

**Sygn. akt: I ACa 1207/12**

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 26 lutego 2013 r.

Sąd Apelacyjny w Łodzi I Wydział Cywilny

w składzie:

<b>Przewodniczący:</b>	<b>SSA Dorota Ochalska - Gola</b>
<b>Sędziowie:</b>	<b>SSA Bożena Błaszczuk</b> <b>SSA Tomasz Szabelski (spr.)</b>
Protokolant:	st. sekr. sądowy Julita Postolska

po rozpoznaniu w dniu 26 lutego 2013 r. w Łodzi

na rozprawie

sprawy z powództwa **T. S.**

przeciwko **Wojewódzkiemu Szpitalowi (...)** (...)

**(...)w Z. i (...) Spółce Akcyjnej Oddział w Ł.**

o zadośćuczynienie, odszkodowanie, rentę i ustalenie

na skutek apelacji pozwanych

od wyroku Sądu Okręgowego w Łodzi

z dnia 2 lipca 2012 r. sygn. akt II C 926/08

1. **oddala obie apelacje;**

2. **zasądza solidarnie od Wojewódzkiego Szpitala (...) - (...) w Z. i (...) Spółki Akcyjnej Oddział w Ł. na rzecz T. S. kwotę 2.700 (dwa tysiące siedemset) złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.**

**Sygn. akt I ACa 1207/12**

## UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 2 lipca 2012r. Sąd Okręgowy w Łodzi w sprawie z powództwa T. S. przeciwko Wojewódzkiemu Szpitalowi (...)(...)w Z. i (...) S.A. w W. Oddział w Ł., sygn. akt II C 926/08,

1. zasądził od pozwanych na rzecz powoda

- a) kwotę 200.000 zł tytułem zadośćuczynienia z ustawowymi odsetkami od dnia 21 lutego 2008r.,
- b) kwotę 73.096 zł tytułem odszkodowania z ustawowymi odsetkami od kwot: 67.496 zł od dnia 24 grudnia 2008r., 1.600 zł od dnia 21 maja 2009r. i od kwoty 4.000 zł od dnia 6 października 2011 r.,
- c) rentę miesięczną z tytułu zwiększonych potrzeb w kwotach po 981 zł począwszy od dnia 1 lipca 2008r. i na przyszłość, płatną do dnia 10-go każdego miesiąca z ustawowymi odsetkami w przypadku uchybienia terminu płatności którejkolwiek z rat,
- d) kwotę 7.187 zł tytułem zwrotu kosztów procesu

z tym zastrzeżeniem, że spełnienie każdego z wymienionych świadczeń przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego do wysokości zapłaconej kwoty;

2. ustalił odpowiedzialność Wojewódzkiego Szpitala (...) (...)w Z. oraz (...) S.A. Oddział w Ł. za szkody mogące powstać w przyszłości u T. S. w związku z nieprawidłowo przeprowadzonym leczeniem w Wojewódzkim Szpitalu (...) (...)w Z.;
3. umorzył postępowanie w zakresie żądania renty wyrównawczej za okres od 1 maja 2008r. do 31 października 2009r.
4. oddalił powództwo w pozostałym zakresie;
5. ustalił opłatę stosunkową na kwotę 16.600 zł;
6. nakazał pobrać na rzecz Skarbu Państwa - Sądu Okręgowego w Łodzi solidarnie od Wojewódzkiego Szpitala (...) (...)w Z. oraz (...) S.A. Oddział w Ł. kwotę 14.276 zł tytułem opłaty sądowej.

Sąd Okręgowy oparł powyższe rozstrzygnięcia na następujących ustaleniach faktycznych, które Sąd Apelacyjny podzielił przyjmując za własne, a z których istotne elementy przedstawiają się następująco:

W dniu 24 października 2007r. powód T. S., jako kierownik robót, przebywał na terenie budowy rurociągu kanalizacji w okolicy skrzyżowania ul. (...) i ul. (...) w Ł.. Około godziny 11.15 przy wykonywaniu próby ciśnieniowej odcinka rurociągu powód zszedł do wykopu z wodą celem sprawdzenia zaworu odpowietrzającego i podszedł do kołpaka z deklek w świetle rurociągu. Wówczas kołpak zsunął się pod wpływem napierającej wody łamiąc zabezpieczenie i uderzając powoda w lewy bok oraz przygniótł jego lewą nogę. Jeden z pracowników przytrzymał powoda, który utracił chwilowo świadomość i uchronił przed upadkiem do wody, a następnie z innym pracownikiem przeniósł go wyżej na rurę. Na miejsce w krótkim czasie przybyła Straż Pożarna i Pogotowie Ratunkowe. Lekarz stwierdził u powoda ranę nogi z jednoczesnym złamaniem kości udowej i kości podudzia oraz zdecydował o przewiezieniu poszkodowanego do Wojewódzkiego Szpitala (...) w Z..

W Izbie Przyjęć Wojewódzkiego (...) w Z. powód przebywał do godziny 13.19, kiedy to został przyjęty na Oddział (...) (...) w Z.. Tam rozpoznano u niego złamanie 1/3 dalszej kości udowej lewej z przemieszczeniem, ranę okolicy bocznej podrzepkowej podudzia lewego penetrującą do stawu i neuropraksję nerwu strzałkowego powierzchownego. Wykonano RTG oraz pobrano próbki krwi i wymaz z rany do badań. Ponadto stwierdzono, że kończyna lewa jest chłodniejsza w stosunku do prawej. Jednocześnie ustalono, że pacjent jest we wstrząsie urazowym i jest wychłodzony. Podczas badania chirurg stwierdził, że tętno na tętnicy grzbietowej stopy nie jest wyczuwalne, ale gra naczyniowa jest zachowana. Konsultujący pacjenta neurolog i chirurg stwierdzili, że konieczne jest wykonanie badania USG Dopplera oraz konsultacja chirurga naczyniowego. Przedmiotowego badania nie przeprowadzono, ponieważ szpital nie dysponował odpowiednim aparatem.

Następnie podjęto decyzję o przeprowadzeniu zabiegu zespolenia złamania gwoździem śródszpikowym odkolanowym oraz chirurgicznego zaopatrzenia rany.

W ciągu pierwszej doby po zabiegu stwierdzono zakażenie rany, które objawiało się zaczerwienieniem i obrzękiem. Proces gojenia rany przebiegał jednak bez powikłań, natomiast stwierdzono brak tętna na tętnicy grzbietowej stopy lewej i z tej przyczyny w dniu 25 października 2007r. zdecydowano o przewiezieniu powoda do Oddziału (...) (...) (...) M. K. w Ł. celem dalszej diagnostyki i kontynuacji leczenia.

Powód został przewieziony do (...) (...) M. K. w Ł. w dniu 25 października 2007r. o godzinie 13.49, gdzie rozpoznano u niego - oprócz stanu po stabilizacji złamania - uraz zmiążdżeniowy uda lewego, całkowite rozerwanie tętnicy i żyły udowej powierzchownej i podkolanowej lewej, ostre niedokrwienie lewej kończyny dolnej, krwiak uda lewego, znaczny obrzęk całej lewej kończyny dolnej, a także martwicę skóry dołu podkolanowego lewego i anemizację. Zlecono m.in. wykonanie badania TK i Angio-CT i podjęto decyzję o przeprowadzeniu operacji usunięcia krwiaka oraz dokonano wszczepienia odwróconego odcinka żyły odpiszczelowej większej prawej między tętnicą udową powierzchowną lewą, a tętnicą podkolanową lewą. Ponadto podwiązano kikuty żyły podkolanowej lewej i wykonano fasciotomię podudzia i uda lewego. W następnych dniach stwierdzono u chorego martwicę rozplywną podudzia, części pośladkowej uda lewego, a następnie także martwicę głębszych warstw mięśni w ranach po fasciotomii. W dniu 5 listopada 2007r. podjęto decyzję o amputacji podudzia lewego z częściowym wycięciem tkanek martwiczych uda lewego z drenażem. W kolejnych dniach stwierdzono postępującą martwicę skóry z naciekiem zapalnym części pośladkowej uda lewego i zakwalifikowano chorego do proksymalnej amputacji uda lewego.

Po konsultacji telefonicznej w dniu 7 listopada 2007r. skierowano chorego do dalszego leczenia do Oddziału (...)Szpitala (...) w Ł..

