

Sygn. akt: I C 194/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 3 października 2019 roku

Sąd Okręgowy w Gliwicach I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSO Andrzej Kieć
Protokolant:	stażysta Katarzyna Kuchta

po rozpoznaniu w dniu 19 września 2019 roku w Gliwicach

sprawy z powództwa S. T.

przeciwko (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w T.

o zapłatę

1. oddała powództwo;
2. odstępuje od obciążania powódki obowiązkiem zwrotu kosztów procesu;
3. nieuiszczonymi kosztami sądowymi obciąża Skarb Państwa.

SSO Andrzej Kieć

Sygn. akt I C 195/18

UZASADNIENIE

Powódka S. T. wniosła o zasądzenie na swoją rzecz od pozwanego (...) S.A. im. (...) w T. kwoty 300 000 złotych wraz z odsetkami ustawowymi od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty. W uzasadnieniu wskazała, iż żądanej kwoty dochodzi tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę w wyniku szkód zdrowotnych odniesionych w okresie jej pobytu na oddziale położniczo – ginekologicznym pozwanego szpitala, przy czym pozvem objęto uszkodzenia natury anestezyjologicznej, doprowadzające w okresie intubacji do przypadkowego uszkodzenia górnego odcinka przełyku penetrującego w obszar śródpiersia górnego, w wyniku których doszło u powódki do perforacji oraz bakteryjnego zapalenia śródpiersia. Uszkodzenie przełyku zostało zbyt późno rozpoznane. Powódka podjęła leczenie w innej placówce medycznej jednakże na skutek błędów popełnionych w pozwanym szpitalu u powódki może najprawdopodobniej nastąpić pourazowe zwężenie przełyku skutkujące koniecznością leczenia operacyjnego bądź kłopoty z odżywianiem, bądź do operacji torakochirurgicznej.

Pozwany wniósł o oddalenie powództwa oraz obciążenie powódki kosztami procesu. W uzasadnieniu wskazał, powódka przed zabiegiem została zakwalifikowana do znieczulenia przewodowego, jednak nie wyraziła na to zgody i zażądała znieczulenia ogólnego. Znieczulenie powódki przebiegało bez powikłań, zaś diagnostyka pooperacyjna była wykonana prawidłowo. Powódka po intubacji skarżyła się na ból gardła, który jest częstym objawem po intubacji dotchawiczej. Wprowadzenie rurki intubacyjnej do przełyku nie jest błędem lekarskim; jest to możliwe

powikłanie zwłaszcza po tzw. trudnej intubacji. Powódka nie wykazała, aby był to błąd w sztuce lekarskiej skutkujący odpowiedzialnością pozwanego szpitala.

Sąd ustalił:

Powódka S. T. została przyjęta w dniu 12 listopada 2014 roku do pozwanego szpitala w celu przeprowadzenia zabiegu operacyjnego – obniżenia przedniej i tylnej ściany pochwy i krocza. W trakcie konsultacji przedoperacyjnej anestezyjologicznej zdecydowano się na znieczulenie ogólne dotchawicze, na które powódka wyraziła zgodę. Powódka nie wyraziła zgody na znieczulenie podpajęczynówkowe. W dniu zabiegu powódka była ponownie dwukrotnie pytana o znieczulenie przewodowe i wówczas również kategorycznie odmówiła poddania się mu. W trakcie wprowadzania do znieczulenia wystąpiły problemy z intubacją. Początkowo znieczulenie rozpoczęła przeprowadzać dr A. K. która przewidywała trudną intubację, toteż upewniła się, jeszcze przed rozpoczęciem intubacji, że na bloku operacyjnym jest starszy lekarz anestezyjolog (lekarz starszy stażem i bardziej doświadczony). Po wprowadzeniu do znieczulenia i wprowadzeniu przez dr K. laryngoskopu nie udało się uwidocznić wejścia do krtani, lecz jedynie do nagłośni. Po drugiej nieudanej próbie intubowania intubację przejął dr B., lekarz z 25 letnim stażem w anestezyjologii, który również miał problemem z intubacją ale który ostatecznie ją wykonał.

