102 k.p.c. w związku z art. 391 § 1 k.p.c. obowiązkiem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego na rzecz interwenienta ubocznego.

O brakującej części opłaty od apelacji powódki należnych od pozwanego orzeczono na podstawie art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28.07.2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (tekst jedn. Dz. U. z 2010 r. nr 90 poz. 594 ze zm.