W okresie od 8 listopada do 11 listopada 2007r. powód przebywał w na Oddziale (...)Szpitala (...) w Ł. z rozpoznaniem niedokrwienia i martwicy kikuta uda lewego, zatorowości lewego górnego segmentu płuca oraz nadciśnienia tętniczego i cukrzycy typu II. Z uwagi na zagrożenie stanem septycznym i wynikające z tego zagrożenie życia, w dniu 8 listopada 2007r. wykonano reamputację kikuta lewego uda. Po rozpoznaniu zatorowości w badaniu Angio-CT klatki piersiowej z dnia 12 listopada 2007r. wdrożono także leczenie heparyną drobnocząsteczkową. Poza tym nie wystąpiły powikłania. W ramach wskazań lekarskich zalecono m.in. rehabilitację, protezowanie wg. ustaleń ze Skandynawskim Laboratorium (...) ( (...)), kontrolę w poradni chirurgii naczyniowej i przyjmowanie leków: (...), (...),(...), (...), (...), (...),(...).

Dalszemu leczeniu i rehabilitacji powód poddany został w poradni ogólnej i naczyniowej.

Z punktu widzenia chirurgii naczyniowej u powoda nie doszło do zaostrzenia przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych na tle miażdżycy zarostowej tętnic dolnych, gdyż żadne z badań diagnostycznych wykonywanych ex post nie wykazało objawów tej choroby. U powoda wystąpiła natomiast niedrożność tętnicy obwodowej, której objawem był znaczny obrzęk kończyny wywołany dużym krwiakiem pod powięziowym. U chorych z ostrym niedokrwieniem kończyn szczególnie istotna jest cezura czasowa. Przyjmuje się, że operacja udrożnienia zablokowanej tętnicy winna odbyć się do 6 godzin od urazu albo najwcześniej jak to tylko możliwe. Ponieważ z upływem każdej godziny wzrasta ryzyko amputacji niedokrwionej kończyny oraz groźba wystąpienia ciężkich ogólnoustrojowych zaburzeń metabolicznych, które mogą doprowadzić do śmierci chorego, liczy się precyzja rozpoznania lekarskiego i brak opóźnienia w postępowaniu. Leczenie operacyjne mające na celu przywrócenie przepływu krwi w uszkodzonej tętnicy winno się przeprowadzić w ciągu pierwszych 6 godzin od wystąpienia objawów ostrego niedokrwienia kończyny. Z drugiej strony nie ma sztywnych ram czasowych, poza którymi rewaskularyzacja nie może być przeprowadzona. Nawet przeprowadzenie spóźnionej operacji rewaskularyzacyjnej może przyczynić się do obniżenia poziomu amputacji kończyny. Istnieje związek przyczynowy między postępowaniem personelu medycznego pozwanego szpitala, a aktualnym stanem zdrowia powoda dotyczącym kończyny operowanej w pozwanym szpitalu. Związek ten polega na tym, że zaniechano diagnostyki i leczenia ostrego niedokrwienia lewej kończyny dolnej wskutek całkowitego rozerwania lewej tętnicy udowej i podkolanowej oraz lewej żyły udowej i podkolanowej. W wyniku tych zaniechań zaprzepaszczono możliwość przywrócenia w odpowiednim czasie krążenia krwi w lewej kończynie dolnej, co skutkowało nasileniem już istniejących zmian stłuczeniowo - zmiążdżeniowych tkanek oraz wystąpieniem martwicy

niedokrwiennej lewej kończyny dolnej. Ostatecznym rezultatem sumy tych zdarzeń była wysoka amputacja lewej kończyny dolnej, a także zagrożenie życia powoda wskutek wystąpienia stanu septycznego oraz zatorowości płucnej.

U powoda musiano dokonać pierwszej amputacji z powodu martwicy lewego podudzia, mimo że utrzymywał się prawidłowy przepływ krwi przez wykonany pomost udowo-podkolanowy. To nie niedrożność tego pomostu była przyczyną amputacji, ale martwica niedokrwienne tkanek lewej kończyny dolnej, która rozwinęła się wskutek zbyt długo utrzymującego się okresu ostrego niedokrwienia lewej kończyny dolnej.

Od chwili wypadku do chwili formalnego przyjęcia powoda do szpitala upłynęło około dwóch godzin. U powoda przeprowadzono badanie lekarskie. Do istotnych odchyłeń od stanu prawidłowego, stwierdzonych podczas tego badania należy: rana okolicy lewego stawu kolanowego, objawy złamania lewej kości udowej, objawy stłuczenia i podbiegnięcia krwawe tylnej powierzchni lewego uda, ochłodzenie lewej kończyny dolnej, zaburzenia czucia na lewym podudziu i na lewej stopie. Lekarz badający powoda stwierdził obecność słabo wyczuwalnego tętna na tętnicy grzbietowej lewej stopy. W opisie badania przedmiotowego brak jest oceny tętna na pozostałych tętnicach kończyn dolnych, zwłaszcza lewej kończyny dolnej. Nie jest jednak możliwe stwierdzenie obecności wyczuwalnego tętna na tętnicy grzbietowej lewej stopy przy całkowitym rozerwaniu zarówno tętnicy udowej powierzchniowej i tętnicy podkolanowej. Jest to niemożliwe przy założeniu, że doszło już do rozerwania tętnicy udowej w przedziale czasowym poprzedzającym ortopedyczne badanie lekarskie, a nie stało się to później w trakcie pobytu w pozwanym szpitalu.

U powoda wykonano badanie rentgenowskie lewego uda, rozpoznano złamanie trzonu lewej kości udowej w 1/3 dystalnej. Poddano go konsultacji internistycznej, a internista zalecił oznaczenie dobowego profilu glikemii oraz iniekcje insuliny w okresie okołoperacyjnym.

W okresie przedoperacyjnym dokonano również konsultacji chirurgicznej. Konsultujący chirurg stwierdził ochłodzenie lewego podudzia, brak tętna na tętnicy grzbietowej lewej stopy i zalecił podanie 10.000 jednostek heparyny we wlewie, wykonanie badania USG Dopplera i konsultację chirurga naczyniowego. Te zalecenia nie zostały uwzględnione. U powoda nie przeprowadzono żadnej diagnostyki naczyniowej.

W postępowaniu personelu medycznego pozwanego szpitala wystąpiły następujące nieprawidłowości:

- opóźnienie w procesie przyjmowania powoda do szpitala;
- całkowite zaniechanie jakiegokolwiek diagnostyki naczyniowej;
- zignorowanie wskazań konsultantów medycznych: chirurga ogólnego i neurologa, którzy już w dniu 24 października 2007r. wskazywali na możliwość wystąpienia u powoda ostrego niedokrwienia lewej kończyny dolnej;
- przeprowadzenie operacji stabilizacji gwoździem śródszpikowym złamania lewej kości udowej u powoda przy zignorowaniu objawów ostrego niedokrwienia lewej kończyny dolnej na tle całkowitego rozerwania lewej tętnicy udowej i podkolanowej oraz lewej żyły udowej i podkolanowej;
- dalsze opóźnienie wdrożenia diagnostyki i rekonstrukcji uszkodzonych naczyń lewej kończyny dolnej po operacji ortopedycznej, już w dniu 25 października 2007r.

Pierwszą przyczyną wystąpienia u powoda martwicy tkanek lewej kończyny dolnej był silny uraz tej kończyny metalowym przedmiotem o znacznej energii kinetycznej. Już w dniu 25 października 2007r. przy przyjęciu powoda do (...) (...)M. K. w Ł. stwierdzono objawy martwicy skóry lewego dołu podkolanowego oraz objawy rozległego krwiaka lewego uda. Drugą przyczyną było wystąpienie ostrego niedokrwienia lewej kończyny dolnej na tle całkowitego rozerwania lewej tętnicy udowej i lewej żyły udowej na pograniczu z tętnicą podkolanową. Obrażenie to nie zostało rozpoznane na czas. Opóźnienie w podjęciu leczenia operacyjnego i przywrócenia przepływu krwi w łożysku naczyniowym lewej kończyny dolnej sięgnęło ponad 32 godzin.