Dzień po zabiegu stwierdzono u powódki: temperatura, tętno, ciśnienie w normie; brzuch miękki. W drugiej dobie po operacji temperatura ciała u powódki wzrosła do 39,4 st. Powódka zgłaszała personelowi kłopoty z oddychaniem oraz przełykaniem śliny, toteż wdrożono konsultację laryngologiczną oraz internistyczną w dniu 15.11.2014r. W tym samym dniu wykonano RTG klatki piersiowej. Po konsultacji internistycznej wzmożono antybiotykoterapię po której powódka przestała gorączkować. W dniu 19.11.2014r przeprowadzono kolejną konsultację laryngologiczną. W dniu 21.11.2014 r wykonano TK szyi. W wyniku jego przeprowadzenia ujawniono perforację przełyku ulokowaną najprawdopodobniej 25 mm od ust przełyku oraz ropień śródpiersia. Z uwagi na to powódkę skierowano na konsultację do Kliniki (...) w K. – L. w celu ustalenia dalszego leczenia. W klinice tej dokonano wyłonienia przetoki odżywczej na jelicie czczym oraz drenaż ropnia. W trakcie tego zabiegu zastosowano znieczulenie ogólne dotchawicze z monitorowaniem rozszerzonym od 2 do 4 godzin oraz znieczulenie ogólne złożone.

Ze sporządzonej na zlecenie Sądu opinii biegłego z zakresu anestezyjologii M. S. (1) wynika, iż obszar anatomiczny części początkowej przełyku na poziomie mięśnia pierścienno – gardłowego jest najczęstszym miejscem uszkodzeń jatrogennych przełyku w czasie zabiegów m. in. intubacji. Ściana przełyku w swej części szyjnej jest miejscem osłabionej odporności mechanicznej ze względu na krzyżowanie się włókien mięśni gardłowych z mięśniem pierścienno – gardłowym na poziomie piątego i szóstego kręgu szyjnego. W tym miejscu najczęściej siłą jaką łyżka laryngoskopu działa na ścianę przełyku powoduje rozerwanie lub rozwarstwienie włókien mięśniowych przełyku. Potencjalne rozdarcie może zostać spowodowane prowadnicą wystającą poza zakończenie rurki intubacyjnej lub przez prowadnicę wprowadzaną przed włożeniem rurki. Przedarcie ściany przełyku podczas kilku prób intubacji oraz wentylowania pacjenta dodatnim ciśnieniem za pomocą maski twarzowej pomiędzy kolejnymi próbami może prowadzić do przedostawania się powietrza poza przełyk i tworzenia się rozedmy podskórnej. Bóle szyi, gorączka czy rozedma podskórna oraz historia tzw. trudnych dróg oddechowych wymagają zawsze wzięcia pod uwagę perforacji przełyku. Perforacja przełyku jest zagrażającym życiu uszkodzeniem narządowym prowadzącym do śmierci w dużym odsetku przypadków, z uwagi na to, iż lokalizacja anatomiczna przełyku pozwala mikroorganizmom i enzymom układu pokarmowego na dostęp do śródpiersia co powoduje zapalenie śródpiersia, tworzenie się ropni śródpiersia i dalej szerzenie się procesu zapalnego prowadzącego do sepsy i niewydolności wielonarządowej. Rokowanie zależy od stanu ogólnego pacjenta, odstępu czasowego między urazem a leczeniem, obecności innych chorób przełyku oraz miejsca perforacji. Przy szybkim włączeniu leczenia śmiertelność wynosi 10 – 25% natomiast przy leczeniu podejmowanym po 24 godzinach wzrasta ona do przedziału 40 – 60%.

W ocenie biegłego M. S. konsultacja powódki została przeprowadzona prawidłowo, w szczególności zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 27 lutego 1998 roku w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezyjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą: odbyła się ona w określonym czasie, składała się z badania podmiotowego i przedmiotowego, zakończyła się uzyskaniem zgody

powódki na wybrane znieczulenie. W przygotowaniu do znieczulenia oznaczono parametry laboratoryjne, wykonane badania rtg oraz ekg. Żaden element badania fizykalnego nie wskazywał na istnienie potencjalnych trudności anatomicznych dla intubacji. W tzw. skali Mallampatiego oceny stopnia trudnych dróg oddechowych warunki anatomiczne zostały określone na I stopnia (w skali czterostopniowej). Biegły ocenił etap kwalifikacji i przygotowania pacjentki do znieczulenia jako pozytywnie a dokumentację lekarską za prowadzoną rzetelnie. Zdaniem biegłego brakuje w dokumentacji (karcie znieczulenia) wymaganego dobrą praktyką udokumentowanego postępowania anestezyjologicznego po klinicznej sytuacji trudnych dróg oddechowych (informacja, opis problemów dla innych anestezyjologów na przyszłość, opis techniki zabezpieczenia dróg oddechowych, ewentualne zalecenia na przyszłość odnośnie nadzoru pooperacyjnego). Zdaniem biegłego wpisy tego rodzaju nie były obligatoryjne, zaś dokumentacja medyczna codziennego badania klinicznego w oddziale ginekologii świadczy o prawidłowym przepływie informacji dotyczącym opieki nad pacjentką i wielospecjalistycznym sprawnym postępowaniu diagnostyczno – leczniczym.

