

# WYROK

## W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Wrocław, dnia 28 kwietnia 2015 r.

Sąd Okręgowy we Wrocławiu I Wydział Cywilny w następującym składzie:

Przewodniczący: SSO Sławomir Urbaniak

Protokolant: Irmina Szawica

po rozpoznaniu w dniu 7 kwietnia 2015 r. we Wrocławiu

sprawy z powództwa Z. F.

przeciwko (...) Szpitalowi (...) we W. i (...) Spółka Akcyjna

o zapłatę

I. zasądza od pozwanych na rzecz powódki kwotę 50.000 zł (pięćdziesiąt tysięcy złotych) wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 11 sierpnia 2011 r. do dnia zapłaty z zastrzeżeniem, że spełnienie powyższego świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia z obowiązku świadczenia drugiego z nich;

II. dalej idące powództwo oddala;

III. nie obciąża powódki obowiązkiem zwrotu kosztów procesu na rzecz pozwanych;

IV. nie obciąża powódki nieuiszczonymi kosztami sądowymi;

V. nakazuje pozwanym aby uiszcili na rzecz Skarbu Państwa (Sądu Okręgowego we Wrocławiu) kwotę 3.194,50 zł tytułem kosztów sądowych z zastrzeżeniem, że spełnienie powyższego świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia z obowiązku świadczenia drugiego z nich.

## UZASADNIENIE

W dniu 19 października 2011 r. powódka Z. F. wystąpiła z pozwem przeciwko 1) (...) Szpitalowi (...) we W. oraz 2) (...) S.A. w W. domagając się zasądzenia od pozwanych na swoją rzecz kwoty 350.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 21 lipca 2011 r. do dnia zapłaty, z tym zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego z odpowiedzialności. Powódka domagała się również zasądzenia od pozwanych kosztów zastępstwa procesowego w kwocie 7.200 zł.

W uzasadnieniu zgłoszonego żądania powódka podkreśliła, że w dniu 10 czerwca 2008 r. została przyjęta do Kliniki (...) we W. ze skierowaniem usunięcia czynnego hormonalnie guza prawego nadnercza. W dniu 11 czerwca wykonano u powódki operację adrenalektomii prawostronnej usuwając powiększone prawe nadnercze. Zdaniem powódki, została ona zoperowana metodą przestarzałą, gdyż dokonano cięcia chirurgicznego na plecach. Po wykonanej operacji powódka czuła się źle, miała bardzo wysokie ciśnienie i odczuwała kołatanie serca; po wykonaniu badania USG jamy brzusznej okazało się, że guz nadal istnieje. Pomimo tego, powódka została poinformowana przez lekarzy z Kliniki (...) we W., że nie jest to guz, a jedynie tkanka tłuszczowa. Przez kolejne miesiące stan zdrowia powódki stopniowo się pogarszał. W październiku 2008 r. w Szpitalu (...) w W. wykonano kolejną operację oraz badanie histopatologiczne. Powódce usunięto pozostawiony po poprzedniej operacji guz nadnercza prawego oraz pozostawione poszarpane fragmenty tkankowe. Powódka została poinformowana, że guz był położony w bardzo ukrwionym miejscu tuż za żyłą czerzą dolną, zaś lekarze z Kliniki we W. usunęli jedynie zdrowe nadnercze do żyły, pozostawiając pozostałą część z guzem. Na skutek błędu lekarzy z Kliniki (...) we W. powódka doznała wielu cierpień. Jej stan zdrowia znacznie się pogorszył. W dalszym ciągu u powódki utrzymuje się wysokie ciśnienie oraz migotanie przedsionków. Powódka

ma oszpecone ciało, gdyż blizny pooperacyjne znajdują się zarówno na całych plecach, jak i na brzuchu; jej prawa część ciała jest bezwładna. Powódka przeszła dwie bardzo ciężkie i bolesne operacje, pomimo tego, że tego rodzaju guz powinien zostać usunięty metodą laparoskopową. Zdaniem powódki żądana pozwem kwota stanowi stosowne zadośćuczynienie za doznaną krzywdę. Powódka podkreśliła, że pismem z dnia 6 lipca 2011 r. (...) Szpital (...) został wezwany do dobrowolnej zapłaty kwoty 350.000 zł. Roszczenie zostało przekazane przez szpital do ubezpieczyciela (...) S.A., który do dnia dzisiejszego nie naprawił poniesionej szkody.