Te fakty łącznie wskazują na niemożność uratowania lewej kończyny dolnej u powoda. Kolejną niekorzystną dla niego okolicznością było pierwotne przeprowadzenie operacji ortopedycznej krwawej repozycji złamania lewej kości udowej przy całkowitym pominięciu zarówno rozpoznania uszkodzenia tętnicy udowej, jak i próby rekonstrukcji naczyń. Wówczas po pierwsze uległ nadmiernemu wydłużeniu okres ostrego, całkowitego niedokrwienia lewej kończyny dolnej, po drugie operacja chirurgiczna w obrębie niedokrwionej kończyny mogła dodatkowo uszkodzić tkanki, a zwłaszcza wpłynąć negatywnie na stan mniejszych naczyń krwionośnych wchodzących w skład krążenia obocznego. To wszystko spowodowało wystąpienie początkowo niedostrzegalnych klinicznie objawów niedokrwiennej martwicy tkanek, potem zmanifestowanie się klinicznie objawów martwicy skóry i mięśni, która po kilku dniach przeszła z martwicy suchej w martwicę rozplywną - zgodnie z naturalnym kierunkiem przebiegu zmian wstecznych w organizmie ludzkim. Bezpośrednią przyczyną powstania martwicy rozplywnej lewej kończyny dolnej były u powoda naturalne procesy autolityczne przebiegające w martwiczych tkankach.

U T. S. wystąpił trwały uszczerbek na zdrowiu pozostający w związku przyczynowym zarówno z przeżytym wypadkiem, jak i z w/w postępowaniem medycznym w pozwany szpitalu. Uszczerbek ten wiąże się z utratą lewej kończyny dolnej i wynosi 70% (pkt 153 tabeli uszczerbkowej) ze względu na bardzo krótki kikut lewego uda i małą przydatność do oprotezowania.

Same obrażenia lewej kończyny dolnej odniesione przez powoda w wypadku, nawet przy całkowicie prawidłowym postępowaniu diagnostyczno-lecznym, również mogły zakończyć się amputacją w razie niekorzystnego wyniku leczenia. Natomiast około 32-godzinne opóźnienie w rozpoznaniu ostrego niedokrwienia lewej kończyny dolnej skutkowało zarówno wystąpieniem martwicy niedokrwiennej lewej kończyny dolnej poniżej miejsca niedrożności tętnicy, a także pogłębieniem martwicy pourazowej lewej kończyny dolnej aż do poziomu bliższej części tylnej powierzchni lewego uda. Wskutek takiego opóźnienia w diagnostyce i leczeniu ostrego niedokrwienia lewej kończyny dolnej całkowicie zaprzepaszczono możliwość uratowania kończyny u powoda. Przy prawidłowym postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym i dobrym wyniku leczenia rekonstrukcyjnego tętnic i żył mogło w ogóle nie dojść do wystąpienia martwicy niedokrwiennej w zakresie lewej kończyny dolnej, ani do amputacji. Jeżeli nawet zaszłaby konieczność amputacji w zakresie lewej kończyny dolnej, to przy takim obrażeniu, jak u powoda poziom amputacji byłby znacząco niższy, a kalectwo mniejsze.

Powód ma trudności w chodzeniu i siedzeniu. Krótki kikut lewego uda powoduje konieczność zakupu odpowiedniej protezy, a także określone trudności w posługiwaniu się nią oraz znaczne upośledzenie statyki i zdolności lokomocyjnej. Powód podkreśla ciężkość swej choroby, liczne powikłania oraz zagrożenie życia, które wystąpiło po wypadku i w trakcie leczenia: stan septyczny i zatorowość płucną. Cierpienia powoda są bardzo duże. Powód poniósł trwale kalectwo pod postacią utraty prawie całej lewej kończyny dolnej. Wszystkie powikłania towarzyszące przebiegowi jego choroby ustąpiły całkowicie pod wpływem leczenia albo samoistnie i obecnie nie nawracają.

Zabieg wykonany u powoda w pozwany szpitalu nie był zabiegiem ratującym życie. Było możliwe przewiezienie poszkodowanego do innego szpitala w aglomeracji (...) w ciągu 10-15 minut.

Bez znaczenia dla późniejszych losów powoda jest moment uszkodzenia tętnicy udowej i podkolanowej. W pozwany szpitalu zaniechano diagnostyki naczyniowej mimo istniejących wątpliwości diagnostycznych lekarza badającego powoda i zaleceń konsultujących neurologa i chirurga ogólnego. W czasie zabiegu operacyjnego zespolenia złamania kości udowej śródszpikowym gwoździem blokowany drogą odkolanową nie zrewidowano tętnicy udowej powierzchownej i podkolanowej na wysokości złamania, ponieważ robiono zespolenie na kryto. Po zabiegu powód trafił na oddział, gdzie nadal nie wykonano diagnostyki naczyniowej i nie obserwowano pilnie operowanej kończyny - narastającego obrzęku, oziębienia, upośledzenia czucia i braku tętna na tętnicy grzbietowej stopy i piszczelowej tylniej, co dało następne stracone 12 godzin. Samo rozpoznanie złamania trzonu kości udowej lewej było prawidłowe i prawidłowo zespolono je operacyjnie za pomocą gwoźdźcia śródszpikowego blokowanego sposobem od stawu kolanowego. Błędem było niewykonanie rewizji operacyjnej naczyń krwionośnych okolicy złamania przy istniejących wątpliwościach i objawach niedokrwienia kończyny. Rokowanie na przyszłość, co do życia powoda jest dobre. Co do

komfortu życia jest natomiast niezbyt dobre. Kikut uda jest bardzo krótki, przez co trudny do zaprotezowania. Koszt zakupienia protezy jest bardzo wysoki.

Przy podejmowaniu decyzji w przypadkach wątpliwych podstawowe znaczenie ma obiektywne badanie naczyniowe, m.in. badanie Doppler. Badanie to w sposób jednoznaczny wykazałoby istnienie uszkodzenia tętnicy i żyły podkolanowej, a tym samym stanowiło podstawę do jak najszybszej naprawy uszkodzonych naczyń. Przy braku tej diagnostyki lekarz badający chorego musiał oprzeć się na palpacyjnym, niedokładnym badaniu tętna na tętnicy grzbietowej stopy. Stwierdzając obecność tętna podjęto słuszną decyzję o konieczności wykonania zabiegu operacyjnego polegającego na zespoleniu odłamów kostnych. Dalsze wątpliwości odnośnie ukrwienia operowanej kończyny po operacji ortopedycznej powinny być jednak wskazaniem do rewizji naczyń w dole podkolanowym, przy braku diagnostyki Doppler. Jeżeli rewizja ta nie mogła być wykonana w warunkach (...) w Z. to chory powinien być natychmiast skierowany do placówki, która taką możliwość posiadała. Niepodjęcie naprawy naczyń w kilka do kilkunastu godzin po przebytych urazie zmniejszyło szansę na uratowanie kończyny. Czas ten nie powinien przekraczać 6 godzin. Stwierdzona nieprawidłowość miała wpływ na zły wynik leczenia urazu lewej kończyny dolnej. Niemniej, po urazie wysokoenergetycznym, jakiemu uległ chory istniało prawdopodobieństwo amputacji lewej kończyny dolnej, pomimo przeprowadzenia prawidłowego postępowania medycznego.

Prawidłowa kolejność postępowania w kontekście doznanego urazu powinna być następująca: diagnostyka obrażeń układu kostnego kończyny - badanie RTG, które wykonano oraz diagnostyka obrażeń układu naczyniowego kończyny, np. badanie Doppler, którego nie wykonano. Wykonano zabieg operacyjny w postaci zespolenia odłamów kostnych. Nie wykonano rewizji naczyń i ich naprawy w przypadku podejrzenia ich uszkodzenia. Kolejność podejmowanych działań była prawidłowa, a nieprawidłowości dotyczą czasu przeprowadzenia obiektywnego badania naczyniowego i rewizji operacyjnej naczyń. Podejrzenie uszkodzenia naczyń dołu podkolanowego, brak możliwości diagnostycznych (badanie Doppler) i naprawy uszkodzonych naczyń powinno być podstawą do skierowania chorego do innej placówki. Zabieg rekonstrukcji uszkodzonego naczynia na dłuższym odcinku, jaki miał miejsce w omawianym przypadku) wymagający zastosowania przeszczepu z odwróconej żyły powinien być wykonany przez chirurga naczyniowego lub w jego asyście.