Wybrano metodę szybkiej indukcji. Wybór tej metody świadczy, że lekarz przewidywał potencjalnie trudne drogi oddechowe.

Perforacja przełyku u powódki ma charakter jatrogeny który nastąpił w trakcie wprowadzania do znieczulenia. W dokumentacji brak jest wpisów o sytuacji trudnych dróg oddechowych oraz następstw urazów (np. krwawień, obrzęków); brak jest zaleceń szczegółowej obserwacji ukierunkowanej na problemy mogące być konsekwencją trudnej intubacji. Świadczy to o tym, że lekarze anestezyjolodzy uznali, iż nie zachodzą okoliczności narażające powódkę na urazy. Z kolei brak typowych objawów i ich powolne narastanie może świadczyć o uszkodzeniu o niewielkim rozmiarze po niewielkim urazie.

Powodem perforacji przełyku u powódki był uraz w czasie indukcji znieczulenia.

Niezamierzone wprowadzenie rurki intubacyjnej do przełyku jest nierzadkim zdarzeniem w trakcie intubacji. Rozpoznane niezwłocznie nie powoduje żadnych problemów zdrowotnych dla osoby intubowanej i nie wypełnia znamion błędu lekarskiego. . Błędem jest natomiast brak rozpoznania takiej sytuacji oraz zadania wentylacji przez uszczelnioną rurkę intubacyjną do przełyku i żołądka. Powikłania tego typu są rzadkie, niezwykle trudne diagnostycznie we wczesnym etapie a czynnik sprawczy rzadko jest ewidentny (oczywisty). Zabieg przez dr K. (wówczas szkolącą się rezydentkę w trakcie specjalizacji) został przeprowadzony nieefektywnie albowiem nie doprowadził do osiągnięcia zamierzonego rezultatu; w dalszej został wykonany skutecznie przez lekarza bardziej doświadczonego. Postępowanie rezydenta nie było błędne: szkolący się lekarz samodzielnie ocenił ryzyko działań i zapewnił sobie doświadczoną asystę, po drugiej nieudanej próbie wezwał pomoc, co jest spełnieniem zasad bezpiecznego znieczulenia. Powikłania zostały wykryte w 5 lub 6 dobie co mieści się w średniej okresu wykrywania tego rodzaju powikłań. Intubacja trudna mogłaby się również przydarzyć lekarzowi z większym doświadczeniem a nie tylko rezydentowi jednakże zabieg intubacji prowadzony przez lekarza uczącego się jest obciążony większym ryzykiem. Uszkodzenia tkankowe przełyku biegły zakwalifikował jako średnie – trzeciego stopnia w skali pięciostopniowej.

Postępowanie anestezyjologów w pozwanym szpitalu nie nosi cech uchybień; nie nosi cech błędu w sztuce lekarskiej. Zdarzenie zaistniałe u powódki przedstawia się jako powikłanie postępowania anestezyjologicznego w czasie planowego znieczulenia ogólnego. Powikłania mieściły się w granicach ryzyka intubacyjnego.

Z opinii biegłego z zakresu gastroenterologii J. K. wynika, iż perforacja przełyku jest jednym z powikłań intubacji. U powódki objawy kliniczne i radiologiczne a także konsultacja radiologiczna w pierwszych dniach nie wskazywały na perforację przełyku. Tryb postępowania i diagnostyki odnośnie powódki w pozwanym szpitalu należy uznać za spójny i logiczny, wielospecjalistyczny.