W dniu 29 grudnia 2011 r. strona pozwana ad. 1 - (...) Szpital (...) we W. wniosła odpowiedź na pozew, domagając się oddalenia powództwa w całości oraz zasądzenia od powódki na rzecz pozwanego ad. 1 kosztów zastępstwa procesowego wraz z opłatą od pełnomocnictwa w kwocie 7.217 zł. W uzasadnieniu swojego stanowiska strona pozwana przyznała, że powódka przebywała w Klinice (...) we W. w okresie od 10.06.2008 r. do 20.06.2008 r. z rozpoznaniem zespołu (...), spowodowanego rozrostem gruczolakowatym prawego nadnercza. Zdaniem strony pozwanej wszystkie zarzuty sformułowane w pozwie są nieuzasadnione i nie zasługują na uwzględnienie. Po stronie personelu medycznego pozwanego szpitala nie ziściła się przesłanka zawinięcia warunkująca odpowiedzialność z art. 430 kc w zw. z art. 415 kc, jak również brak jest adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy działaniem personelu medycznego szpitala a zgłoszoną szkodą. Wszelkie czynności podjęte przez lekarzy w procesie leczenia powódki były wykonane zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, zasadami sztuki lekarskiej i przy zachowaniu należytej staranności. Strona pozwana ad. 1 zaprzeczyła, aby zabieg usunięcia prawego nadnercza wykonano metodą przestarzałą. Został on przeprowadzony zgodnie z obowiązującymi standardami i wiedzą medyczną. Powódka została zakwalifikowana do właściwej metody operacyjnej po dokładnym przeanalizowaniu jej dokumentacji medycznej. Ponadto wskazać należy, że powódka została szczegółowo poinformowana o planowanym sposobie leczenia operacyjnego, jak również o możliwości wystąpienia ewentualnych powikłań w wyniku przedmiotowego leczenia. Powódka wyraziła zgodę na zabieg metodą klasyczną potwierdzając to własnoręcznym podpisem. Blizny pooperacyjne, na które powoływała się powódka były skutkiem prawidłowo przeprowadzonej operacji. Co więcej lekarze strony pozwanej ad. 1 dochowując należytej staranności skierowali powódkę do dalszej diagnostyki endokrynologicznej, aby ocenić rezultaty przeprowadzonej operacji, co dodatkowo wskazuje na fakt, że nie dopuścili się żadnego zaniedbania. Strona pozwana ad. 1 uznała również za nieuzasadniony zarzut powódki, jakoby lekarze pozwanego szpitala nie zapoznali się z wynikami badania TK wykonanego u powódki po zabiegu operacyjnym. Zdaniem strony pozwanej twierdzenia powódki nie zostały poparte żadnymi dowodami. Przeczy temu również dokumentacja medyczna, z której wynika, że lekarze prowadzący zapoznali się z w/w badaniem i przedstawili swoją opinię dotyczącą jego wyniku. W ocenie strony pozwanej Ad.1 nie zasługują na uwzględnienie twierdzenia powódki, aby przez rzekome zaniedbania ze strony lekarzy pozwanego szpitala powódka cierpiała na dolegliwości opisane w pozwie, tj. zaburzenia rytmu serca (migotanie przedsionków) oraz wysokie ciśnienie. Strona pozwana podkreśliła, że w chwili przyjęcia powódki do Kliniki, powódka cierpiała na nadciśnienie tętnicze, hipokaliemię, zaburzenia rytmu serca, które występują u powódki od około 12 lat. Ponadto przed przyjęciem do Kliniki u powódki stwierdzono nadczynność tarczycy i mięśniaka macicy, a także cechy niewielkiej osteoporozy. Opisane schorzenia potwierdziła również sama powódka w przeprowadzonym z nią wywiadzie, przy przyjęciu do Kliniki. Powódka zgłosiła również inne schorzenia, m.in. żyłaki kończyn dolnych, stłuszczenie wątroby, guz lewej piersi i wskazała na przebyte operacje. Ponadto u powódki stwierdzono niedokrwistość z powodu niedoboru żelaza. Wszelkie dolegliwości zgłoszone w pozwie stanowiły zatem normalne następstwa przebytych operacji, bądź też są związane z chorobą podstawową. Zdaniem strony pozwanej ad. 1 brak jest związku przyczynowego pomiędzy leczeniem powódki, a zgłoszonym uszczerbkiem na jej zdrowiu. Niezależnie od powyższego strona pozwana zarzuciła również, że dochodzona pozwem kwota 350.000 zł tytułem zadośćuczynienia jest rażąco wygórowana, zaś powódka nie wykazała dowodowo dlaczego wskazana kwota zadośćuczynienia ma rekompensować krzywdę jakiej doznała.

W dniu 30 grudnia 2011 r. strona pozwana ad. 2 - (...) S.A. we W. wniosła odpowiedź na pozew domagając się oddalenia powództwa w całości oraz zasądzenia od powódki na rzecz pozwanego ad. 2 kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. W uzasadnieniu swojego stanowiska strona pozwana ad. 2 przyznała, że ze stroną pozwaną Ad. 1 łączy ją umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z dnia 29 lutego 2008 r. Na mocy tej umowy odpowiedzialność ubezpieczyciela została jednak ograniczona do kwoty 46.500 EUR za jedno zdarzenie, co w przeliczeniu na walutę polską wynosi 167.283,75 zł. Niezależnie od powyższego strona pozwana ad. 2 zakwestionowała

swoją odpowiedzialność w rozpoznawanej sprawie. Zdaniem strony pozwanej ad. 2 materiał dowodowy zebrany w toku postępowania likwidacyjnego, a także dowody przedłożone przez samą powódkę nie pozwalają na przyjęcie tezy, że brak radykalności zabiegu wykonanego u Z. F. przez lekarzy z (...) Szpitala (...) we W. wynikał z niedołożenia przez nich należytej staranności. Zdaniem strony pozwanej ad. 2 jest wątpliwe, aby tak duża zmiana, jak gruczolak o wymiarach 4x2,5x2 cm, nie została zauważona w trakcie przeprowadzanej operacji. Strona pozwana wskazała, że powódka nie przedstawiła badania obrazowego, na podstawie którego dokonano jej kwalifikacji do pierwszego zabiegu, a jedynie to badanie mogłoby wykazać, czy faktycznie lekarze ze szpitala przy ul. (...) nie zachowali należytej ostrożności przy podejmowaniu decyzji co do zakresu operacji. Zdaniem strony pozwanej ad. 2 zabieg przeprowadzony w dniu 11 czerwca 2008 r. został wykonany zgodnie z zasadami sztuki medycznej. Nieprawdziwy jest przy tym zarzut powódki, jakoby metoda zastosowana przez lekarzy była przestarzała. Blizny na ciele powódki stanowiły zaś powikłania po wykonanej operacji. Po zabiegu powódka została przekazana do Kliniki (...), co dodatkowo skazuje na brak zaniechań ze strony lekarzy z Kliniki przy ul. (...). Z ostrożności procesowej strona pozwana ad. 2 wskazała również, że kwota żądanego zadośćuczynienia jest zdecydowanie wygórowana. Nawet przy przyjęciu, że druga operacja była konieczna z przyczyn leżących po stronie lekarzy, powódka nie wykazała zakresu oraz rozmiarów doznanych szkód. Strona pozwana ad. 2 zakwestionowała ponadto początkową datę, od której powódka domagała się zasądzenia ustawowych odsetek wskazując, że z akt szkodowych wynika, iż szkoda została przez powódkę zgłoszona do Szpitala (...) przy ul. (...) w dniu 11 lipca 2011 r. W tych okolicznościach żądanie odsetkowe może być zasadne dopiero począwszy od dnia 11 sierpnia 2011 r.

