

**Sygn. akt IV K 131/12**

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 14 czerwca 2016 roku

Sąd Rejonowy Szczecin Prawobrzeże i Zachód w Szczecinie w IV Wydziale Karnym w składzie:

Przewodnicząca: SSR Barbara Rezmer

Protokolant: Piotr Śmieszek

przy udziale oskarżyciela subsydiarnego K. G.

oraz Prokuratora Krystyny Królickiej

po rozpoznaniu na rozprawie w dniach 8.08.2012r., 12.09.2012r., 28.11.2012r., 18.01.2013r., 4.02.2013r., 8.03.2013r., 2.08.2013r., 14.10.2013r., 02.12.2013r., 10.03.2014r., 15.05.2014r., 05.03.2015r., 16.07.2015r., 06.10.2015r., 06.05.2016r., 09.06.2016r. sprawy

**K. C. (1) (C.)**, urodzonego dnia (...) w S.

oskarżonego o to, że:

w dniach 26 czerwca 2006 roku oraz 17 stycznia 2007 roku w S. w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Stomatologicznej (...) umyślnie – przewidując możliwość popełnienia czynu zabronionego i godząc się na niego naraził K. G. na bezpośrednie niebezpieczeństwo uszczerbku na zdrowi będąc zobowiązanym do opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo poprzez błędnie przeprowadzone zabiegi chirurgii stomatologicznej wszczepu fragmentu kości z żuchwy w kierunku nadbudowy wyrostka zębodołowego szczęki i wszczepienia implantów, prowadzenie operacji na szczęce za każdym razem przez okres 9 godzin w wyniku czego koniecznym było podawanie środków znieczulających oraz środków przeciwko opuchliznie co doprowadziło do powstania u pokrzywdzonej zespołu Sludera, a nadto umyślnie – przewidując możliwość popełnienia czynu zabronionego i godząc się na niego – uszkodzenie gałązki nerwu trójdzielnego w wyniku podanego w dniu 17 stycznia 2007 roku zastrzyku przeciwko opuchliznie, czym spowodował trwale uszkodzenie tegoż nerwu, drętwotę oraz dolegliwości bólowe utrzymujące się do dnia dzisiejszego

**tj. o czyn z art. 160 § 2 kk**

**orzeka**

I. uniewinnia K. C. (1) od popełnienia zarzucanego mu czynu;

II. na podstawie art.640kpk w zw. z art.632pkt1kpk kosztami procesu obciąża K. G.;

III. na podstawie art.640kpk w zw. z art.632pkt1kpk zasądza od K. G. na rzecz K. C. (1) kwotę 6765 złotych tytułem zwrotu kosztów poniesionych tytułem ustanowienia obrońcy.

Sygn. akt IV K 131/12

## UZASADNIENIE

K. G. z uwagi na problemy z uzębieniem zdecydowała się na implanty stomatologiczne. W celu poznania warunków zabiegu poszła do dwóch gabinetów. 8 czerwca 2006 roku zrobiono jej pantomogram. Jeden lekarz stwierdził, że zdjęcie jest dla niego mało przejrzyste i że musiałyby u niego zrobić tomograf.

Wróciła do gabinetu S.. O kosztach i rodzaju zabiegu rozmawiała z B. G. i ustaliła, że otrzyma 8 implantów. Plan zabiegu i sam zabieg miał przeprowadzić K. C. (1). Plan obejmował odtworzenie kości, wszczepienie implantów. W III etapie, określanym jako kosmetyczny, miało dojść do odbudowy tkanek miękkich. Planowany koniec leczenia miał przypadać na Boże Narodzenie 2007 roku. Łączny koszt za implanty i odbudowę kości ustalono na 20 000 złotych. Odbudowa protetyczna korona miała kosztować 500 złotych, łącznik do implantów 800 złotych.

Dowód: zeznania K. G. k.1-7 3 (...) i 104 -109

W dniu 26 czerwca 2016 roku odbył się pierwszy zabieg odbudowy kości i wszczepienia 6 implantów tymczasowych. Lekarz zapytał pacjentkę, czy chce 8 implantów, czy dwa implanty i oraz ruchomą protezę, K. G. potwierdziła, że 8 implantów. Do kliniki przybyła o godzinie 14.00. Rozpoczęto od płukania ust, od 14:30 była na fotelu stomatologicznym. Czynności związane z zabiegiem zakończono o 23:45. W trakcie zabiegu podawano środki znieczulające. Po zabiegu miała zapłacić za część chirurgiczną. Miała przy sobie 25 000 złotych, ale dała 20 000 złotych. 26 czerwca 2006 roku wykonano tymczasowy most akrylowy - z dotychczasowej protezy.

Zabieg został przeprowadzony prawidłowo.

Dowód: zeznania K. G. k.1-7,59-61 (...) i 104 -109

k. 8 informacja o przebiegu leczenia z 14 grudnia 2007 r. (...)

opinia UM w Ł. k. 352-395, 513-522, 597-602

k.161 – 163 opis zabiegów (...)

Następny zabieg miał być we wrześniu lub październiku 2006 roku. Z uwagi na remont gabinetu, okres świąteczny, zabieg odbył się 17 stycznia 2007 roku. Zostało wszczepionych 6 implantów i membrany. W gabinecie K. G. przebywała bardzo długo, jak podczas pierwszego zabiegu. Na koniec zabiegu z powodu obrzęku twarzy lekarz dokonał iniekcji środka. Mimo wcześniejszego znieczulenia twarzy K. G. poczuła ostry ból, który wywołał łzy. Skutek taki może się pojawić nawet przy prawidłowym postępowaniu lekarza.

Zabieg wykonany został prawidłowo.

Dowód: zeznania K. G. k.1-7,59-61 (...) i 104 -109

informacja o przebiegu leczenia z 14 grudnia 2007 r. k. 8 (...)

opinia UM w Ł. k. 352-395, 513-522, 597-602

opis zabiegów k.161 – 163 (...)

zeznania T. U. k.140-141

Po tym zabiegu pojawiły się dolegliwości. K. G. miała wrażenie, że znieczulenie trwa i zgłosiła to lekarzowi. Skarżyła się na drętwienie ust, bezwiedne ślinienie, pieczenie języka.