Uraz wysokoenergetyczny, jakiemu uległ chory mógł doprowadzić do amputacji lewej kończyny dolnej, pomimo przeprowadzenia prawidłowego postępowania medycznego. Prawdopodobieństwo to wynosiło 40 %. Cukrzyca, na którą cierpi powód nie miała wpływu na skutki leczenia.

U powoda występują objawy nerwicy pourazowej związanej z następstwami urazu z dnia 24 października 2007r. Trwały uszczerbek na zdrowiu z tego tytułu wynosi 7%. Wskazania do leczenia psychiatrycznego i psychologicznego są względne i zależą głównie od decyzji samego powoda, który jak dotąd nie korzystał z leczenia psychiatrycznego (poza jednorazową konsultacją psychiatryczną w szpitalu) i nie ponosił z tego tytułu wydatków. Przyjmował i przyjmuje lek psychotropowy (...), z tytułu czego wydatkuje około 10 zł miesięcznie. Potrzeba przyjmowania (...) istnieje tak długo, jak długo występują dolegliwości, niepokój, problemy ze snem.

Z punktu widzenia rehabilitacji medycznej powód wymaga utrzymania optymalnej sprawności ogólnej pozwalającej na korzystanie z protezy. Konieczne jest codzienne wykonywanie ćwiczeń czynnych w domu celem:

- zwiększenia siły mięśniowej kończyn górnych i kończyny dolnej prawej;
- znoszenia przykurczów mięśniowych w stawie biodrowym lewym;
- wzmacniania siły lewego mięśnia pośladkowego wielkiego.

Wskazane jest jeden raz w roku usprawnianie w placówce rehabilitacyjnej, w której po ocenie stanu czynnościowego narządu ruchu powoda zostaną wdrożone ćwiczenia specjalistyczne prowadzone przez wykwalifikowanych fizjoterapeutów i wymagające zastosowania sprzętu rehabilitacyjnego.

W okresach zaostrzenia dolegliwości bólowych kręgosłupopochodnych oraz stawów biodrowego i kolanowego kończyny dolnej prawej wskazane jest poza farmakoterapią i miejscowym ciepłem zewnętrznym, zastosowanie cyklu zabiegów fizjoterapeutycznych z zastosowaniem kinezyterapii, elektro-, magneto-, laseroterapii i masaży. Rehabilitacja ambulatoryjna jest refundowana przez NFZ w pełnym zakresie raz na pół roku (4 zabiegi powtarzane seryjnie 10 razy). Rehabilitacja sanatoryjna, na 21-dniowych turnusach, jest refundowana przez NFZ w zakresie zabiegów podstawowych. Kuracjusz pokrywa ewentualnie zabiegi dodatkowe oraz część kosztów hotelowo - żywieniowych, których wysokość jest uzależniona od standardu sanatorium i pory roku. Koszt pełnopłatnego 14-dniowego pobytu sanatoryjnego w sezonie w ramach komercyjnej działalności uzdrowisk wynosi około 2.600 zł. W tej kwocie obok pobytu i wyżywienia kuracjusz może korzystać z trzech zabiegów.

U powoda ze względu na bardzo krótki kikut uda jedynym rozwiązaniem pozwalającym na pewne zawieszenie protezy i właściwe nią sterowanie są: lej silikonowy, hydrauliczny staw kolanowy zapewniający względne bezpieczeństwo chodu oraz stopa z włóknem węglowym ułatwiająca dynamikę chodu. Proteza udowa modułarna z lejem silikonowym, kolanem hydraulicznym i stopą z włókna węglowego kosztuje od 45.000 do 65.000 zł. Narodowy Fundusz Zdrowia dofinansowuje protezę udową modułarną 1 raz na 3 lata w limicie 2.800 zł. Obecnie PFRON w ramach łamania barier komunikacyjnych może dodatkowo sfinansować zakup do 2.800 zł. Pozostała część kosztu protezy jest udziałem własnym powoda. Proteza ma roczną gwarancję. Naprawy protezy w 2 i 3 roku użytkowania finansuje NFZ do kwoty 840 zł. W protezie modularnej, jaką posługuje się powód, najczęściej uszkodzeniu ulegają lej silikonowy i zamek mocujący, które trzeba wymieniać na nowe. Koszt leja silikonowego wynosi około 3.000 zł, a zamka - 1.600 zł. Protezy są w ciągu życia amputanta wymieniane z powodu mechanicznego zużycia albo z powodu zmiany kształtu kikutu. NFZ przyjął, że zmiany protezy mogą nastąpić raz na 5 lat. Jeżeli naprawy uszkodzonej protezy nie przynoszą skutku, to koszt nowej protezy ponosi amputant.

Rokowanie na przyszłość uzależnione jest od szybkości rozwoju choroby zwyrodnieniowej narządu ruchu powoda. U powoda stwierdzono chorobę zwyrodnieniową kręgosłupa z wielopoziomową dyskopatią lędźwiowo - krzyżową oraz radiologiczne zmiany zwyrodnieniowe w prawym stawie kolanowym i w prawym stawie biodrowym po przebytych w 2005 roku złamaniu panewki.

Amputacja kończyny powoduje zaburzenie statyki kręgosłupa i przyspiesza rozwój zmian zwyrodnieniowych w kręgosłupie oraz w kończynie przeciwnej. Narastające zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa wielokrotnie zwiększają występowanie zespołów bólowych kręgosłupopochodnych, które wpływają na ograniczenie zdolności lokomocyjnej i mogą doprowadzić do przepukliny jądra miazdżystego i konieczności zabiegów operacyjnych celem odciążenia struktur nerwowych rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych. Rehabilitacja specjalistyczna prowadzona raz w roku oraz rehabilitacja sanatoryjna może przyhamować rozwój choroby zwyrodnieniowej. Natężenie narastania zmian zwyrodnieniowych w związku ze starzeniem się narządu ruchu u każdego człowieka jest inne, zależne od czynnika genetycznego, a dopiero w dalszej kolejności - od przebytych urazów lub przeciążeń zawodowych. Gdyby powodowi nie amputowano nogi, zakres choroby zwyrodnieniowej uzależniony byłby od jego wieku. Choroba zwyrodnieniowa postępuje zawsze, lecz może nie wywoływać dolegliwości bólowych. Jeżeli do amputacji by nie doszło, powód i tak odczuwałby dolegliwości bólowe, ale w mniejszym zakresie, gdyż chorobę zwyrodnieniową miał stwierdzoną wcześniej, a ponadto cierpiał na dolegliwości współistniejące.

Prawidłowe zaopatrzone złamanie kości udowej mogło doprowadzić do wygojenia złamania w stopniu umożliwiającym powrót powoda do pracy na zajmowanym wcześniej stanowisku kierownika robót. Normalny proces gojenia złamania kości udowej, jaki przebiega bez powikłań, trwa 6-12 miesięcy. Jednak biorąc pod uwagę, że powód doznał urazu zmiażdżeniowego kończyny dolnej lewej, można hipotetycznie założyć, że okres ten mógł ulec wydłużeniu nawet do 18-24 miesięcy od urazu.

T. S. w okresie rekonwalescencji przyjmował szereg leków związanych ze wszystkimi schorzeniami, na które cierpi. W tym na leki związane z amputacją kończyny wydatkował i nadal wydatkuje łącznie około 100 zł miesięcznie. Są to: H.,

której koszt wynosi 10 zł miesięcznie, leki przeciwbólowe i uspokajające za około 50 zł miesięcznie oraz maści, kremy i zasyпки do smarowania kikuta za około 40 zł miesięcznie.

Raz na dwa miesiące powód jeździ samochodem do chirurga naczyniowego do Szpitala (...) w Ł. na ul. (...). Wizyty te są bezpłatne. Dodatkowo, raz na dwa miesiące powód korzysta z porad lekarza ogólnego w przychodni rejonowej, a trzy razy w roku - z pomocy rehabilitanta. Koszt dojazdów do lekarzy oraz na zajęcia rehabilitacyjne oscyluje wokół kwoty 120-130 zł miesięcznie.