W piśmie procesowym z dnia 12 stycznia 2012 r. strona pozwana ad. 1 podtrzymała dotychczasowe stanowisko w sprawie wskazując, że lekarze pozwanego szpitala po dokonaniu oceny w badaniu śródoperacyjnym usunęli nadnercze ze zmianami patologicznymi odpowiadającymi zespołowi chorobowemu na jaki cierpiała powódka. Zdaniem strony pozwanej powódka kwalifikowała się do zabiegu nie tylko na podstawie badania klinicznego, ale przede wszystkim na podstawie obrazu śródoperacyjnego. To właśnie na podstawie badania śródoperacyjnego lekarz operujący podjął decyzję co do zakresu zabiegu. Strona pozwana podkreśliła, że zmiany u powódki, które wykazywały patologię w badaniu śródoperacyjnym zostały usunięte w całości. Odnosząc się do zarzutu powódki co do przeprowadzenia zabiegu przestarzałą metodą, strona pozwana podkreśliła, że metoda ta została wybrana przez chirurga po konsultacji, jako najbardziej korzystna dla chorej ze względu na charakter schorzenia. Nie wymagała ona otwarcia jamy brzusznej, a tym samym chora nie była narażona na ryzyko powikłań pod postacią zrostów jelitowych. Wszelkie czynności podjęte przez lekarzy w procesie leczenia powódki zostały wykonane zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, zasadami sztuki lekarskiej i przy zachowaniu należytej staranności.

W piśmie procesowym z dnia 15 marca 2012 r. powódka w całości podtrzymała swoje dotychczasowe stanowisko przyznając, że wyrażała zgodę na zabieg metodą klasyczną. Nikt jednak nie poinformował jej, że istnieje możliwość wykonania tej operacji metodą laparoskopową, która jest dużo mniej inwazyjna. Powódka przyznała, że blizny stanowią normalne następstwo każdej operacji. Jednakże blizny na ciele powódki, zajmujące zarówno przednią, jak i tylną część ciała, utrudniające poruszanie się są wynikiem zastosowania błędnej taktyki operacyjnej. Powódka podkreśliła, że wbrew twierdzeniom strony pozwanej ad. 1 lekarze pozwanego szpitala nie usunęli nadnercza wraz ze zmianami patologicznymi, pozostawiając guza czynnie hormonalnego. Guz ten usunięty został dopiero w wyniku operacji wykonanej w W.. Konieczność poddania się drugiej operacji znacznie pogorszyła jej jakość życia, powodując niedoczulicę połowy tułowia, postawę niesymetryczną utrudniającą funkcjonowanie oraz silne bóle kręgosłupa.

### ***Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:***

W marcu 2008 r. sześćdziesięcioletnia Z. F. została przyjęta do Kliniki (...) we W. z rozpoznaniem utrzymującego się nadciśnienia tętniczego i hypokalemii. W trakcie prowadzonej diagnostyki powódce wykonano badanie USG jamy brzusznej, w oparciu o które u Z. F. rozpoznano gruczolaka prawego nadnercza o wymiarach 1,8 cm x 1,4 cm x 1,2 cm. Rozpoznanie zostało potwierdzone badaniem tomografii komputerowej jamy brzusznej. U powódki stwierdzono również wysoki poziom aldosteronu, co pozwoliło na rozpoznanie zespołu (...), stwierdzono napadowe migotanie przedsionków oraz wole guzkowate tarczycy. Objawy kliniczne zespołu (...) wiązały się z występowaniem u powódki opornego nadciśnienia tętniczego, obniżonego stężenia potasu we krwi, wysokiego stężenia aldosteronu w surowicy

krwi, zwiększonego wydalania aldosteronu z moczem i zahamowania aktywności reninowej osocza. W okresie kilku miesięcy poprzedzających hospitalizację u powódki nasiliła się hypokalemia, a także dochodziło do zaburzeń rytmu serca w postaci migotania przedsionków. Po okresie obserwacji i diagnostyki klinicznej ustalono, że wykryty u powódki guz prawego nadnercza jest hormonalnie czynny, dlatego też Z. F. została zakwalifikowana do leczenia operacyjnego wycięcia prawego nadnercza w Klinice (...) we W.. Lokalizacja guza była wystarczająco precyzyjna dla przeprowadzenia prawidłowego zabiegu. Celem operacji chirurgicznej u powódki było usunięcie prawego nadnercza wraz z guzem w całości.

#### **dowód:**

- karta informacyjna leczenia szpitalnego z dnia 21.05.2008 r. – **k. 11-13;**
- skierowanie do leczenia szpitalnego z dnia 26.05.2008 r. – **k. 137;**
- wynik badania TK z dnia 25.03.2008 r. – **k. 207;**
- opinia sądowo-lekarska biegłego z zakresu chirurgii ogólnej i chirurgii naczyniowej z dnia 10.01.2013 r. wraz z opinią uzupełniającą z dnia 07.05.2013 r. oraz z dnia 08.10.2013 r. – **k. 234-241, 266-269, 311-312;**
- opinia sądowo-lekarska biegłego z zakresu chirurgii ogólnej i chirurgii naczyniowej z dnia 12.12.2013 r. wraz z opinią uzupełniającą z dnia 13.05.2014 r. – **k. 341-345; 386-387;**
- zeznania świadka A. S. – **k. 202-203;**
- zeznania świadka J. W. – **k. 202;**
- zeznania świadka W. K. – **k. 216;**
- przesłuchanie powódki Z. F. – **k. 216;**

W dniu 10 czerwca 2008 r. Z. F. została przyjęta do Kliniki (...) we W.. Po przyjęciu do szpitala z powódką przeprowadzono wywiad lekarski dotyczący przebytych chorób oraz podejmowanego leczenia, a także wywiad epidemiologiczny. Powódka została poinformowana o przebiegu planowanej operacji oraz rodzaju znieczulenia, które miało być wobec niej zastosowane. Powódka wyraziła pisemną zgodę na przeprowadzenie zabiegu w znieczuleniu ogólnym, jak również na towarzyszące temu postępowanie w czasie i po zabiegu. Z. F. została również poinformowana przez lekarza o planowanym sposobie leczenia operacyjnego metodą klasyczną z dojściem od strony mięśni lędźwiowych, o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub w wyniku operacji. Lekarz poinformował powódkę, że przyjęty sposób leczenia operacyjnego jest najbardziej wskazany z uwagi na charakter zabiegu oraz usytuowanie guza. W czasie, gdy powódka przebywała na oddziale (...) (...) we W. szpital nie dysponował sprzętem umożliwiającym wykonanie operacji wycięcia guza nadnercza metodą laparoskopową. Z. F. wyraziła pisemną zgodę na proponowany zabieg operacyjny, stwierdzając, że uzyskała wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania.