Dowód: zeznania K. G. k.1-7,59-61 (...) i 104 -109

zeznania T. U. k.140-141

Po tym zabiegu 23 stycznia 2007 roku przeprowadzono badanie tomografem.

Dowód: zeznania K. G. k.1-7,59-61 (...) i 104 -109

k.161 – 163 opis zabiegów (...)

Po zabiegu powiedziano K. G., że musi dopłacić 10 000 złotych. Postanowiła, że wpłaci tylko 5000 złotych.

W dniu 31 stycznia 2007 roku w K. G. stawiała się w gabinecie na zdjęcie szwów. Wpłaciła 5000 złotych. Poinformowała K. C. (1), że ma część górnej wargi z prawej strony drętwą. Zalecił witaminę B complex i (...) celu regeneracji nerwów.

Dowód: zeznania K. G. k.1-7,59-61 (...) i 104 -109

informacja o przebiegu leczenia z 14 grudnia 2007 r. k. 8 (...)

Przyjmowanie witamin nie przynosiło efektów. K. G. zwróciła się o pomoc do innych lekarzy. Do zgłaszanych dolegliwości doszło pieczenie i łzawienie oczu. Okulista stwierdził, że wszystko jest w porządku. Po wizycie we wrześniu 2007 roku stan uległ pogorszeniu, było pieczenie. Lekarz stwierdził, że może trwać kilka miesięcy. W październiku 2007 roku K. G. udała się do P. do kliniki stomatologicznej. Lekarz poradził jej, że ma wracać do dra C.. W dniu 12 listopada 2007 roku K. G. poinformowała, że odczuwa pieczenie, drętwienie ust i obrzęk całego policzka. W gabinecie poradzono jej jednak, że ma czekać na doktora C.. Pojechała do innego gabinetu i tam na podstawie pantogramu stwierdzono, że implanty się przyjęły, poradzono masowanie i chronienie przed zimnem. Udała się więc do neurologa dr S. i dra J., który leku nie przepisał, potwierdził diagnozę według zgłaszanych subiektywnie dolegliwości i zalecił dalsze konsultacje. Potem udała się do gabinetu dr B., gdzie zrobiono wymaz i zalecono konsultacje w G. na koszt K. C.. Miała także umówioną wizytę z chirurgiem szczękowym.

Dowód: zeznania K. G. k.1-7,59-61 (...) i 104 -109

historia choroby od G., S. k.129

zeznania W. J. k.141-142

W 14 grudnia 2007 r. K. C. (1) wystawił krótką informację o przebiegu leczenia pacjentki, wpisując, że 26 czerwca 2006 roku wykonano odbudowę kości na szerokości i wszczepiono 6 implantów tymczasowych, a 17 stycznia 2007 roku wszczepiono 6 implantów Alpha – Bio. Odnotował, że po zabiegu 17 stycznia 2007 roku pacjentka zgłosiła brak czucia w obrębie górnej wargi po stronie prawej. Wiązał to jedynie z podaniem znieczulenia w okolicy otworu podoczodołowego. Wpisał, że nie wykonywano podcięcia okostne i że zalecono witaminy B complex i B12 sprzyjających regeneracji włókien nerwowych.

Dowód: informacja o przebiegu leczenia z 14 grudnia 2007 r. k. 8 (...)

W połowie lutego 2008 roku podejrzewając, że przyczyną zgłaszanych dolegliwości może być ucisk materiału kościotwórczego, K. C. (1) zaordynował trzeci, nieplanowany wcześniej zabieg odsłonięcia miejsc mocowania implantów. Stwierdziwszy, że membrany się nie wchłonęły, usunął je. W lutym 2008 roku w trakcie pobytu w gabinecie pacjentka poprosiła o kartę z uwagi na nieplanowany zabieg i wzrost kosztów do 30 000 złotych. Stwierdziwszy brak naklejek o zastosowanych lekach i posługiwanie się jedynie adnotacjami ma karteczkach, K. G. zasugerowała, że lekarz pomylił membrany. Ostatni zabieg został zaplanowany wobec usunięcia membran dopiero na maj 2008 roku.

Dowód: zeznania K. G. k.1-7,59-61 (...) i 104 -109

K. G. zapytała, kiedy dostanie 2 dodatkowe, umówione implanty. K. C. (1) poinformował ją, że na to brakuje kości. Z uwagi na utratę zaufania i wzrastające koszty, których lekarz nie potrafił wytłumaczyć, na ostatni zabieg pacjenta już się nie zgłosiła. Nadal szukała pomocy w zgłaszanych dolegliwościach bólowych.

. Dowód: zeznania K. G. k.59-61 (...) i 104 -109

K. C. (1) urodził się (...) w S.. Jest lekarzem stomatologiem – specjalistą z chirurgii stomatologicznej. Mieszka w S.. Jest kawalerem, nie ma nikogo na utrzymaniu. Uzyskuje dochody w wysokości 8-10 tys. złotych miesięcznie. Nie był karany.