W opinii sporządzonej przez Katedrę i Klinikę (...) (...) w L. (w jej ramach prof. dr hab. n. med. G. W.) wynika, iż w trakcie znieczulenia wykonywanego u powódki w pozwanym szpitalu doszło do niezamierzonego przypadkowego wprowadzenia rurki intubacyjnej lub prowadnicy do przełyku, co skutkowało wystąpieniem perforacji przełyku. Tego rodzaju powikłanie jest wliczone w ryzyko znieczulenia ogólnego z intubacją dróg oddechowych. Działanie lekarzy z pozwanego szpitala było nieumyślne; brak jest podstaw do przypisania zaniedbań czy zaniechań ze

strony znieczulających powódkę lekarzy. Przyjęty w przypadku powódki sposób chirurgicznego leczenia perforacji przełyku w postaci jedynie drenażu okolicy perforacji i wyłonienia stomii odżywczej na jelicie cienkim pośrednio wskazuje na stosunkowo niewielką rozległość perforacji. Intencją chirurgów leczących powódkę było doprowadzenie do samoistnego wygojenia perforacji przełyku. Kontrolna ocena gastroskopowa przełyku po zakończeniu leczenia w Klinice (...) w K. nie potwierdziła trwałego defektu funkcji przełyku, bez cech jego deformacji czy utrudnienia pasażu treści pokarmowej. Miejsce perforacji przełyku uległo wygojeniu bez niekorzystnych następstw. W badaniu laryngologicznym potwierdzono uszkodzenie lewej struny głosowej. Wpływ ewentualnego opóźnionego rozpoznania uszkodzenia pełnościennego przełyku na aktualny stan zdrowia powódki nie jest możliwy do określenia w kategoriach pewności; wszelkie rozważania na ten temat mają charakter wyłącznie spekulacyjny albowiem nie sposób odtworzyć precyzyjnie mechanizm uszkodzenia tj. czy doszło do pierwotnego uszkodzenia przełyku z perforacją bezpośrednio podczas prób nieudanej intubacji, czy też wystąpiło zjawisko tzw. dwuczasego pęknięcia przełyku. Uszkodzenie miało charakter pierwotny, czy wtórny (poprzedzony uszkodzeniem niepełnościennym ściany przełyku). U pacjentki nie stwierdzono gwałtownych objawów perforacji jak również objawów septycznych a zatem perforacja nie miała charakteru rozległego.

(dowody: historia choroby powódki z pozwanej placówki, pismo prywatne M. Opinia z 2.02.2015r k.148-154; zeznania świadków: A. K. (2), J. B., A. T.; opinia prywatna k. 148 – 154; opinie biegłych: z zakresu anestezyjologii M. S. (1) k. 175 – 188, opinia uzupełniająca k. 211 - 215 ; ustne wyjaśnienia biegłego S. k. 266 – 257; opinia biegłego gastroenterologa k. 297 – 317; opinia Katedry i Kliniki (...) (...) w L. (w jej ramach prof. dr hab. n. med. G. W.) k. 482 - 485).

Powyższe ustalenia faktyczne poczyniono w pierwszej kolejności na podstawie dokumentacji lekarskiej której prawdziwość oraz autentyczność nie została w sposób skuteczny zakwestionowana przez żadną ze stron. W dalszej kolejności oparto się na zeznaniach świadków: lekarzy przebywających na Sali operacyjnej i wykonujących na powódce zabieg operacyjny. Ich zeznania były zgodne, wzajemnie uzupełniające się, logiczne a przez to wiarygodne.; nie do podważenia w żadnym miejscu. Z uwagi na specyfikę sprawy Sporządzone w sprawie opinie biegłych są spójne, logiczne, wzajemnie się uzupełniają; zostały sporządzone przez osoby kompetentne w zakresie posiadanych przez nią specjalności – a przez to są wiarygodne. Wiarygodność tych opinii nie została przekonująco podważona a zatem opinie mogły stanowić podstawę ustaleń.

Oddaleniu podlegały zgłoszone w piśmie z 10 listopada 2016 roku wnioski powódki o dopuszczenie dowodu z zeznań świadków – lekarzy ze szpitala w K. jako nie mających istotnego znaczenia dla ustalenia kwestii spornych – nieprawidłowego postępowania personelu medycznego pozwanego szpitala względem powódki; nadto przesłuchanie świadków niecelowe albowiem okoliczności, na jakie świadkowie zostali zgłoszeni wynikają z dokumentacji medycznej. Przesłuchanie świadków spowodowałoby jedynie zwłokę w postępowaniu. Oddaleniu podlegały wnioski o dopuszczenie dowodu z opinii biegłych z zakresu laryngologii/foniatryi oraz chorób zakaźnych (wnioski dowodowe, w tym dotyczące biegłych wskazanych specjalności, powódka sprecyzowała na rozprawie w dniu 19.09.2019r k.500). Przeprowadzenie dowodów z opinii tych biegłych nie miało dla sprawy istotnego znaczenia, spowodowałoby zwłokę w postępowaniu, a to w sytuacji gdy nie została wykazana zasada sporu tj zaistnienie błędu anestezyjologicznego i nieprawidłowości w czynnościach medycznych z tym związanym.