W dniu 11 czerwca 2008 r. u powódki przeprowadzono operację wycięcia prawego nadnercza sposobem klasycznym, z dostępu operacyjnego tylnego – od strony mięśni lędźwiowych. Operacja przebiegła bez powikłań. Prawe nadnercze zostało usunięte w pięciu fragmentach. Po zabiegu operacyjnym wycięte fragmenty nadnercza przekazano do badań histopatologicznych. W dniu 13 czerwca 2008 r. uzyskano wynik badania histopatologicznego usuniętych tkanek, z którego wynikało, że wycięto fragmenty nadnercza z rozlanym rozrostem w dominującej części warstwy kłębuszkowej i pasmowatej kory.

#### **dowód:**

- przedoperacyjna ankieta anestezjologiczna z dnia 10.06.2008 r. – **k. 125-126;**

- wywiad epidemiologiczny – **k. 127;**
- pisemna zgoda na zabieg operacyjny z dnia 10.06.2008 r. – **k. 128;**
- historia choroby powódki – **k. 129-131;**
- opinia sądowno-lekarska biegłego z zakresu chirurgii ogólnej i chirurgii naczyniowej z dnia 10.01.2013 r. wraz z opinią uzupełniającą z dnia 07.05.2013 r. oraz z dnia 08.10.2013 r. – **k. 234-241, 266-269, 311-312;**
- opinia sądowno-lekarska biegłego z zakresu chirurgii ogólnej i chirurgii naczyniowej z dnia 12.12.2013 r. wraz z opinią uzupełniającą z dnia 13.05.2014 r. – **k. 341-345; 386-387;**
- zeznania świadka A. S. – **k. 202-203;**
- zeznania świadka J. W. – **k. 202;**
- zeznania świadka W. K. – **k. 216;**
- przesłuchanie powódki Z. F. – **k. 216;**

Zabieg operacyjny z dnia 11 czerwca 2008 r. został wykonany metodą klasyczną z cięcia w okolicy lędźwiowej. Jest to jeden z uznanych dostępów do nadnercza, szczególnie prawego. Dla chorych obciążonych kardiologicznie oraz zagrożonych niewydolnością oddechową niesie on za sobą zdecydowanie mniejszy odsetek powikłań niż dostęp brzuszny, zaś sama rana operacyjna jest na ogół mniejsza i lepiej się goi; nie ma również powikłań brzusznych.

**dowód:**

- opinia sądowno-lekarska biegłego z zakresu chirurgii ogólnej i chirurgii naczyniowej z dnia 10.01.2013 r. wraz z opinią uzupełniającą z dnia 07.05.2013 r. oraz z dnia 08.10.2013 r. – **k. 234-241, 266-269, 311-312;**

W drugiej dobie po operacji Z. F. poczuła się gorzej. Miała skoki ciśnienia tętniczego, kołatanie serca, utrzymywały się u niej spadki stężenia potasu we krwi. Powódce wykonano badanie kontrolne EKG, podano leki oraz zlecono badanie kontrolne. W dniu 16 czerwca 2008 r. Z. F. uskarżała się na obrzęk prawego boku. W dniu 17 czerwca 2008 r. u powódki wykonano kontrolne badanie USG jamy brzusznej i przestrzeni pozaotrzewnowej. Lekarz radiolog opisał zaobserwowaną zmianę jako hipodensyjny guzek o średnicy 1cm widoczny w polu nadnerczowym prawym. Po zapoznaniu się z wynikiem badania USG operujący powódkę chirurdzy uznali, że widoczne na zdjęciu ultrasonograficznym tkanki patologiczne są jedynie fragmentem stwierdzonej śródoperacyjnie tkanki tłuszczowej formującej się w krągłej struktury mogące sugerować obraz nadnercza. W dniu 20 czerwca 2008 r. powódkę wypisano do domu ze wskazaniem, że znajduje się w stanie ogólnym dobrym. Ponieważ Z. F. w dalszym ciągu uskarżała się na problemy z nadciśnieniem, domagając się kontynuowania diagnostyki, lekarz prowadzący skierował powódkę do Kliniki (...) we W. celem kontroli i dalszego leczenia endokrynologicznego.

**dowód:**

- karta informacyjna leczenia szpitalnego z dnia 20.06.2008 r. – **k. 9, 138;**
- wyniki badań klinicznych powódki – **k. 10;**
- karta obserwacji rany pooperacyjnej – **k. 133, 139-141;**
- historia pielęgnowania – **k. 134-136;**
- wynik badania usg jamy brzusznej z dnia 17.06.2008 r. – **k. 132;**

- opinia sądowo-lekarska biegłego z zakresu chirurgii ogólnej i chirurgii naczyniowej z dnia 10.01.2013 r. wraz z opinią uzupełniającą z dnia 07.05.2013 r. oraz z dnia 08.10.2013 r. – **k. 234-241, 266-269, 311-312;**
- opinia sądowo-lekarska biegłego z zakresu chirurgii ogólnej i chirurgii naczyniowej z dnia 12.12.2013 r. wraz z opinią uzupełniającą z dnia 13.05.2014 r. – **k. 341-345; 386-387;**
- zeznania świadka A. S. – **k. 202-203;**
- zeznania świadka J. W. – **k. 202;**
- zeznania świadka W. K. – **k. 216;**
- przesłuchanie powódki Z. F. – **k. 216;**

W trakcie dalszej hospitalizacji obserwowano u powódki podwyższony poziom aldosteronu oraz spadki poziomu potasu w surowicy wymagające suplementacji. W dniu 25 czerwca 2008 r. przeprowadzono kontrolne badanie tomograficzne jamy brzusznej. Badanie to potwierdziło obecność gruczolaka o średnicy około 1,5 cm położonego w odległości 1,5 cm za żyłą główną dolną w przestrzeni pozaotrzewnowej, wysoko, tuż pod prawą odnogą przepony. Z uwagi na krótki upływ czasu od pierwszego zabiegu operacyjnego powódka została zakwalifikowana do leczenia zachowawczego. Ponowna kontrola w Klinice (...) została wyznaczona na dzień 18 sierpnia 2008 r.