Powód mieszka razem z żoną i 35-letnim synem w lokalu położonym na parterze 4-piętrowego bloku. Przy większości czynności radzi sobie sam, gdyż jego żona pracuje zawodowo w godzinach od 9.00 do 17.00. Do obowiązków powoda należy gotowanie obiadów dla rodziny oraz czasami robienie drobnych zakupów. Po mieszkaniu T. S. porusza się o kulach, bez protezy. Syn pomaga powodowi zamontować protezę, w której może chodzić przez 3-4 godziny i codziennie odbywa przynajmniej godzinne spacerki. Powód wymaga pomocy przy wchodzeniu i wychodzeniu z wanny, pozostałe czynności higieniczne wykonuje samodzielnie.

T. S. posiada tytuł technika budownictwa ogólnego i posiada przygotowanie zawodowe upoważniające do wykonywania samodzielnej funkcji kierownika budowy i robót w specjalności instalacyjno-inżynieryjnej w zakresie sieci sanitarnych. Orzeczeniem lekarza orzecznika ZUS z dnia 29 kwietnia 2008r. powód został uznany za całkowicie niezdolnego do pracy od dnia 24 października 2007r. w związku z wypadkiem przy pracy, a niezdolność ta pozostaje w związku ze stanem narządu ruchu

Sąd Okręgowy poczynił nadto szczegółowe ustalenia dotyczące zatrudnienia powoda, jego kwalifikacji zawodowych, wysokości uzyskiwanych zarobków przed wypadkiem, otrzymywanych świadczeń rentowych po wypadku, które jednak z uwagi na oddalenie żądania o zapłatę renty wyrównawczej, którego to rozstrzygnięcia powód nie zaskarżył, nie mają znaczenia dla dalszego orzekania w sprawie przez Sąd II instancji.

W dniu 1 lutego 2008r. powód dokonał zakupu protezy modularnej uda za kwotę 47.296 zł. Całkowity koszt protezy wyniósł 50.096 zł, jednakże kwota 2.800 zł została zrefundowana ze środków NFZ. Szacunkowy koszt użytkowania protezy przez powoda obejmuje serwis obecnie użytkowanej protezy i jej bieżące przeglądy, w tym wymianę silikonu stanowiącego zawieszenie protezy jeden w raz w roku za 1.200 zł. Co trzy lata wskazany jest pełny przegląd serwisowy modułu kolanowego, którego koszt wynosi 15.800 zł.

Na zamek protetyczny powód przeznaczył w dniu 27 stycznia 2009r. kwotę 1.600 zł. W dniu 5 lipca 2011 r. T. S. kupił protezę modularną uda za kwotę 4.000 zł.

Powód dokonał w grudniu 2007r. przystosowania mieszkania do potrzeb osoby niepełnosprawnej poprzez zamontowanie poręczy do wanny i uchwytów przy misce ustępowej. Na zakup uchwytów wydał 400 zł, prace montażowe wykonał bezpłatnie brat powoda.

W dniu 23 kwietnia 2008r. powód nabył za kwotę 40.000 zł samochód osobowy marki T. (...) (rok prod. 2002), przystosowany do korzystania przez osobę niepełnosprawną. Poprzedni samochód marki T. (...) (rok prod. 2003) powód sprzedał za cenę 22.000zł.

W dniu 24 kwietnia 2009 r. powód otrzymał skierowanie na rehabilitację do (...) Centrum (...). Pismem z dnia 12.05.2009 r. został poinformowany, że został zakwalifikowany do rehabilitacji na Oddziale(...), ale czas oczekiwania na przyjęcie wynosi około 10 miesięcy. W okresie od 11 do 30 października 2010 r. powód przebywał w SP ZOZ (...) Centrum (...) w T., gdzie został poddany leczeniu usprawniającemu po reamputacji lewego uda z powodu niedokrwienia i martwicy kikuta uda. Wdrożono leczenie farmakologiczne oraz rehabilitację.

Pozwany (...) S.A. zawarł z Wojewódzkim Szpitalem (...) (...)w Z. umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zakładów opieki zdrowotnej - polisa nr (...), obejmującą okresem ubezpieczenia czas od 10 lutego 2007r. do 9 lutego 2008r., w oparciu o ogólne warunki ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy, przedstawicieli innych



zawodów medycznych oraz zakładów opieki zdrowotnej, zatwierdzone uchwałą zarządu (...) S.A. Nr (...) z dnia 25 kwietnia 2003r., ze zmianami uchwałą (...)z dnia 7 października 2003r. (...) S.A. odpowiada w granicach odpowiedzialności Wojewódzkiego Szpitala (...) w Z. do sumy ubezpieczenia w wysokości 1.000.000 zł do wyczerpania na jedno i wszystkie zdarzenia. Suma ubezpieczenia z w/w polisy na dzień 6 października 2011 r. wynosiła 994000 zł.

W piśmie złożonym w dniu 31 grudnia 2007r. powód za pośrednictwem pełnomocnika dokonał notyfikacji szkody związanej z nieprawidłowym leczeniem w pozwanym Wojewódzkim Szpitalu (...) (...)w Z., żądając wypłaty na jego rzecz zadośćuczynienia w kwocie 200.000 zł, a także kwot po 2.000 zł miesięcznie tytułem renty na zwiększone potrzeby. W dniu 10 stycznia 2008 r. Szpital poinformował (...) S.A. (...)o otrzymaniu zgłoszenia szkody i wszczęciu wewnętrznego postępowania wyjaśniającego.

W oparciu o powyższe ustalenia, Sąd Okręgowy uznał roszczenia powoda, za wyjątkiem żądania renty wyrównawczej, za usprawiedliwione co do zasady.

W ocenie Sądu, zebrany w sprawie materiał dowodowy, w szczególności opinie biegłych chirurga naczyniowego i ortopedy oraz Katedry i Kliniki (...) wykazały, że lekarze z Wojewódzkiego Szpitala (...) w Z. dopuścili się błędu w sztuce medycznej poprzez zaniechanie diagnostyki naczyniowej mimo wskazań, że u powoda może wystąpić ostre niedokrwienie lewej kończyny dolnej i dalsze opóźnienie wdrożenia diagnostyki i rekonstrukcji naczyń lewej nogi w trakcie operacji ortopedycznej i bezpośrednio po niej. Wskutek opóźnienia w diagnostyce i leczeniu ostrego niedokrwienia lewej kończyny dolnej, jak podkreślił Sąd, całkowicie zaprzepaszczono możliwość uratowania kończyny u powoda. Niedbalstwem było także nie przewiezienie powoda do innej placówki medycznej w celu pełnej diagnostyki, skoro pozwany Szpital nie dysponował odpowiednim sprzętem medycznym. Zdaniem Sądu I instancji, nie ulega wątpliwości, iż pomiędzy brakiem działań pozwanego w/w zakresie a amputacją kończyny zachodzi adekwatny związek przyczynowy. Przy czym nie ma tu znaczenia, że być może nawet przy prawidłowym postępowaniu w pozwanym Szpitalu doszłoby do amputacji nogi. Gdyby tak było to amputacja nie byłaby tak wysoka, a tym samym kikut tak trudny do zaprotezowania.

W przekonaniu Sądu niezasadnie pozwany Szpital w piśmie procesowym złożonym w dniu 19.06.2012r. kwestionował zasadę swojej odpowiedzialności, podnosząc, że powód został nieprawidłowo zdiagnozowany przez lekarza Pogotowia Ratunkowego i z błędnie opisanym urazem (złamanie kości podudzia) przewieziono go do jednostki nieposiadającej oddziału specjalizującego się w leczeniu chorób naczyniowych Argumentacja ta, zdaniem Sądu nie zasługiwała na uwzględnienie, bowiem specyfika pracy Pogotowia Ratunkowego polega na doraźnym udzieleniu pomocy w zakresie najbardziej niezbędnym, a następnie przekazaniu pacjenta do odpowiedniej jednostki w celu dalszej, pogłębionej diagnostyki i leczenia. Wpisanie rozpoznania na skierowaniu do szpitala nie zwalnia lekarzy tej placówki od wykonania ponownego badania pacjenta i postawienia właściwej diagnozy, a w razie potrzeby przetransportowania go do jednostki mogącej udzielić właściwej pomocy. Z tego względu, przerzucanie odpowiedzialności na Wojewódzką (...) w Ł. nie zasługiwało na uwzględnienie.