Sąd zważył:

Roszczenie powódki nie było zasadne. Zgodnie z art.445par.1 kc w razie wywołania rozstroju zdrowia można poszkodowanemu przyznać odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę. Ciężar dowodu wystąpienia wszystkich przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego szpitala (szkoda, działanie bądź zaniechanie wywołujące szkodę, związek przyczynowy między szkoda a działaniem bądź zaniechaniem) spoczywał na powódce jako na stronie wywodzącej z tego faktu skutki prawne (art. 6 k. c. art. 232 k.p.c.).

Wzorzec wymaganego od lekarza standardu zachowania został skonstruowany przez ustawodawcę w art.4 ustawy z dnia 5.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyści: lekarz ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i

leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Prawidłowo skonstruowany wzorzec nie opiera się na wymaganiu, by lekarz wykazywał się w danym wypadku starannością wyższą niż przeciętna ale o to, aby przeciętny poziom staranności zawodowej danego lekarza był odpowiedni wysoki. Istotą (definicją) błędu medycznego jest działanie (zaniechanie) osoby wykonującej zawód medyczny pozostające w sprzeczności z obowiązującą wiedzą i praktyką medyczną oraz należytą starannością w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Popęlenie błędu nie musi prowadzić do niekorzystnych efektów, o ile błąd zostanie w porę rozpoznany i podjęte zostaną odpowiednie kroki, aby zapobiec wystąpieniu szkody. Samo stwierdzenie wystąpienia błędu medycznego nie prowadzi do przypisania odpowiedzialności. Niezbędne jest wykazanie pozostałych przesłanek odpowiedzialności, tj. zawinienia, wystąpienia oraz wysokości szkody, a także zachodzenia związku przyczynowego. Wówczas także należy ocenić, czy wyrządzenia szkody na osobie pacjenta można było uniknąć, gdyby osoba podczas udzielania świadczenia zdrowotnego nie działała w sprzeczności z wymaganą wiedzą i praktyką medyczną oraz należytą starannością.

Sąd Najwyższy wielokrotnie wskazywał, iż w tzw. procesach lekarskich, tzn. w procesach, w których powód domaga się naprawienia szkód pozostających w związku z leczeniem może nastąpić ograniczenie obowiązku dowodzenia do wykazania jedynie prawdopodobieństwa. W konsekwencji prowadzi to do osłabienia wymagań dowodowych i ograniczenia ich do ciężaru wykazania iż wskutek zaniedbań mogło dojść do szkody. Nie można jednak przyjąć wniosku opartego na założeniu, że szkoda pacjenta w każdym przypadku oznacza zaniedbania zawinione. Odpowiedzialności szpitala nie można wywodzić z samego faktu powstania szkody, lecz musi ona wynikać z podjęcia przez personel niezgodnych z prawem i zasadami sztuki medycznej działań lub zaniechań. Wykazania wymagają zatem okoliczności, które wskazywałyby na zawinione uchybienie w trakcie postępowania leczniczego lub diagnostycznego, które pozostawałoby w związku przyczynowym z powstaniem szkody, a ów związek przyczynowy musi cechować co najmniej wysoki stopień prawdopodobieństwa. Tego rodzaju sytuacja w niniejszej sprawie jednak nie nastąpiła.