**dowód:**

- wyniku badania TK z dnia 25.06.2008 r. – **k. 14-15, 208;**
- karta informacyjna leczenia szpitalnego z dnia 04.07.2008 r. i z dnia 28.09.2008 r. – **k. 16-20;**
- opinia sądowo-lekarska biegłego z zakresu chirurgii ogólnej i chirurgii naczyniowej z dnia 10.01.2013 r. wraz z opinią uzupełniającą z dnia 07.05.2013 r. oraz z dnia 08.10.2013 r. – **k. 234-241, 266-269, 311-312;**
- opinia sądowo-lekarska biegłego z zakresu chirurgii ogólnej i chirurgii naczyniowej z dnia 12.12.2013 r. wraz z opinią uzupełniającą z dnia 13.05.2014 r. – **k. 341-345; 386-387;**
- zeznania świadka A. S. – **k. 202-203;**
- zeznania świadka J. W. – **k. 202;**
- zeznania świadka W. K. – **k. 216;**
- przesłuchanie powódki Z. F. – **k. 216;**

Problem niedoszczętności operacji w chirurgii onkologicznej jest częstym problemem chirurgicznym. Wielokrotnie zdarzają się sytuacje, w których pomimo dołożenia należytej staranności, operujący chirurg nie jest w stanie usunąć całej tkanki nowotworowej. W takich przypadkach stosuje się tzw. leczenie skojarzone albo uzupełniające, przy pomocy którego niszczy się pozostałą po operacji chirurgicznej tkankę nowotworową.

**dowód:**

- opinia sądowo-lekarska biegłego z zakresu chirurgii ogólnej i chirurgii naczyniowej z dnia 12.12.2013 r. wraz z opinią uzupełniającą z dnia 13.05.2014 r. – **k. 341-345; 386-387;**

W dniach od 7 października 2008 r. do 10 października 2008 r. powódka była ponownie hospitalizowana w Klinice (...) we W.. U Z. F. potwierdzono rozpoznanie zespołu (...) i utrzymującego się hormonalnie czynnego gruczolaka w okolicach prawego nadnercza. W przeprowadzonym badaniu stwierdzono utrzymujące się podwyższone wartości aldosteronu w surowicy krwi oraz w moczu dobowym; u powódki kilkakrotnie wystąpiły napady migotania

przedsionków. Lekarze diagnozujący powódkę potwierdzili konieczność reoperacji i usunięcia guza o średnicy 1,5 cm zlokalizowanego za żyłą czczą dolną.

**dowód:**

- karta informacyjna z dnia 10.10.2008 r., 3.11.2008 r. – **k. 21-22, 23;**
- opinia sądowo-lekarska biegłego z zakresu chirurgii ogólnej i chirurgii naczyniowej z dnia 10.01.2013 r. wraz z opinią uzupełniającą z dnia 07.05.2013 r. oraz z dnia 08.10.2013 r. – **k. 234-241, 266-269, 311-312;**
- opinia sądowo-lekarska biegłego z zakresu chirurgii ogólnej i chirurgii naczyniowej z dnia 12.12.2013 r. wraz z opinią uzupełniającą z dnia 13.05.2014 r. – **k. 341-345; 386-387;**
- przesłuchanie powódki Z. F. – **k. 216;**

W celu przeprowadzenia ponownego zabiegu operacyjnego powódka udała się do W.. W dniu 20 października 2008 r. Z. F. została przyjęta do Kliniki (...), (...) (...)w W., gdzie była hospitalizowana do dnia 3 listopada 2008 r. W dniu 24 października 2008 r. u powódki wykonano ponowny zabieg operacyjny, tym razem z dostępu brzusznego, mający na celu usunięcie gruczolaka kory prawego nadnercza. U powódki rozpoznano stan po niedoszczętej adrenalectomii z powodu zespołu (...). Zarówno zabieg, jak i przebieg leczenia pooperacyjnego przebiegał bez powikłań. Wycięte tkanki zostały przesłane do badań histopatologicznych. W dniu 27 października 2008 r. uzyskano wynik badania histopatologicznego usuniętych tkanek, z którego wynikało, że wycięto cztery nieregularne poszarpane fragmenty tkankowe o łącznych wymiarach 4 cm x 2,5 cm x 2 cm. Wśród wyciętych tkanek znajdował się żółto-pomarańczowy guzek o średnicy 1,6 cm z beżowym obszarem w części centralnej. Pozostałe wycinki były strzępami nadnercza.

**dowód:**

- wynik rozpoznania histopatologicznego z dnia 20.10.2008 r. – **k. 24;**
- karta opisu operacji – **k. 184;**
- formularz zgody na operację – **k. 185;**
- historia choroby ogólna – **k. 178-179;**
- karta informacyjna leczenia szpitalnego z dnia 3.11.2008 r. – **k. 181;**
- karta obserwacji w okresie pooperacyjnym – **k. 186-191;**
- karta indywidualnej pielęgnacji – **k. 192-196;**
- opinia sądowo-lekarska biegłego z zakresu chirurgii ogólnej i chirurgii naczyniowej z dnia 10.01.2013 r. wraz z opinią uzupełniającą z dnia 07.05.2013 r. oraz z dnia 08.10.2013 r. – **k. 234-241, 266-269, 311-312;**
- opinia sądowo-lekarska biegłego z zakresu chirurgii ogólnej i chirurgii naczyniowej z dnia 12.12.2013 r. wraz z opinią uzupełniającą z dnia 13.05.2014 r. – **k. 341-345; 386-387;**
- przesłuchanie powódki Z. F. – **k. 216;**

W dniu 18 listopada 2008 r. powódka została przyjęta do Kliniki (...), (...) (...) Szpitala (...)we W.. W trakcie pobytu w placówce leczniczej potwierdzono radykalność i skuteczność zabiegu wykonanego w Klinice (...)w W.. Przy wypisie rozpoznano u powódki wole tarczycy bez objawów nadczynności, nadciśnienie tętnicze, niedokrwistość z niedoboru żelaza oraz znacznie podwyższony poziom cholesterolu i trój glicerydów. Podczas wizyt kontrolnych w kwietniu 2010 r. oraz w styczniu 2011 r. potwierdzono wcześniejsze rozpoznanie, nie zaobserwowano nawrotu objawów

nadczynności nadnerczy, nie odnotowano przerostu lewego nadnercza, uzyskano normalizację ciśnienia tętniczego krwi przy zastosowaniu niewielkich dawek beta-blokerów.

**dowód:**

- karta informacyjna leczenia szpitalnego z dnia 28.11.2008 r., 28.04.2010 r., 18.01.2011 r. – **k. 25-26, 27-29, 30-33;**
- opinia sądowo-lekarska biegłego z zakresu chirurgii ogólnej i chirurgii naczyniowej z dnia 10.01.2013 r. wraz z opinią uzupełniającą z dnia 07.05.2013 r. oraz z dnia 08.10.2013 r. – **k. 234-241, 266-269, 311-312;**
- opinia sądowo-lekarska biegłego z zakresu chirurgii ogólnej i chirurgii naczyniowej z dnia 12.12.2013 r. wraz z opinią uzupełniającą z dnia 13.05.2014 r. – **k. 341-345; 386-387;**
- przesłuchanie powódki Z. F. – **k. 216;**

W następstwie wykonanych zabiegów operacyjnych powódka posiada blizny pooperacyjne usytuowane na brzuchu oraz plecach. Stały uszczerbek na zdrowiu powódki związany z obecnością blizn pooperacyjnych na brzuchu oraz plecach w okolicy lędźwiowej i krzyżowej wynosi 5 %.