- dane personalne k.91

### **Sąd zważył, co następuje:**

Oskarżony K. C. (1) na rozprawie głównej nie przyznał się do popełnienia zarzucanego mu czynu. Stwierdził, że ewentualne dolegliwości, które pacjentka zgłaszała po zabiegu 17.01.2007r. ustąpiły już po okresie około kilku tygodni. Na początku kwietnia 2007r. podczas badania stwierdzili, że objawy czuciowe i bólowe w danej okolicy są prawidłowe. Podczas całego okresu, który minął od zabiegu pacjentka była badana przez dwóch stomatologów. Podczas tego badania nie stwierdzono jakichkolwiek odstępstw od normy. Badano ujścia nerwów, błonę śluzową jamy ustnej, powierzchnię języka. Podkreślił, że pacjentka jest nałogową palaczką tytoniu. Odnośnie zarzucanego mu braku kompetencji oskarżony przedłożył certyfikaty, które zgromadził do 2007r. Podkreślił, że w żadnej z opinii biegłych nie zostało stwierdzone dokonanie jakiegokolwiek błędu. Kość została odbudowana prawidłowo a implanty przyłączone w odpowiedniej pozycji. Błędem nie może być fakt braku odbudowy w odcinku przednim, która nie był odbudowywana. Pacjentka według oskarżonego mija się z prawdą sugerując czas trwania zabiegu. Czas przebywania pacjentki w gabinecie mógł wynosić 9 godzin, natomiast czas zabiegu był zdecydowanie mniejszy. Czas wymagany do przeprowadzenia tego typu zabiegu to około 3 godziny. Tyle potrafi trwać przygotowanie do zabiegu i po zakończonym zabiegu chirurgicznym również wymagane jest z 2-3 godziny na oddanie tymczasowych zębów. Takie samo leczenie było wykonane u pacjentki. Pacjentka użytkowała tymczasowe uzębienie protetyczne do implantów, które wymaga takiego samego przygotowania przed zabiegiem jak i po zabiegu. Zwrócił uwagę, iż w dniu pierwszego zabiegu przed zabiegiem, który według oskarżycielki miał trwać 9 godzin wykonał zabieg u drugiej pacjentki. Nie starczyłoby doby na wykonanie tych dwóch zabiegów według twierdzeń pacjentki. Co do zarzutu słabego wykorzystania tomografii komputerowej, zwrócił uwagę, iż gabinet, w którym pracuje był pierwszym gabinetem w Polsce, który zainstalował tomograf stomatologiczny w gabinecie stomatologicznym. Każdy lekarz stomatolog, który posiada prawo wykonywania zawodu jest uprawniony do wykonywania wszelkiego rodzaju zabiegów stomatologicznych od chirurgii po ortodoncję. Warto zwrócić uwagę, iż w ramach programu specjalizacji z chirurgii stomatologicznej nie ma obowiązku wszczęcia, asystowania przy ani jednym zabiegu implantologicznym. Problem specjalizacji implantologicznej nie przewiduje asystowania przy takim zabiegu. Jak można więc twierdzić, iż brak ukończonej specjalizacji na etapie leczenia pacjentki jest dowodem na nieodpowiednią kompetencję do przeprowadzenia tego typu zabiegów. Wyjaśnił, że według niego pacjentka jest jedyną osobą odpowiedzialną za ewentualne objawy jakie zgłasza. Podczas badania w zakładzie protetyki Akademii Medycznej w S. z 3.06.2009r., które badanie jest w dokumentacji zgromadzonej przez Prokuraturę, 1,5 roku po ostatniej wizycie pacjentki w gabinecie stwierdzono, iż most tymczasowy na sześciu tymczasowych implantach wymaga korekty, dopasowania gdyż cytuje: „wyraźne przeciążenie na zębach w moście w odcinku od siekacza centralnego do przedtrzonowa drugiego po stronie lewej. W ruchu bocznym lewym widocznie wyważenie mostka”. Badanie z czerwca 2009r. - pacjentka nie wykonała żadnej czynności i spowodowało to dalszą destrukcję tymczasowego mostka. Czego dowodem jest kolejna opinia zgromadzona w aktach. Badanie przeprowadzone przez dr M., który zaproponował kontynuowanie leczenia wraz z wyceną. W tej opinii stwierdzono (22 grudzień 2009r.) pęknięcie mostu górnego, który jest mostem tymczasowym. Pacjentka nie dokonała żadnej korekty przez pół roku, pomimo, iż były takie zalecenia. Wykonując tego typu zabiegi na bieżąco było to oczywiste, że doprowadzi to do dalszej destrukcji, czego przykładem jest opinia dr S. na podstawie badania pacjentki po kolejnych 2 latach (2.11.2011r.) w którym stwierdzono, iż pacjentce z sześciu implantów tymczasowych pozostał tylko jeden. Pacjentka swoim postępowaniem niszczy efekty leczenia. Taka sama sytuacja jak pokazana powyżej, iż nie są uwzględniane uwagi żadnego z lekarzy miała miejsce w trakcie procesu leczenia. Drugi zabieg implantologiczny odbył się 17.01.2007r. pacjentka na kolejny zabieg miała się zgłosić w sierpniu 2007r. nie zgłosiła się ani w sierpniu, ani we wrześniu, październiku. Zgłosiła się w listopadzie, kiedy był na urlopie. Wszystkie objawy, które pacjentka zgłaszała pojawiły się w listopadzie 2007r. wtedy też powstała opinia dr J.. Pacjentka odbyła konsultację w P. w S. na oddziale chirurgii stomatologicznej, czyli badania te odbywały się kilka miesięcy po tym jak błony zastosowane do odbudowy kości powinny być usunięte. Spotkał się z pacjentką w grudniu 2007r, i poinformował, iż niezbędne jest oczyszczenie tkanek z resorbujących się błon – membran. Oczyszczenie to dałoby efekt, iż objawy zgłaszane w tym momencie przez pacjentkę całkowicie by ustąpiły. Pacjentka wolała leczyć się sama. Po wielu namowach zdecydowała się na zabieg oczyszczenia tkanek z resorbujących się błon. Ma to ogromne znaczenie dla całego procesu