W ocenie Sądu Okręgowego, zgłoszony przez pozwanego w toku procesu zarzut przyczynienia się powoda do powstania szkody w 40 % jest także chybiony. Sąd podkreślił, że nawet, jeśli powód naruszył zasady bezpieczeństwa i higieny pracy, co doprowadziło do wypadku przy pracy, to w żadnym razie nie oznacza to, że przyczynił się do zaistnienia błędu diagnostycznego, w wyniku którego amputowano mu nogę.

Odnosząc się do roszczeń dochodzonych przez powoda, Sąd rozpoczął ich analizę od żądania zadośćuczynienia, opartego na przepisie art.445 § 1 w związku z art.444§ 1 k.c. uznając dochodzoną kwotę za adekwatną do stopnia cierpień fizycznych i psychicznych doznawanych przez T. S. w wyniku amputacji nogi. Sąd podkreślił przy tym, że w wyniku błędnej diagnostyki w pozwanym Szpitalu T. S. utracił jedną kończynę dolną i został trwale okaleczony w znacznym stopniu. Ma trudności w chodzeniu i siedzeniu z uwagi na upośledzenie statyki i zdolności lokomocyjnej. Dodatkowo, amputacja wywołała nerwicę pourazową. Wreszcie, powód musi liczyć się z tym, iż inne negatywne następstwa amputacji kończyny mogą ujawnić się w przyszłości, w szczególności - jak zaopiniowała biegła z zakresu rehabilitacji G. B. - amputacja przyspiesza rozwój zmian zwyrodnieniowych w kręgosłupie, co może w przyszłości

prowadzić do przepukliny jądra miazdżystego i konieczności interwencji chirurgicznej. Zakres cierpień fizycznych i psychicznych doznawanych przez powoda jest bardzo duży, a dla wysokości zadośćuczynienia, w ocenie Sądu, nie bez znaczenia jest również okoliczność, że powód utracił zdolność do wykonywania zatrudnienia w swoim zawodzie. Sąd uwzględnił także wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu, wynoszącego łącznie 77%, który ustalony został w oparciu o opinię biegłego psychiatry (7 %) oraz opinie biegłego M. G. i W. K.. To wszystko zadecydowało o tym, że Sąd I instancji uznał za adekwatne zasądzenie zadośćuczynienia w kwocie 200.000 zł, zgodnie z żądaniem pozwu.

W ocenie Sądu Okręgowego, roszczenia powoda o odszkodowanie i rentę na zwiększone potrzeby zasługiwały na uwzględnienie, co do zasady, aczkolwiek nie mogły się ostać w pełnej wysokości. Co do odszkodowania Sąd przyjął, że na to roszczenie złożyły się następujące składniki (koszty poniesione przez powoda w związku z amputacją nogi w okresie od 1 listopada 2007r. do 30 czerwca 2008r.):

- koszt zakupu protezy (udział własny powoda) w kwocie 47.296 zł -zgodnie z fakturą z k. 154 z dnia 1.02.2008r.;
- koszt zakupu w dniu 23.04.2008r. samochodu marki T. (...) z automatyczną skrzynią biegów w wysokości 18.000 zł, stanowiący różnicę między ceną zakupu auta (40.000 zł) a kwotą, jaką powód uzyskał ze sprzedaży poprzednio używanego samochodu w wysokości 22.000 zł;
- koszt zakupu leków: (...), (...), leków uspokajających i przeciwbólowych, specyfików do pielęgnacji kikuta - w łącznej kwocie 800 zł (przez 8 miesięcy po 100 zł/m-c);
- koszt dojazdów do placówek służby zdrowia w łącznej kwocie 1.000 zł (średnio po 125 zł/m-c przez 8 miesięcy);
- koszt przystosowania mieszkania do potrzeb osoby niepełnosprawnej w

grudniu 2007r. (uchwyty w łazience i toalecie) - 400 zł; Dodatkowo, w ramach odszkodowania Sąd uwzględnił poniesiony wydatek na zakup w dniu 27.01.2009r. zamka protetycznego za kwotę 1.600 zł (faktura k. 176) oraz zakup nowej protezy modularnej uda za 4.000 zł w lipcu 2011 r. (faktura k. 413).

Suma w/ w kwot dała zasądzoną od pozwanych in solidum na rzecz powoda kwotę 73.096 zł tytułem odszkodowania. W ramach odszkodowania nie zostały natomiast uwzględnione przez Sąd składniki w postaci:

- kosztów konserwacji protezy, ponieważ powód nie wykazał, by od dnia zakupu protezy tj. od 1 lutego 2008r. do 30.06.2008r. takie koszty zostały rzeczywiście poniesione, a koszty w te w późniejszym okresie zostały uwzględnione w ramach renty na zwiększone potrzeby,
- kosztów parkowania samochodu na parkingu strzeżonym, albowiem - jak zeznał powód - bezpośrednią przyczyną takiego stanu rzeczy był fakt kradzieży w 2003r. jego nowego samochodu, a zatem okoliczność w ogóle niezwiązana ze zdarzeniem w październiku 2007r.
- koszty opieki osób trzecich - z przyczyn podanych w dalszej części rozważań.

W ramach zasądzonej na rzecz powoda od pozwanych kwoty 981 zł, tytułem renty na zwiększone potrzeby, poczynwszy od 1 lipca 2008r. i na przyszłość znalazły się następujące uzasadnione wydatki miesięczne:

- 539 zł tytułem kosztów utrzymania protezy  $[(15.800 \text{ zł}:36) + (1.200 \text{ zł}: 12) = 539 \text{ zł}]$ ;
- 125 zł tytułem kosztów dojazdu do placówek medycznych;
- 217 zł tytułem kosztów wyjazdu do sanatorium na pełnopłatny turnus 14-dniowy  $(2600:12 = 216,60 \text{ zł})$ ;
- 100 zł tytułem kosztów zakupu leków.

Za niedowodnione Sąd Okręgowy uznał żądanie uwzględnienia w ramach odszkodowania i renty na zwiększone potrzeby kosztów opieki osób trzecich. Oddaleniu w całości podlegało także żądanie renty wyrównawczej, w związku z utratą przez powoda zdolności zarobkowej lub zmniejszenia widoków powodzenia na przyszłość.

Sąd zgodnie z żądaniem powoda ustalił odpowiedzialność pozwanych za skutki błędu w sztuce lekarskiej nieujawnione obecnie, a mogące powstać w przyszłości. Możliwość taką na gruncie art. 189 k.p.c. wskazał Sąd Najwyższy w uchwale z 17 kwietnia 1970r., III PZP 34/69, opubl. OSNC 12/70 poz. 217. Opiniujący w sprawie niniejszej biegli wskazywali na niepewne (rehabilitant), dobre (ortopeda) bądź umiarkowanie optymistyczne (psychiatra) rokowania, co do stanu zdrowia T. S., a biegły z zakresu rehabilitacji uznał, że amputacja ma wpływ na rozwój choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa u powoda i nie wykluczył ujawnienia się w przyszłości dalszych niekorzystnych reperkusji amputacji. Dlatego też z uwagi na niepewne rokowania co do stanu zdrowia, zdaniem Sądu, powód posiada niewątpliwie interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności pozwanych na przyszłość.

Należne odsetki Sąd zasądził na podstawie art. 481 § 1 k.c.

Ponieważ powód cofnął powództwo o rentę wyrównawczą za okres od 1 maja 2008r. do 31 października 2009r., Sąd uznając cofnięcie pozwu za dopuszczalne (art. 203 §4 k.p.c.), na podstawie art. 355 § 1 k.p.c., orzekł jak w pkt 3 wyroku.

W pozostałej części, ponad zasądzone kwoty powództwo zostało oddalone, jako niezasadne i nadmiernie wygórowane.

Z uwagi na to, iż w toku postępowania powód rozszerzył powództwo o żądanie zasądzenia renty wyrównawczej, Sąd ustalił opłatę stosunkową na kwotę 16600 zł. O kosztach procesu Sąd rozstrzygnął na podstawie art. 100 k.p.c. biorąc pod uwagę, to, że powód wygrał sprawę w 86 %.

Rozstrzygnięcie powyższe zaskarżone zostało w części przez pozwanych.