Konieczność poddania się drugiej operacji w następstwie niedoszczętego zabiegu usunięcia czynnego hormonalnie gruczolaka prawego nadnercza w trakcie pierwszego zabiegu operacyjnego z dnia 11 czerwca 2010 r. wiązała się dla powódki z dodatkowym stresem i cierpieniami psychicznymi.

Nadciśnienie tętnicze oraz migotanie przedsionków występujące u powódki jeszcze przez pierwszą operacją nie ustąpiły do dnia dzisiejszego.

**dowód:**

- opinia sądowo-lekarska biegłego z zakresu chirurgii ogólnej i chirurgii naczyniowej z dnia 10.01.2013 r. wraz z opinią uzupełniającą z dnia 07.05.2013 r. oraz z dnia 08.10.2013 r. – **k. 234-241, 266-269, 311-312;**
- przesłuchanie powódki Z. F. – **k. 216;**

W dniu 6 lipca 2011 r. powódka wystąpiła do (...) Szpitala (...) domagając się zapłaty kwoty 350.000 zł tytułem zadośćuczynienia za nieprawidłowo wykonany zabieg operacyjny usunięcia guza prawego nadnercza.

W dniu 20 lipca 2011 r. żądanie zgłoszone przez powódkę zostało przesłane przez (...) Szpital (...) we W. do ubezpieczyciela – (...) S.A. w Ł., celem weryfikacji i oceny roszczenia przez Zespół (...).

Pismem z dnia 3 października 2011 r. (...) S.A. Zespół (...) poinformował powódkę, że zgromadzony w postępowaniu likwidacyjnym materiał dowodowy jest niewystarczający do przyjęcia odpowiedzialności ubezpieczyciela za zdarzenia opisane przez powódkę oraz wypłaty świadczenia w ramach posiadanej przez (...) Szpital (...) we W. umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

**dowód:**

- wezwanie do zapłaty z dnia 06.07.2011 r. – **k. 7;**
- pismo z dnia 20.07.2011 r. – **k. 35;**
- pismo (...) S.A. z dnia 03.10.2011 r. – **k. 34**
- przesłuchanie powódki Z. F. – **k. 216;**



### **Sąd Okręgowy zważył, co następuje:**

Powództwo zasługiwało na uwzględnienie jedynie w części.

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił w oparciu o materiał dowodowy zgromadzony w aktach sprawy. Stanowiła go przede wszystkim dokumentacja medyczna z placówek leczniczych, w których przebywała powódka. Nadto Sąd poczynił ustalenia w oparciu o zeznania świadków słuchanych w sprawie oraz przesłuchanie samej powódki. W zakresie stanu zdrowia powódki oraz prawidłowości i konsekwencji przeprowadzonych zabiegów operacyjnych dla procesu leczenia powódki Sąd uwzględnił opinie biegłych sądowych, jako że wiedza ta wymagała wiadomości specjalnych.

W przedmiotowej sprawie powódka Z. F. domagała się zadośćuczynienia od pozwanych solidarnie (...) Szpitala (...) we W. oraz (...) S.A. w W.. Na wstępie należy wskazać, iż odpowiedzialność pozwanych ma charakter odpowiedzialności in solidum. Odpowiedzialność ubezpieczyciela jest możliwa z uwagi na zawartą pomiędzy nim a pozwanym szpitalem umową ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej i udzielonej z tego tytułu ochrony na podstawie art. 822 k.c. Ubezpieczyciel odpowiada zatem niejako akcesoryjnie, tzn. tylko i wyłącznie wówczas oraz w zakresie, w jakim odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczony sprawca.

Podstawy prawnej odpowiedzialności pozwanego (...) Szpitala (...) należy upatrywać w art. 430 k.c. Zgodnie z treścią tego przepisu, 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 jej czynności. Przesłankami zatem odpowiedzialności na gruncie art. 430 k.c. są:

- szkoda wyrządzona osobie trzeciej,
- wina podwładnego
- wyrządzenie szkody przy wykonywaniu czynności powierzonej podwładnemu.

Strona pozwana jako placówka medyczna w świetle przywołanego przepisu odpowiadać będzie zatem zawsze za szkodę wyrządzoną przez lekarza jako podwładnego, jeżeli zachowanie tego ostatniego będzie zawinione. Szpital ponosi zatem odpowiedzialność w przypadku winy podwładnego, którą należy ujmować w świetle art. 415 k.c. Należy podkreślić, że nie jest konieczne wykazanie winy placówki medycznej, albowiem jej odpowiedzialność oparta na art. 430 k.c. jest odpowiedzialnością na zasadzie ryzyka i wyłącza ekskulpację. W konsekwencji należy stwierdzić, że powódka winna wykazać przesłanki z art. 415 k.c. względem podwładnych strony pozwanej, która to z kolei odpowiedzialność warunkuje zaistnienie odpowiedzialności pozwanej. Konstrukcja odpowiedzialności deliktowej z art. 415 k.c. oparta jest na przesłankach bezprawnego i zawinionego działania, które musi wyrządzić szkodę, a także związku przyczynowym między tym działaniem a szkodą. Istotą odpowiedzialności szpitala jest ustalenie, czy wyrządzenie szkody nastąpiło przy wykonywaniu, nie zaś tylko „przy okazji” wykonywania czynności. W szczególności należy wykazać, że między powierzeniem czynności a działaniem, na skutek którego doszło do wyrządzenia szkody zachodzi związek przyczynowy w rozumieniu art. 361 § 1 k.c. Jak stwierdził Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 17.10.2007 r. w tzw. procesach lekarskich ustalenie w sposób pewny związku przyczynowego pomiędzy postępowaniem lekarza a powstałą szkodą jest najczęściej niemożliwe, gdyż w świetle wiedzy medycznej w większości wypadków można mówić tylko o prawdopodobieństwie wysokiego stopnia, a rzadko o pewności czy wyłączności przyczyny. Na powstanie szkody może mieć wpływ wiele czynników i należy tylko ustalić w jakim stopniu prawdopodobieństwa wobec innych czynników pozostaje zaniedbanie lekarza. Wina zatem lekarza czy pozostałego personelu medycznego sprowadza się do nienależytej staranności, zaniedbania.