leczenia i rzekomo zgłaszanych przez pacjentkę objawów. Przesunięcie o 6 miesięcy terminu oczyszczenia tkanek z resorbujących się błon mogło mieć istotne znaczenie. Sugerowane w opiniach biegłych wykonanych dla Izby Lekarskiej zespoły neurologiczne - przyczyną ich może być długotrwałe drażnienie receptorów bólowych. Pacjentka samowolnie, bez jakiegokolwiek zgody ze strony lekarza przesunęła leczenie o pół roku. Biegłym ciężko jest zrozumieć ten fakt, gdyż nie używali nigdy tej błony. Faktu prawidłowości wykonania zabiegów dowodzi idealne odbudowanie kości około kilkunastu mm kości na wysokość ok. 8-9mm kości na szerokość. Trudno jest zaakceptować opinie biegłych, które podważają czasami zasadność pewnych procedur, kiedy albo nie zapoznali się z powyższymi procedurami, albo ich po prostu nie znają. Zaznaczył, że dwóch biegłych stomatologów, jedynych, którzy badali pacjentkę nie stwierdziło żadnych objawów neuralgii, zespołu Sludera a jedynie dr S. zwrócił uwagę na osłabienie czucia po stronie prawej wargi górnej nie mającego wpływu w najmniejszym stopniu na mimikę i ruchomość tej wargi. Oczywiście nie zostało w tej opinii jednoznacznie połączone to z zabiegami, a przyczyna według doktora jest nieznaną. Oskarżony stwierdził, że odnosi wrażenie, że całość postępowań zarówno w Prokuraturze, Izbie Lekarskiej, Sądzie Cywilnym, Sądzie Karnym ma jedynie na celu zebranie materiału dowodowego, który posłużyć ma pacjentce w sprawie cywilnej w celu wypłaty kwoty rzędu 20 tys. złotych za rzekomo błędne wykonanie zabiegów. Etap protetyki miał nastąpić dopiero po kilku miesiącach i mogła kontynuować leczenie u dr M., od którego uzyskała wycenę. Pacjentka zgłosiła się z bardzo zaawansowaną atrofią kości w szczęce. W wyniku dwóch zabiegów zregenerowano bardzo dużą ilość kości w odcinkach bocznych tak jak było to przewidziane w planie leczenia w wszczepiono 6 ostatecznych implantów. Pacjentka samowolnie zaniechała leczenia i nie zgłosiła się na zabieg odsłonięcia implantów wspólnie zaplanowany na początku maja 2008r. Pacjentki od lutego 2008r. nie miał okazji leczyć. Wskazał, że jego zdaniem pełnomocnik wybiórczo traktuje opinie. Dr F. i drugą opiniującą mające specjalizacje ze stomatologii wypowiedziały się na temat zakończeń nerwowych nadoczołowych, podoczołowych i podbródkowych. Pacjentka na ten zabieg zgłosiła się z tymczasowym mostem na tymczasowych implantach. Jako pierwsze trzeba ten most zdjąć – nie jest to proste, taki most trzeba rozwiąć. Po rozwierceniu należy ten most naprawić. Po naprawieniu trzeba go dopasować w zgryzie. Wskazał na zabieg z dnia poprzedniego - etap przygotowania z identycznymi czynnościami trwał 5 godzin. Przed zabiegiem pacjentka musi ok. 40 minut płukać usta płynami dezynfekującymi. Po zabiegu oddawany jest tymczasowy most na tymczasowych implantach. Pacjentka była zaopatrzona w tymczasowy most przez cały proces leczenia. Po zacementowaniu tego mostu i dopasowaniu go w zgryzie nakładany jest opatrunek, wykonywane są zdjęcia rentgenowskie. Pacjentka rozlicza się z gabinetem. Procedura taka może, tak jak twierdzi pacjentka może trwać łącznie 9 godzin. Sam zabieg nie trwał więcej niż 3 godziny. U oskarżycielki oskarżony podawał znieczulenie miejscowe, mógł podawać przed leczeniem i w trakcie. W trakcie leczenia jest potrzeba powtórzenia znieczulenia. U pacjentki nie doszło do rozliczenia 17 stycznia i zgłosiła się na następny dzień, aby rozliczyć się z gabinetem. Nie była tak opuchnięta jak sugeruje. Miała bez problemu czas i możliwości nie związane z bólem, aby rozmawiać 2 godziny na temat rozliczenia z gabinetem. Pacjentka samowolnie wielokrotnie nie przystępowała do zabiegów, albo przesuwiała termin wykonania zabiegów. Nie zgłosiła się na zabieg w sierpniu. Pacjentka z nieznanymi powodów, być może wynikających z opinii, że implanty uciskają nerwy, które są opiniami absurdalnymi, straciła zaufanie, lecz zdaniem oskarżonego pacjentki nie było stać na kontynuowanie leczenia, co wynikać ma z pisma pacjentki do Prokuratury, w którym leczenie zaproponowane przez dr M. nie odbiegało pod względem kosztów. A skutki przedłużającego się leczenia widzimy w dniu dzisiejszym, gdzie z 6 implantów został 1. Leczenie implantologiczne w tak zaawansowanym przypadku jest leczeniem bardzo drogim. Koszt leczenia chirurgicznego z pacjentką, jak dobrze pamięta uzgodniony został na kwotę 30 tys. złotych. Więc po jednym z głównych zabiegów rozliczyła się w kwocie 20 tys. złotych, co nie jest pełną kwotą w części chirurgicznej. Na drugim etapie miała dopłacić kwotę chyba 7 600 zł. Dopłaciła 5 tys. złotych. Pacjentka bezpośrednio na drugi dzień zgłaszała niedoczulice ok. 1 cm wargi górnej po prawej stronie. To jest niedoczulica a nie brak ruchomości. Niedoczulica nie ma żadnego wpływu na prawidłowe funkcjonowanie układu stomatologicznego. W związku z faktem, iż podczas zabiegu, który odbywał się dzień wcześniej nie wykonywano żadnego znieczulenia w okolicy ujęcia nerwu, gdyż nie było takiej potrzeby. Nie wykonywano podcięcia okostnej, gdyż nie było takiej potrzeby. Fakt ograniczenia czucia w tej okolicy 1 cm wiązano jedynie po podanym znieczuleniu. Taka niedoczulica związana może być z drobnymi włóknkami nerwowymi unerwiającymi tę okolicę. Jest to objaw, który ustępuje po kilku tygodniach. W celu przyspieszenia regeneracji tych włókien zalecano pacjentce przyjmowanie witaminy B12. Na wizycie kontrolnej w pierwszych dniach kwietnia 2007r. po teście nakłuwania tej okolicy stwierdzono prawidłowe reakcje bólowe, prawidłowe rozróżnianie dwóch niezależnych punktów wkłucia, co jest dowodem na to, iż czucie było