Pozwany Szpital zaskarżył wyrok w części, co do kwoty 144.404 zł oraz w zakresie rozstrzygnięcia o zasadach ponoszenia kosztów postępowania. Na podaną powyżej kwotę zakresu zaskarżenia składają się: ,

- 1) 120.000 zł odnośnie roszczenia o zadośćuczynienie,
- 2) 19.520 zł co do roszczenia o odszkodowanie,
- 3) 4.884 zł odnośnie roszczenia o zapłatę renty na zwiększone potrzeby, obliczona zgodnie z art. 22 k.p.c. jako dwunastokrotność kwoty 407 zł, czyli kwestionowanej przez pozwanego w niniejszej apelacji miesięcznej wysokości kwoty renty.

Skarżący zaskarżonemu rozstrzygnięciu zarzucił

I. obrazę przepisów postępowania to jest:

- 1) art. 233 k.p.c. w zw. z art. 278 § 1 k.p.c. poprzez:
  - a) brak dokonania wszechstronnej oceny opinii biegłych ze specjalności chirurgii naczyniowej i chirurgii ortopedycznej w następującym kontekście: kolejności wykonywania zabiegów repozycji złamania i odtworzenia naczyń u powoda, trafności decyzji co do wybranej metody zabiegu zespolenia złamania, co z kolei ma istotny wpływ na stopień przypisanej pracownikom pozwanego Szpitala winy, będący jednym z kryteriów określenia wysokości zadośćuczynienia,
  - b) ustalenie wysokości poziomu wydatków powoda na zakup leków wyłącznie w oparciu o jego zeznania na kwotę 100 zł miesięcznie, do których zaliczono między innymi preparat (...), stosowany w leczeniu miażdżycy i cukrzycy, przy braku opinii biegłych określającej, które spośród preparatów zamieszczonych na fakturach zakupowych mają związek z leczeniem stanu po amputacji kończyny, mimo że ustalenie tej okoliczności wymaga wiadomości specjalnych,

c) dowolną ocenę opinii biegłej z zakresu rehabilitacji G. B. w zakresie kosztów rehabilitacji powoda w warunkach sanatoryjnych, które Sąd ustalił na poziomie 2.600 zł w skali roku, choć z opinii biegłej jednoznacznie wynika, że powód takiej rehabilitacji potrzebuje około raz w roku oraz, że turnusy są przez NFZ refundowane w zakresie zabiegów podstawowych, zaś dopłata wymagana od ubezpieczonego maksymalnie (w sezonie i w ośrodku o wyższym standardzie) wynosi około 750 zł,

2) art. 233 k.p.c. poprzez dowolne i sprzeczne z zasadami doświadczenia życiowego przyjęcie, że koszty dojazdów powoda do placówek służby zdrowia, które zgodnie z zeznaniami powoda mają miejsce raz na dwa miesiące u lekarza ogólnego i trzy razy w roku jeśli chodzi o rehabilitację, nadto przejazdy te odbywają się na terenie Ł., wynoszą aż 125 zł miesięcznie,

II. obrazę prawa materialnego, to jest:

1) art. 444 § 1 zdanie pierwsze k.c. w zw. z art. 361 § 1 i 2 k.c. poprzez ich błędną wykładnię, wyrażającą się w uwzględnieniu w ramach roszczenia o odszkodowanie części ceny zakupu samochodu T. (...) (z automatyczną skrzynią biegów), gdy w związku przyczynowym z doznaną przez powoda szkodą mogłyby pozostawać jedynie koszty przystosowania wówczas użytkowanego samochodu do potrzeb osoby niepełnosprawnej (na przykład przez zamontowanie dźwigni sprzęgła przy kierownicy), a nie zaś zakup nowego pojazdu,

2) 445 § 1 k.c. poprzez jego niewłaściwe zastosowanie, wyrażające się w zasądzeniu zadośćuczynienia w kwocie rażąco wygórowanej w stosunku do stopnia winy pozwanego, jak i bez uwzględnienia wysokiego stopnia prawdopodobieństwa utraty przez powoda kończyny, nawet gdyby we właściwym czasie podjęto próbę odtworzenia ciągłości naczyń krwionośnych.

Wskazując na powyższe apelujący Szpital wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez zasądzenie na rzecz powoda od pozwanych in solidum następujących kwot:

a) 80.000 zł tytułem zadośćuczynienia z ustawowymi odsetkami od dnia 21 lutego 2008 roku,

b) 53.176 zł tytułem odszkodowania z ustawowymi odsetkami od dnia 24 grudnia 2008 roku,

c) renty miesięcznej z tytułu zwiększonych potrzeb w kwotach po 574 zł, począwszy od dnia 1 lipca 2008 roku i na przyszłość, płatną do 10 dnia każdego miesiąca z ustawowymi odsetkami w przypadku uchybienia terminu płatności którejkolwiek z rat, oraz przez oddalenie powództwa w pozostałym zakresie, a nadto zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego Wojewódzkiego Szpitala (...) w Z. zwrotu kosztów postępowania w obydwu instancjach według norm przepisanych.

Pozwany ubezpieczyciel zaskarżył wyrok w części, to jest w pkt 1 lit a) w zakresie kwoty 80.000 złotych, w pkt 1 lit b) w zakresie kwoty 40.038,40 złotych, w pkt 1 lit c) w zakresie kwoty 522,60 złotych renty miesięcznej z kosztami procesu, zarzucając mu:

1. sprzeczność istotnych ustaleń Sądu z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego przez błędne przyjęcie, że skutek w postaci amputacji kończyny dolnej powoda jest wyłącznie następstwem zaniechania diagnostyki naczyniowej oraz opóźnienie wdrożenia diagnostyki i leczenia ostrego niedokrwienia lewej kończyny dolnej w pozwanym Szpitalu, z pominięciem wpływu samego urazu i prawdopodobieństwa utraty kończyny dolnej pomimo wdrożenia prawidłowego postępowania u pozwanego;

2. naruszenie prawa materialnego:

- art. 361 § 1 w związku z art. 362 kodeksu cywilnego poprzez przyjęcie pełnej odpowiedzialności pozwanych za skutek w postaci amputacji kończyny dolnej powoda, nie będący wyłącznie następstwem nieprawidłowości w procesie leczenia powoda, a wynikający z wypadku z dnia 24 października 2007 rok,

- art. 445 § 1 kodeksu cywilnego przez przyjęcie, że zachodzą przesłanki do zasądzenia zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, oraz że kwota 200.000 zł jest odpowiednia, biorąc pod uwagę wszystkie okoliczności sprawy, a także stopień winy,

- art. 444 § 1 w związku z art. 824<sup>1</sup> § 1 i w związku z art. 6 kodeksu cywilnego przez zasądzenie odszkodowania przewyższającego wysokość doznanej szkody w przypadku nieudowodnienia jej wysokości,

- art. 444 § 2 kodeksu cywilnego przez przyjęcie, że zachodzą przesłanki do zasądzenia renty z tytułu zwiększonych potrzeb, oraz że zasądzona kwota renty odpowiada usprawiedliwionym kosztom leczenia i rehabilitacji, biorąc pod uwagę wszystkie okoliczności sprawy oraz adekwatny związek zwiększonych potrzeb powoda z leczeniem w pozwanym szpitalu.

3. naruszenie przepisów postępowania, mających istotny wpływ na treść rozstrzygnięcia, a to art. 233 § 1 kodeksu postępowania cywilnego w związku z art. 328 § 2 kodeksu postępowania cywilnego poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów polegające na ustaleniu, że bez znaczenia pozostaje okoliczność, iż nawet przy prawidłowym postępowaniu w pozwanym szpitalu doszłoby do amputacji nogi z uwagi skomplikowany rodzaj obrażeń doznanych w wyniku zdarzenia z dnia 24 października 2007 roku oraz nieuwzględnieniu prawdopodobieństwa takiego skutku, będącego następstwem wyłącznie samego urazu, a nie działania personelu pozwanego szpitala, a także niewyjaśnieniu sprzeczności zawartych w opiniach biegłych sądowych w zakresie prawidłowej kolejności procedur medycznych stosowanych w procesie leczenia oraz wysokości procentowego uszczerbku na zdrowiu pozostającego w związku z działaniem personelu Wojewódzkiego Szpitala (...) w Z..