Poszkodowanym jest zatem ten, kto poniósł uszczerbek pozostający w adekwatnym związku przyczynowym z zawinionym czynem sprawcy. Adekwatny związek przyczynowy jest nie tylko przesłanką odpowiedzialności odszkodowawczej, ale także kryterium wyznaczającym jej zakres. Za normalne należy uznać takie następstwa, które

w danym układzie stosunków oraz w zwyczajnym biegu rzeczy, bez zaistnienia szczególnych okoliczności powodują szkodę będącą zwykłym następstwem tego zdarzenia (wyrok SN z 26.01.2006r., II CK 372/05). Ocena powiązania przyczynowego między zdarzeniem sprawczym a jego następstwem powinna być dokonana na podstawie wszelkich danych, jakimi dysponuje sąd w chwili orzekania.

W przedmiotowej sprawie powódka dochodziła swojego roszczenia tytułem zadośćuczynienia za zaniedbania w procesie leczniczym podczas pobytu powódki w pozwanym szpitalu. Jak zarzuciła przez niedołożenie należytej staranności przez personel medyczny pozwanej doszło do nieprawidłowego wykonania zabiegu operacyjnego adrenalektomii i wycięcia jedynie samego narządu – prawego nadnercza bez zmian patologicznych, wskutek czego w organizmie powódki pozostał guz i była zmuszona poddać się drugiej operacji. Podniosła również, że zastosowano przestarzałą metodę operacyjną poprzez dokonanie cięcia na plecach oraz zlekceważenie wyniku badania tomograficznego przez lekarzy prowadzących powódkę. Pozwani podnosili, że zabieg został wykonany w sposób prawidłowy, zgodny ze wskazaniami medycznymi. Przepis art. 445 § 1 k.c. stanowi, że w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Z cytowanego przepisu jednoznacznie wynika, że przyznanie zadośćuczynienia może nastąpić jedynie w przypadku wskazanym w ustawie (a więc przede wszystkim w art. 444 k.c.), a owo roszczenie przysługuje jedynie osobie poszkodowanej z tytułu czynu niedozwolonego.

Przenosząc poczynione wyżej rozważania bezpośrednio na grunt niniejszej sprawy Sąd uznał, że do rozstrzygnięcia niezbędne i konieczne było dopuszczenie dowodu z opinii biegłego sądowego z zakresu chirurgii. Ustalenie bowiem istotnych dla rozstrzygnięcia faktów wymagało wiadomości specjalnych.

Biegły sądowy z zakresu chirurgii powołany został na okoliczność ustalenia prawidłowości wykonania zabiegu usunięcia guza nadnercza prawego w dniu 11.06.2008 r. w (...) Szpitalu (...) we W. oraz ustalenia wysokości rozmiaru uszczerbku na zdrowiu powódki związanego z tym zabiegiem. U powódki rozpoznano zespół (...), guz prawego nadnercza hormonalnie czynny, stan po niedoszczętej adrenalektomii prawostronnej w dniu 11.06.2008 r. oraz po doszczętej readrenalektomii prawostronnej w dniu 24.10.2008 r. Z uwagi na podnoszone przez powódkę zarzuty i uwagi do wydanej opinii, które w ocenie Sądu należało uznać za zasadne, w sprawie dopuszczono i przeprowadzono dowód z opinii kolejnego biegłego z zakresu chirurgii z innego okręgu sądowego i specjalisty w zakresie chirurgii ogólnej, naczyniowej i torakochirurgii em. prof. nadz. dr hab. M. G. (1). W ocenie Sądu przeprowadzone postępowanie dowodowe wyjaśniło w sposób wystarczający i pełny wątpliwości w zakresie prawidłowości wykonania zabiegu oraz szczegółowego postępowania podczas wykonywania zabiegów adrenalektomii. Zabieg został wykonany metodą klasyczną z cięcia w okolicy lędźwiowej, który jest jednym z uznanych dostępów do nadnercza, szczególnie prawego. Biegły szczegółowo wyjaśnił, że żadna z obecnie stosowanych metod, czy to klasyczna czy też laparoskopowa, nie jest wolna od powikłań i ma swoje wskazania, ograniczenia i przeciwwskazania. Istotnym jest fakt, iż pozwany szpital w okresie wykonywania zabiegu (2008 rok) nie miał możliwości wykonywania operacji metodą laparoskopową. Ponadto podkreślono w opinii, że dostęp z cięcia w okolicy lędźwiowej niesie mniejszy odsetek powikłań a rana operacyjna na ogół jest mniejsza i lepiej się goi. Wykluczyć należy zatem błąd w doborze metody chirurgicznej przeprowadzanego zabiegu.

Zdaniem Sądu pomimo generalnego stwierdzenia przez obu biegłych, że zabieg z 11.06.2008 r. został przeprowadzony w sposób prawidłowy, szczegółowa analiza opinii biegłych daje podstawy do wniosku, iż było jednak inaczej.

Biegły M. G. podkreślił (k.386), że od starannie wykonującego swój zawód lekarza można wymagać by przeprowadzając tego typu zabieg osiągnął cel medyczny. Podniósł, iż niedoszczętność zabiegu mogą powodować: anomalie anatomiczne, trudności techniczne operacji, np. dostęp operacyjny, a także niedoświadczenie zespołu.

Jednocześnie jednak biegły uznał, że lokalizacja guza nadnercza była u powódki wystarczająco precyzyjna dla przeprowadzenia prawidłowego zabiegu, zastosowano taki sposób operacji, który gwarantuje dobry dostęp operacyjny do nadnercza. Biegły nie dostrzegł także anomalii anatomicznych u pacjentki, nie uznał za taką w szczególności sugerowanej przez pozwanych otyłości powódki. W ocenie biegłego nie mieliśmy do czynienia

również z niedoświadczonym zespołem operacyjnym. Biegły zauważył, że doszło w trakcie zabiegu do zaskakującego rozkawałkowania nadnercza, jednak nie zostało to w ogóle opisane w protokole operacyjnym i opatrzone komentarzem.