w tym okresie prawidłowe. W opinii z 24 lipca 2012r. pani biegła nie podaje nawet rodzaju odbudowy tkanki miękkiej. Można wykonać dwa rodzaje odbudowy tkanki: przeszczep nabłonkowy, który poszerza strefę dziąsła rogowacającego i można wykonać przeszczep łączno-tkankowy, który pogrubia dziąsła. Biegła nie nazwała w medycznym nazewnictwie o jaki rodzaj odbudowy jej chodzi. W związku tym domyślając się, co miała na myśli biegła oskarżony odpowiedział na pytanie pełnomocnika: przeszczep nabłonkowy, który miał poszerzyć strefę dziąsła rogowacającego byłby bardzo dużym błędem, gdyż skutkowałby na kolejnym etapie regeneracji kości ryzykiem rozejścia się szwu i nieprawidłowego gojenia się tkanki. Przypuszcza, iż biegła swoją teorię wzięła z zakresu chirurgii szczękowo-twarzowej, gdzie tego typu zabiegi są wykonywane. Planując zabieg usunięcia dużego nowotworu w obrębie twarzo-czaszki konieczne jest przed rozpoczęciem właściwego leczenia przesunięcie tkanek miękkich w taki sposób, by na właściwym zabiegu można było pokryć istniejący defekt po usunięciu nowotworu. Robi się to w dwóch zabiegach rozsuniętych co kilka miesięcy. Tego typu czynności nie mają żadnego przełożenia na zabiegi implantologiczne i odbudowy kości. Przeszczep nabłonkowy wykonuje się jedynie wokół implantów w sytuacji, albo po odbudowie kości, albo kiedy takiej kości nie trzeba odbudowywać. Rozważając wykonanie przeszczepu łączno-tkankowego, gdyż nie zostało to nazwane w opinii biegłego fachowym nazewnictwem nie istniało wskazanie do wykonania tego typu zabiegu. Przeszczep łącznotkankowy wykonywany jest przed zabiegiem odbudowy kości w celu pogrubienia dziąsła jedynie w celu takim by zmniejszyć ryzyko rozejścia się dziąsła nad wykonywaną odbudowę. Zaznaczył, że gojenie się tkanek zarówno po pierwszym zabiegu, jak i po drugim było idealne. Najlepszym dowodem jest efekt odbudowy kości. Nawet minimalne rozejście się dziąsła nad odbudową w trakcie procesu regeneracji skutkowałoby całkowitą utratą odtwarzanej kości. Nie widział więc potrzeby wykonywania przeszczepu łącznotkankowego, jako zabiegu dodatkowego przed zabiegiem odbudowy kości, gdyż posiadając własne doświadczenie nie była to sytuacja, która stwarzała ryzyko nieprawidłowego gojenia się tak jak nad nadbudowanym miejscem. O pomysł wykonania przeszczepu nabłonkowego przed zabiegiem odbudowy kości uczestnicząc przez 10 lat w ogromnej ilości kursów i kongresów w Europie i USA nigdy nawet oskarżony nie słyszał. Tego typu przeszczep wokół implantów celowy jest w innych przypadkach. Oskarżony stwierdził, że przypuszcza, iż implanty te zostały utracone w wyniku użytkowania połamanego uzupełnienia protetycznego, które to złamanie stwierdził dr B. w grudniu 2009r. Wyjaśnił też, że wynagrodzenie na drugim etapie leczenia powinno być trochę wyższe i przewidywali, że wzrośnie o kwotę 2600 złotych, ale nie zostało to rozliczone. Musieli na drugim etapie leczenia wykonać odbudowę, której nie przewidywali na pierwszym etapie. Różnica w koszcie leczenia to mniej niż 10%. Efektem końcowym ma być pełne uzupełnienie protetyczne całkowitego bezzębia w szczęce, które ma funkcjonować prawidłowo przez wiele lat. Pacjent jest informowany o tym, iż pewne odbudowy mogą być potrzebne dodatkowo. Taka sytuacja miała miejsce. To jest bardzo duży zabieg. Rozcięcie dziąsła od siódemki z jednej strony do siódemki z drugiej strony, do pewnego stopnia opuchlizna jest naturalna i tak wyglądała. Pacjentka miała siłę i rozmawiała w dniu następnym przez 2 godziny o rozliczeniu finansowym. Znieczulenie podaje się na początku zabiegu chirurgicznego. Po 5 godzinach od wejścia pacjenta do gabinetu rozpoczęliśmy zabieg chirurgiczny i wtedy jest potrzeba podania znieczulenia. Pacjent ma prawo odnosić wrażenie, iż wszystkie czynności wokół niego trwają wiele godzin. Moment znieczulenia następuje w chwili rozpoczęcia zabiegu chirurgicznego. Znieczulenie nie jest potrzebne do etapu oddawania zębów. Jest możliwe zakończenie zabiegu w godzinach 23.00-24.00. Nie pamięta, o której godzinie zabieg zakończył się u oskarżycielki. Praca tego typu jest pracą, gdzie trzeba rozpocząć pewne czynności i zakończyć. Zabieg mógł skończyć się późno. Planuje się taki zabieg. Zabiegi rozpoczynają się o godzinie 8.00, 14.00. Czynności wokół pacjentki mogły się skończyć o godzinie 22.00, 23.00. Celem jest by pacjentka opuściła gabinet z na stałe zamocowanym uzębieniem protetycznym i to wymaga odpowiedniego okresu czasu. (k.91-96)

Sąd podzielił stanowisko K. C. (1), że nie popełnił on przestępstwa, gdyż jest to zgodne ze zgromadzonym materiałem dowodowym.