Powódka nie wykazała przesłanek odpowiedzialności pozwanego szpitala. Formulowane przez stronę powodową wobec pozwanego szpitala zarzuty nienależytego postępowania medycznego są oparte tylko na przekonaniu strony powodowej, że do opisywanego w pozwie uszkodzenia ciała oraz rozstroju zdrowia doszło na skutek błędu w sztuce lekarskiej. Zarzuty te po przeprowadzeniu obszernego postępowania dowodowego i po wnikliwej analizie zgromadzonego materiału dowodowego okazały się nieuzasadnione. Z uwagi na specyfikę sprawy Sąd opierał się głównie na opiniach biegłych które analizowały materiał dowodowy w postaci dokumentacji lekarskiej oraz zeznań świadków a wśród nich przede wszystkim na opinii biegłego z zakresu anestezjologii. Żaden z opiniujących na zlecenie Sądu biegłych nie stwierdził niedołożenia należytej staranności w trakcie udzielania świadczeń przez pozwanego. Błąd medyczny polega na niezastosowaniu adekwatnych do sytuacji z punktu widzenia sztuki medycznej rozwiązań. Ocena istnienia elementu subiektywnego winy wymaga wyraźnego rozróżnienia błędu medycznego jako odstępstwa od wzorca i zasad należytego postępowania z uwzględnieniem profesjonalnego charakteru działalności sprawcy, od powikłania, które stanowi określoną, niekiedy atypową reakcję pacjenta na prawidłowo podjęte i przeprowadzone zespoły czynności medycznych. Innymi słowy, niepowodzenie w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych jest to nieosiągnięcie planowanego efektu terapeutycznego mimo prawidłowej diagnozy, zastosowania właściwego leczenia i pielęgnowania oraz starannej opieki medycznej. Podkreślić należy, iż praktycznie każda procedura medyczna niesie ze sobą ryzyko powikłań, niezależnie od stopnia staranności lekarzy czy przedstawiciela innego zawodu medycznego. Ich postawa oraz warunki udzielenia świadczeń zdrowotnych mogą wpływać jedynie na rozmiar tego ryzyka. Nie można też pomijać faktu, że każdy człowiek stanowi odrębny organizm, o swoistej budowie i fizjologii oraz niezwykle skomplikowanym ustroju. Indywidualność pewnych procesów może przesądzać o wystąpieniu poważnych powikłań u jednej osoby, a wręcz o poprawie stanu zdrowia u drugiej w następstwie identycznego zabiegu, wykonanego w takich samych warunkach i przez te same osoby. Co więcej, do komplikacji może dojść nawet w sytuacji, gdy wszelkie działania medyczne zostały przeprowadzone w sposób prawidłowy, zgodnie ze wskazaniami wiedzy i uznanymi standardami.

Taka sytuacja zachodzi w niniejszej sprawie. W niniejszej sprawie z opinii biegłych wynika, iż postępowanie personelu pozwanego szpitala na poszczególnych kwestionowanych przez powódkę etapach leczenia: konsultacji

anestezjologicznej, przebiegu intubacji, przebiegu leczenia pooperacyjnego było prawidłowe, zgodne ze wskazaniami wiedzy medycznej: zapewniona została należyta obsada anestezjologiczna, sam zabieg przeprowadzono z zasadami należytej staranności, przy wystąpieniu problemów z intubacją intubację przejął lekarz bardziej doświadczony; komunikacja między lekarzami była należyta. Powódka po operacji była szczegółowo monitorowana, personel pozanego na bieżąco reagował na symptomy problemów, wdrażając konsultacje oraz niezbędne badania. Perforacja została wykryta we właściwym czasie, po czym wdrożono adekwatne do zagrożenia procedury lecznicze. Postępowanie anestezjologiczne na żadnym jego etapie nie było obciążone błędem. U powódki doszło do powikłania mieszczącego się w granicach ryzyka intubacji. Powikłanie to ma charakter rzadki i jest niebezpieczne dla życia, tym niemniej w świetle zgromadzonego materiału dowodowego brak jest podstaw do obciążania pozanego odpowiedzialnością z tytułu uszkodzenia ciała powódki. Ryzyko zabiegu uwarunkowane jego charakterem nie zostało w ocenie Sądu przekroczone; strona powodowa tego przekroczenia nie uprawdopodobniła a tym bardziej nie udowodniła. Tym samym nie można stwierdzić, że samo przeprowadzenie diagnostyki i procesu leczenia powódki przez personel pozanego było niezgodne z obowiązującymi zasadami sztuki lekarskiej. Strona powodowa nie wykazała istnienia przesłanek odpowiedzialności deliktowej pozanego, co uzasadniało oddalenie powództwa w całości.

O kosztach orzeczono na zasadzie art. 102 kpc. Powódka przegrała proces w całości a zatem co do zasady winna zwrócić przeciwnikowi kosztów procesu. W ocenie Sądu zachodzi jednak wyjątkowy wypadek uzasadniający odstępnie od obciążania jej kosztami procesu. U powódki wystąpiło powikłanie, mogła mieć ona subiektywne przekonanie o słuszności swych racji. Z powyższych względów Sąd odstąpił od obciążania jej kosztami procesu na zasadzie art. 102 kpc a nadto od obciążania jej nieuiszczonymi (brakującymi) kosztami sądowymi na zasadzie art. 113 ust. 4 uoksc.

SSO Andrzej Kieć