Zdaniem Sądu przytoczone przez biegłego okoliczności wskazują, że jedyną przyczyną nieosiągnięcia celu operacyjnego podczas zabiegu z 11.06.2011 r. było sugerowane wyżej niedołożenie należytej staranności przez zespół wykonujący zabieg. Potwierdzeniem tej tezy jest, w ocenie Sądu, także fakt, iż kolejny zabieg dokonany w październiku 2008 r. w szpitalu w W., przeprowadzany w warunkach i przy użyciu metod nie mogących być uznanymi za łączące się z mniejszymi trudnościami medycznymi osiągnął swój cel.

Dodatkowo biegły stwierdził jednoznacznie (k.387), iż istniała możliwość wykonania badania patomorfologicznego podczas wykonywania operacji, co umożliwiłoby ustalenie czy guz został usunięty czy też nie. Badanie takie zostało jednakże przeprowadzone dopiero po operacji. Ta druga okoliczność również winna być oceniana jako niedołożenie należytej staranności przy wykonywaniu zabiegu i w konsekwencji powoduje konieczność uznania, że pozwani ponoszą odpowiedzialność za narażenie powódki na konieczność poddania się ponownemu zabiegowi operacyjnemu.

Niewątpliwie powódka wskutek braku usunięcia w całości patologicznego organu narażona była na dodatkowe cierpienia. Należy tu wziąć pod uwagę przeżywanie stresu związanego z oczekiwaniem na kolejną operację oraz towarzyszące jej dolegliwości bólowe.

W świetle powyższego niewątpliwym jest, iż powódka doznała krzywdy, która winna być zrekompensowana stosownym zadośćuczynieniem. Przez pojęcie krzywdy rozumie się bowiem w doktrynie szkodę o charakterze niemajątkowym i wyrządzoną na osobie. Krzywdę taką należy ujmować jako cierpienie fizyczne (ból i inne dolegliwości), cierpienia psychiczne, na które składają się ujemne uczucia przeżywane w związku z cierpieniami fizycznymi lub następstwami uszkodzenia ciała, np. w postaci zeszczenia, wyłączenia z normalnego życia (zob. Komentarz do kodeksu cywilnego. Księga Trzecia. Zobowiązania, t. I;). Przy ocenie wysokości zadośćuczynienia za krzywdę koniecznym jest natomiast uwzględnienie przede wszystkim stopnia nasilenia cierpień powoda, długotrwałość jego choroby, rozmiar kalectwa, trwałość następstw zdarzenia oraz konsekwencje uszczerbku na zdrowiu w życiu osobistym i społecznym (zob. wyrok SN z dnia 10.06.1999r. II UKN 681/98 OSN AP (...)). Zadośćuczynienie pieniężne ma na celu przede wszystkim złagodzenie tych cierpień i powinno stanowić rekompensatę za krzywdę doznaną przez powoda. Przepisy kodeksu cywilnego nie zawierają żadnych kryteriów, jakie należy uwzględniać przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia pieniężnego, przy czym określając wysokość zadośćuczynienia pieniężnego Sąd powinien wziąć po uwagę wszystkie okoliczności mające wpływ na rozmiar doznanej krzywdy, a zwłaszcza stopień i czas trwania cierpień fizycznych (czas leczenia, konieczność wizyt lekarskich, leczenie rehabilitacyjne, dolegliwości bólowe odczuwane przez powoda, stres związany z samym zdarzeniem oraz z jego konsekwencjami), wiek powoda i prognozy na przyszłość. Zadośćuczynienie ma przede wszystkim charakter kompensacyjny i tym samym jego wysokość musi przedstawiać jakąś ekonomicznie odczuwaną wartość, odniesioną do doznanej krzywdy, a więc powinna być utrzymana w rozsądnych granicach.

W ocenie Sądu, dokonując w przedmiotowej sprawie analizy cierpień powódki, Sąd uznał, iż zadośćuczynienie na poziomie kwoty 50.000 zł jest zadośćuczynieniem nie tylko wyważonym ale adekwatnym do doznanej krzywdy.

Jest to kwota, która ma zrekompensować przede wszystkim cierpienia, krzywdę związaną z koniecznością poddania się kolejnemu, ryzykownemu zabiegowi operacyjnemu, dodatkowe cztery miesiące cierpienia pomiędzy dwoma operacjami oraz dodatkowe blizny pooperacyjne (pierwszy z biegłych sądowych ustalił u powódki 5 % uszczerbek na zdrowiu w związku z obecnością u niej blizn pooperacyjnych- w tej części opinia nie była kwestionowana- wskutek bowiem przeprowadzenia kolejnej operacji powódka doznała uszkodzeń powłok jamy brzusznej wynikających z zastosowanej metody laparoskopowej; powódka wymagała reoperacji a jej konsekwencją jest rozległa blizna chirurgiczna; niewątpliwie zatem ciało powódki zostało oszczędzone nie tylko na plecach ale także w przedniej części ciała).

W pozostałym zakresie, ponad tę kwotę powództwo zostało oddalone. Pozostałe bowiem konsekwencje operacji z 11.06.2008 r. wskazywane przez powódkę nie pozostają w adekwatnym związku przyczynowo- skutkowym z koniecznością przeprowadzenia dodatkowej operacji. W szczególności biegli sądowi nie dopatrzyli się związku pomiędzy późniejszym usunięciem gruczolaka a utrwalonym nadciśnieniem tętniczym.

O odsetkach Sąd orzekł w oparciu o przepisy art. 455 k.c. i 817 k.c. w związku z art. 481 k.c. Zgłoszenie szkody nastąpiło 11.07.2011 r. i winna ona być zlikwidowana w terminie 30 dni. Skoro do tego nie doszło to pozwani pozostawali od 11.08.2011 r. w opóźnieniu ze spełnieniem świadczenia.

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie przepisu art. 102 k.p.c. mając na uwadze charakter sprawy, fakt, iż co do zasady powódka wygrała proces, zaś wysokość zadośćuczynienia pozostawała w gestii Sądu. Analogicznie Sąd rozstrzygnął w przedmiocie kosztów sądowych obciążających powódkę, nakładając na pozwanych obowiązek uiszczenia kosztów sądowych w części w której proces przegrali (zasądzono 50.000 zł z dochodzonej kwoty 350.000 zł należności głównej, tj. 14,28 %; w tej sytuacji z ogólnej kwoty 22.361,52 zł kosztów sądowych pozwani winni uiścić 3.194,50 zł).