Jakkolwiek pokrzywdzona z oczywistych względów stanowiska tego i ocen nie podziela, to jednak z dniem Sądu jej zeznania stanowią miarodajną podstawę czynienia ustaleń co do faktów, w tym także dotyczących tego, że zgłaszała subiektywne dolegliwości lekarzom już po zakończeniu leczenia u oskarżonego i jakie dolegliwości zgłaszała. Zeznania te bowiem znajdują potwierdzenie w dokumentach, w tym pochodzących z gabinetu oskarżonego oraz zeznaniach przywołanych przy konstruowaniu stanu faktycznego świadków. Co do podawanych okoliczności i jej chronologii są one przy tym spójne z wyjaśnieniami oskarżonego, od których różnią się po prostu subiektywnymi ocenami,

wnioskami czy odczuciami. Jedyne wątpliwości zdaniem Sądu budzi jedynie kwestia, czy w dniu zabiegów następowało dopasowanie i założenie protez tymczasowych, czy miało to miejsce następnego dnia. Jest to obiektywnie jedyna okoliczność, którą strony podają odmiennie. W prowadzonej przez siebie dokumentacji lekarz odnotował bowiem, że 26 czerwca 2016 roku wykonano tymczasowy most akrylowy. Pokrzywdzona zeznała natomiast, że na jego założenie przyszła następnego dnia, po poprzedniego z uwagi na późną porę, nie było nikogo, kto mógłby ten most zrobić. Jest to okoliczność, która uzasadniałaby długotrwałą obecność pokrzywdzonej w gabinecie, w sytuacji, gdy ową długotrwałość pokrzywdzona ewidentnie ocenia na niekorzyść oskarżonego. Wątpliwości wynikają z tego, że podczas pierwszych przesłuchań w Prokuraturze, gdy pokrzywdzona szczegółowo podawała okoliczności zabiegów, zmierzając do podjęcia ścigania, nie podnosiła wizyt drugiego dnia w gabinecie, podając daty rozliczeń. Dopiero na etapie postępowania sądowego, gdy już znane było stanowisko oskarżonego, co składa się na czas pobytu pacjenta w gabinecie, pojawiła się w zeznaniach pokrzywdzonej i jej męża kwestia, że w tym czasie nie robiono uzębienia tymczasowego. Stąd wątpliwości, czy ta okoliczność nie została dopasowana do już istniejącego materiału dowodowego. Jest to jednak z przyczyn podanych poniżej prawnie nieistotnie na gruncie procesu karnego, dlatego Sąd wykorzystał zeznania pokrzywdzonej, wskazując c po prostu czas pobytu w gabinecie, o którym K. G. mówiła już od pierwszych przesłuchań.

Podstawowe jednak znaczenie ma w niniejszej sprawie z uwagi na jej przedmiot i potrzebę posiadania specjalistycznej wiedzy, opinia biegłych. Czyniąc ustalenia i oceny w zakresie tego, czy mamy do czynienia z zachowaniem lekarza ściganym przez prawo karne, Sąd wykorzystał opinie biegłych z UM w Ł.. Jest ona, wyjątkowo pełna, dokładna, jasna, logicznie przedstawiona, przez osobny posiadające odpowiednie, szerokie kompetencje. Wprawdzie poddana została dwóm uzupełnieniom – na wniosek stron – jednak biegli zdaniem Sądu wątpliwości te wyjaśnili, podkreślając wielokrotnie zresztą, że odpowiedzi już udzielili. Jest to opinia, wraz z opiniami uzupełniającymi wręcz wyjątkowo dokładna w wyniku pytań składanych przez strony. Przy czym biorąc pod uwagę zakres tych pytań, nie można się oprzeć wrażeniu, że wykracza ona poza ramy postępowania karnego, które zdaje się być wykorzystywane dla potrzeb postępowania cywilnego, które równoległe między stronami jest prowadzone (i to przez obie strony, zważywszy na pytania o tomograf). Niemniej jest to opinia, która zdaniem Sądu w miarodajny i kompleksowy sposób odpowiada na wszelkie możliwe pytania, pozwalając tym samym na ocenę, czy doszło do czynu zabronionego na gruncie prawa karnego. Zatem Sąd wnioski zawarte w opinii i odpowiednio uargumentowane przez osoby posiadające odpowiednie kompetencje w pełni podziela i uznaje za swoje.

Tym bardziej, że analiza także innych opinii i dokumentacji medycznych zawartych w sprawie w ocenie Sądu nie wykazuje sprzeczności z opinią UM w Ł. w zasadniczych dla oceny sprawy kwestiach. Przede wszystkim wnioski, do jakich doszli biegli nie są sprzeczne z tymi, do których doszli biegli M. S. (1) i J. S.. Opinia biegłego M. S. była wprawdzie uzupełniana – jednakże nie zgłoszono do niej uzasadnionych merytorycznie zastrzeżeń. Opinia J. S. wymagała uzupełnienia wobec trafnych zastrzeżeń formalnych – jednakże zdaniem Sądu biegły wytłumaczył wątpliwości, wynikające z omyłek, których powstanie opisał, czy też niezrozumienia stosowanych skrótów. Zważywszy jednak na fakt, że obaj biegli nie odnieśli się do części pytań – stwierdzając, że nie posiadają ku temu kompetencji, odsyłając się wzajemnie do innych opinii i z uwagi na skomplikowany charakter samego zabiegu i możliwych powikłań, tak stomatologicznych jak i neurologicznych, tylko z tego powodu Sąd uznał, że konieczna jest opinia ujmująca ten przedmiot całościowo. Nie przekreśla to jednak wartości opinii wymienionych biegłych, których jakkolwiek nie wskazano w stanie faktycznych – za podstawę przyjmując opinię UM w Ł., to jednak opinie te jak i inne dokumenty są przydatne dla weryfikacji opinii UM. Jak już wskazano, wnioski biegłych z UM w Ł. zdaniem Sądu nie pozostają w sprzeczności także z innymi opiniami, czy dokumentami lekarskimi, jak też zeznaniami przesłuchanych świadków, wydanymi bez badania, potwierdzającymi zgłaszanie subiektywnie dolegliwości i zawierające próby wskazania ich przyczyn. Nawet opinie przedstawione przez oskarżenie (k.39-40,k.41-42) zdaniem Sądu nie zawierają wniosku o błądzie medycznym, a co jedynie o możliwych powikłaniach, braku doświadczenia, czy niepotrzebnym usunięciu membran (już poza czasem objętym zarzutem –przy czym ten zabieg narażać miał po prostu na niepotrzebne cierpienie).

Sąd poprzestał na przywołaniu dowodów wymienionych w stanie faktycznym, uznając, że pozostałe zawierają powielenie informacji już zawartych w zeznaniach pokrzywdzonej, czy opinii, zatem ich przywoływanie jest zbędne, albo z uwagi na brak informacji istotnych dla sprawy.

Przedstawiony materiał dowodowy zdaniem Sądu nie daje podstaw do przypisania K. C. (1) popełnienia przestępstwa.

Oskarżonemu zarzucono, że poprzez błędnie przeprowadzone zabiegi chirurgii stomatologicznej wszczepu fragmentu kości z żuchwy w kierunku nadbudowy wyrostka zębodołowego szczęki i wszczepienia implantów, prowadzenie operacji na szczęce za każdym razem przez okres 9 godzin w wyniku czego koniecznym było podawanie środków znieczulających oraz środków przeciwko opuchliznie co doprowadziło do powstania u pokrzywdzonej zespołu Sludera, a nadto umyślnie – przewidując możliwość popełnienia czynu zabronionego i godząc się na niego – uszkodzenie gałązki nerwu trójdzielnego w wyniku podanego w dniu 17 stycznia 2007 roku zastrzyku przeciwko opuchliznie, czym spowodował trwale uszkodzenie tegoż nerwu, drętwotę oraz dolegliwości bólowe utrzymujące się do dnia dzisiejszego.

Odnosząc się do sformułowania „poprzez błędnie przeprowadzone zabiegi chirurgii stomatologicznej wszczepu fragmentu kości z żuchwy w kierunku nadbudowy wyrostka zębodołowego szczęki i wszczepienia implantów” stwierdzić należy, że z materiału dowodowego, przede wszystkim opinii biegłych z UM w Ł. wynika wprost, **że oba zabiegi zostały przeprowadzone prawidłowo. Jest to wniosek kluczowy dla oceny całego zarzutu, a tym samym zachowania oskarżonego, które w sposób zaciemniający obraz zdarzenia, zostało przez strony przy pomocy pytań rozbite na drobne szczegóły.**

Co do sformułowania, że zachowanie to polegało na „prowadzenie operacji na szczęce za każdym razem przez okres 9 godzin”, to nawet pomijając wskazane powyżej wątpliwości, czy sam zabieg w istocie trwał tak długo, czy na taki czas pobytu w gabinecie złożyły się czynności przygotowawcze i następujące po zabiegu, to podkreślenia wymaga, że według biegłych - przeprowadzenie tego samego zabiegu w krótszym czasie nie oznacza, że nie doszłoby do uszkodzenia nerwu – krótkotrwałość i czy długotrwałość wiąże się zatem wyłącznie z poczuciem dyskomfortu dla pacjenta. Wynika to również z poprzednich opinii, które mówią jedynie o tym, że może to świadczyć o braku doświadczenia (opinia z k.41-42 – w której nie przyjęto błędu medycznego z uwagi na niezakończenie procesu leczenia, mowa o jedynie powikłaniach). Ów czas trwania został powiązany z tym, iż „koniecznym było podawanie środków znieczulających oraz środków przeciwko opuchliznie” – w opinii stwierdzono, że ilość środka mieściła się w normie, zaś co do środka przeciwko opuchliznie, biegli przeczą istnieniu takiego, podawanego w twarz. Wprawdzie na nagraniu dokonanym przez pokrzywdzoną, oskarżony na jej pytanie nie zaprzecza sformułowaniu o środku przeciw opuchliznie, później jednak mówi wyłącznie o znieczuleniu, w innych dokumentach przedstawianych sądowi lekarze zastanawiają się (k.39-40) czy chodzi o lek homeopatyczny, czy steryd, rodzaj tego środka nie został ustalony. Równie dobrze mógł być to kolejny zastrzyk znieczulający, w obliczu spodziewanego bólu, jaki mógł się pojawić w związku z masywnością obrzęku, co nie byłoby błędem (k.599). Tak też Sąd ustalił, że został podany środek (nieustalony), przy podawaniu którego pojawił się ból. Jednakże rodzaj tego środka nie jest istotny. Istotnym jest, że nastąpiła iniekcja. Wprawdzie biegli nie stwierdzają z pewnością, że była ona bezpośrednią przyczyną uszkodzenia nerwu (o czy też poniżej), wskazując, że mogło do niego dojść w trakcie przeprowadzenia zabiegu chirurgicznego, to jednak również jednoznacznie stwierdzili, że sama iniekcja jako taka nie ma wpływu na uszkodzenie, choć może doprowadzić do niego, brak jest podstaw do przyjęcia, że iniekcja była nieprawidłowa. Przede wszystkim jednak biegli wprost wskazali, że **podanie zastrzyku nawet do pęczka nerwu** – co przy opuchliznie i zmianie przebiegu może się zdarzyć – **nie jest błędem (k.601).**

Sformułowanie „co doprowadziło do powstania u pokrzywdzonej zespołu Sludera” – według opinii biegłych, zespół taki u K. G. nie występuje. Nie pojawia się on zresztą jako jednoznaczne rozpoznanie w żadnym dokumencie, mowa o bólu, o możliwych przyczynach w postaci uszkodzenia różnych możliwych nerwów – z uwagi na rozległość dolegliwości, które wskazywała pokrzywdzona. Co do „uszkodzenia gałązki nerwu trójdzielnego w wyniku podanego w dniu 17 stycznia 2007 roku zastrzyku przeciwko opuchliznie, czym spowodował trwale uszkodzenie tegoż nerwu, drętwotę oraz dolegliwości bólowe utrzymujące się do dnia dzisiejszego” – obecnie nie stwierdzono objawów uszkodzenia nerwu i drętwoty – biegli podkreślili przy tym, że również wcześniej opisywane objawy – na taki skutek nie wskazują (co opisywali i uzasadniali w opinii). Wprawdzie opisywane wcześniej objawy mogły być



wynikiem uszkodzenia nerwu w trakcie iniekcji, plus działania niepożądanego preparatu, ale stwierdzili, że iniekcja donerwowa jest mało prawdopodobna – zakres podawanych dolegliwości nie pokrywa się bowiem z zaburzeniami nerwu podoczołowego. Twierdzenia te nie zawierają logicznych sprzeczności, stanowią po prostu odpowiedź na bardzo rozbudowane i szczegółowe pytania, są odpowiedziami o hipotetycznym charakterze.

Prowadzi to do wniosku, że zgłaszane po zabiegu dolegliwości mogły być jedynie wynikiem powikłań po poważnym przecież zabiegu chirurgicznym, który został prawidłowo przeprowadzony, z nałożonymi prawdopodobnie działaniami niepożądanymi leku znieczuleniowego – które mogą wystąpić mimo prawidłowego postępowania.

Wobec jednoznacznego stwierdzenia, że zabiegi były wykonane prawidłowo, a co do iniekcji brak dowodów, że była nieprawidłowa, a na dodatek źródłem ewentualnych dolegliwości mógł być sam zabieg, albo nawet całkowicie prawidłowa iniekcja – brak jest możliwości przypisania oskarżonemu jakiegokolwiek przestępstwa. Z każdym niemal, w szczególności tak inwazyjnym zabiegiem wiąże się niebezpieczeństwo – zatem odpowiedzialnością karna są objęte jedynie takie działania czy zaniechania, które były nieprawidłowe i między tą nieprawidłowością a stanem zagrożenia, czy wręcz skutku w postaci obrażeń ciała jest związek przyczynowy. W niniejszym przypadku owej nieprawidłowości jako przyczyny nie stwierdzono – zatem nie może być mowy o przypisaniu K. C. (1) odpowiedzialności za czyn z art.160§1-3kk, czy wręcz z art.157§1-3kk czy któregośkolwiek z opisanych w art.156kk. Zatem nie tylko nie można przypisać działania z winy umyślnej – przyjętej przez oskarżycielkę subsydiarną, ale nawet nieumyślnej w żadnej z postaci.

Stwierdzono wprawdzie w toku postępowania nieprawidłowości – wskazane w opinii biegłych z UM w Ł., jak i wcześniejszych dokumentach, ale wyraźnie również opiniujący wskazali, że działania czy zaniechania te nie spowodowały skutków przewidzianych w kodeksie karnym, co Sąd podziela.

Dlatego nie sposób zgodzić się z argumentacją przedstawioną w przemówieniu końcowych, gdzie wskazano na podjęcie się leczenia przez osobę niedoświadczoną, bez planu, bez badania tkanki okostnej, bez tomografu, niewłaściwe prowadzenie dokumentacji, które narażało na niebezpieczeństwo utraty życia i zdrowia w rozumieniu kodeksu karnego, skoro było to przedmiotem opiniowania, a przeprowadzenie zabiegu mimo tych nieprawidłowości było prawidłowe. Poddane zostało ocenie, czy określony jako zbędny i nieprawidłowy zabieg usunięcia membran powodował zagrożenie dla życia i zdrowia – również odpowiedź na to pytanie w świetle opinii jest negatywna. Biegli wypowiedzieli się również co do tego, że można podać zastrzyk znieczuleniowy przewidując pojawienie się bólu – twierdzenie, że jego podanie, czy też podanie nieznanego leku przeciwoopuchłźnie – który nie został potwierdzony – naraża życie i zdrowie jest więc absurdalne, gdyż wymagałoby od lekarzy, by pozostawiali pacjentów bez pomocy w sytuacji opuchlizny tylko dlatego, że obawialiby się uszkodzenia z uwagi na zmianę przebiegu nerwów. Również co do twierdzeń, że oskarżony nie podjął działań zaradczych – zalecił witaminy, które w przypadku powikłań są standardowe - zdaniem Sądu nie od razu należy podejrzewać większe problemy. Ponadto szukał przyczyny bólu – czego wyrazem jest właśnie ten zbędny zabieg z połowy lutego 2008 roku. Jak i w tym miejscu wskazali biegli – i tak wdrożenie od razu innego leczenia nie zapewniłoby wyników, a nadto – pokrzywdzona była już w tym czasie konsultowana przez innych lekarzy. Zatem argumentacja przedstawiona w głosach stron oparta jest jedynie o założenia, stanowiące podstawę wystąpienia z aktem oskarżenia, które nie znalazły potwierdzenia w z gromadzonym materiale dowodowym.

Z uwagi na wynik postępowania Sąd obciążył kosztami procesu oskarżycielkę subsydiarną. Sąd nie znalazł podstaw do zwolnienia od kosztów sądowych, które w wyniku uregulowań prawnych są niewielkie i mieszczą się w opłacie w wysokości 300 złotych. Oskarżona nie ma nikogo na utrzymaniu, a w postępowaniu starała się jednocześnie wykazać, że stać ją było na drogie leczenie, przy czym przywołany przez nią świadek stwierdził – że „miała działki i jeszcze ma”, zatem trudno uznać oskarżycielkę za osobę ubogą.

Konsekwencją uniewinnienia jest również obowiązek zwrócenia K. C. (1) poniesionych przez niego kosztów ustanowienia obrońcy, których wysokość została udokumentowana.