Wskazując na powyższe (...) S.A. w W. Oddział (...) w Ł. wniósł o zmianę zaskarżonego orzeczenia i oddalenie powództwa w zaskarżonej części oraz zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów postępowania za obydwie instancje sądowe, a ewentualnie o uchylenie zaskarżonego orzeczenia w całości i przekazanie sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania, przy uwzględnieniu kosztów postępowania apelacyjnego.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacje są nieuzasadnione, a ponieważ obie zawierają w zasadzie te same zarzuty i argumenty, ich omówienie nastąpi łącznie.

W ocenie Sądu Apelacyjnego, podniesione w zgłoszonym środku odwoławczym zarzuty obraży zarówno prawa procesowego, jak i materialnego są chybione, gdyż wbrew argumentom skarżącego Sąd I instancji dokonał wnikliwej, wyczerpującej, spójnej i logicznie uzasadnionej, a przez to przekonującej oceny zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, a następnie na tej podstawie poczynił poprawne i rzeczowe – z punktu widzenia istoty sprawy – ustalenia faktyczne.

Na wstępie wypada podnieść, że dla skuteczności zarzutu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c., tj. wadliwej oceny dowodów nie wystarczy stwierdzenie o błędności, czy odmienności dokonanych ustaleń faktycznych, odwołujące się do stanu faktycznego, który w przekonaniu skarżącego, nie odpowiada rzeczywistości. Konieczne jest bowiem wskazanie przyczyn dyskwalifikujących postępowanie Sądu w tym zakresie. W szczególności skarżący powinien zatem wskazać, jakie kryteria oceny naruszył Sąd przy ocenie konkretnych dowodów, uznając brak ich wiarygodności i mocy dowodowej lub niesłusznie im je przyznając (wyroku SA w Warszawie z 20.12.2006r., VI ACa 567/06, opubl. LEX nr 558390). Postawienie zarzutu obraży art. 233 § 1 kpc nie może bowiem polegać na zaprezentowaniu ustalonego przez siebie, na podstawie własnej oceny dowodów stanu faktycznego. Skarżący może tylko wskazywać, posługując się wyłącznie argumentami jurydycznymi, że Sąd rażąco naruszył zasady logicznego rozumowania oraz doświadczenia życiowego i że uchybienie to mogło mieć wpływ na wynik sprawy (wyrok SN II z 18.06.2004r., CK 369/03, opubl. LEX nr 174131). Zaś uwzględnienie przez Sąd w ocenie materiału dowodowego powszechnych i obiektywnych zasad doświadczenia życiowego nie usprawiedliwia zarzutu przekroczenia granic swobodnej oceny dowodów na tej tylko

podstawie, że indywidualne i subiektywne doświadczenia strony są od tych zasad odmienne (wyrok SN z 5.08.1999r., II UKN 76/99, opubl. w OSNP 2000/19/732).

W kontekście powyższych uwag nietrafnie skarżący zarzucają brak dokonania wszechstronnej analizy opinii biegłych. W rozpatrywanej sprawie istotnie zarysowała się rozbieżność oceny kolejności, w jakiej winny być wykonywane zabiegi lecznicze u powoda, w szczególności repozycja złamań i odtworzenie naczyń krwionośnych. Oto bowiem biegły chirurg naczyniowy stwierdził, że niekorzystne z punktu widzenia dalszych losów pacjenta było przeprowadzenie operacji ortopedycznej, krwawej repozycji złamania lewej kości udowej przy całkowitym pominięciu zarówno rozpoznania uszkodzenia tętnicy udowej, jak i próby rekonstrukcji naczyń, zwłaszcza, że operacja chirurgiczna w obrębie niedokrwionej kończyny mogła dodatkowo uszkodzić tkanki i wpłynąć negatywnie na stan mniejszych naczyń krwionośnych wchodzących w skład krążenia obocznego. Tymczasem biegli ortopedzi (opinia podpisana przez dr K. K. (2) nie może być uznana za opinię Instytutu, ta bowiem powinna być wydana kolektywnie oraz powinna wyrażać pogląd nie poszczególnych osób, lecz Instytutu, który te osoby reprezentują), uznali, że kolejność podejmowanych czynności była prawidłowa, nie mniej za błędne uznali niewykonanie rewizji operacyjnej naczyń krwionośnych okolicy złamania przy istniejących wątpliwościach i objawach niedokrwienia kończyny oraz zbyt późnym podjęciu decyzji o przewiezieniu powoda do innego szpitala w celu przeprowadzenia obiektywnego badania naczyniowego i rewizji operacyjnej naczyń. Rozbieżności ocen biegłymi różnych specjalności medycznych co do kolejności zabiegów, w omawianej sprawie był o tyle bez znaczenia, że nie wpływał ani na zasadę odpowiedzialności pozwanego Szpitala, ani na wysokość należnych powodowi świadczeń. Oto bowiem nie kolejność podejmowanych czynności, a pomimo oczywistych wskazań i objawów ostrego niedokrwienia lewej kończyny dolnej, zaniechanie poddania powoda zalecanej przez lekarzy konsultantów - chirurga ogólnego i neurologa, konsultacji powoda przez chirurga naczyniowego oraz przeprowadzenia obiektywnego badania naczyniowego (USG Doppler), a następnie rekonstrukcji uszkodzonych naczyń, co do których to zaniechań ocena wszystkich biegłych była zbieżna, zadecydowało ostatecznie o niepowodzeniu i koniecznej amputacji. Gdy zważy się, że jak wyjaśnili biegli, decydujące o powodzeniu terapii było pierwsze 6 godzin po urazie, w trakcie których występowały objawy ostrego niedokrwienia kończyny, a konsultujący powoda lekarze zalecali konsultację specjalistyczną i także badanie, to przewiezienie powoda w tym celu do Szpitala (...) dopiero po upływie niemal doby, należy uznać za karygodne i świadczące o nasileniu złej woli personelu pozwanego Szpitala. Na ocenę tą nie ma wpływu fakt, że pozwany nie dysponował odpowiednią aparaturą diagnostyczną, bowiem w takiej sytuacji winien niezwłocznie zlecić przewóz pacjenta do szpitala dysponującego odpowiednimi możliwościami diagnostycznymi, co w stanie zdrowia powoda, było nie tylko konieczne, ale także możliwe.

Wbrew stanowisku skarżących materiał dowodowy zebrany w sprawie, oceniany w świetle przesłanek art.233 § 1 k.p.c., dawał także podstawy do ustalenia, że wydatki powoda na zakup leków zamykają się kwota 100 zł miesięcznie. Ustalenie to mogło być dokonane w oparciu o dowód z przesłuchania powoda, jako pełnoprawny środek dowodowy, a także rachunki, a poza tym sama potrzeba przyjmowania środków przeciwbólowych, stosowania maści i zasypek pielęgnujących kikut i bliznę po amputacji oraz zażywanie leków uspokajających i nasennych, w świetle opinii biegłych nie może być kwestionowana. Nadto powód zażywa leki zlecane przez lekarzy prowadzących

Skarżący nie dostrzega także, że z ustnej opinii biegłej z zakresu rehabilitacji G. B. wynika, iż tak naprawdę to powód może liczyć na uzyskanie skierowania na wyjazd sanatoryjny, refundowany przez NFZ nie częściej niż co dwa-trzy lata (opinia biegle k-412), a potrzeby powoda są znacznie wyższe, tak więc nie sposób kwestionować wliczenia kosztów jednego płatnego wyjazdu sanatoryjnego w roku do zakresu usprawiedliwionych, zwiększonych potrzeb powoda. Ponadto, jak trafnie podnosił powód w odpowiedzi na apelację, przyjmuje się, że istnienie NFZ nie powoduje przejęcia przez niego odpowiedzialności za sprawców szkód na osobie. Skoro zakres potrzeb powoda zwiększył się o konieczność ponoszenia kosztów zabiegów rehabilitacyjnych, które mogą odbywać się w ramach turnusu sanatoryjnego, wyjazdowego, to obowiązkiem pozwanego, jako sprawcy szkody jest pokrycie tego typu wydatków uzasadnionych stanem zdrowia poszkodowanego.

Sąd Okręgowy nie naruszył także norm prawa procesowego, ustalając koszty dojazdów powoda do lekarzy i na rehabilitację, zwłaszcza, że poza owymi konsultacjami lekarskimi, powód musi cztery razy do roku dojeżdżać na

serie zabiegów rehabilitacyjnych, nadto winien korzystać z zabiegów usprawniających w wodzie, co także wiąże się z dojazdami na basen. Należy przy tym pamiętać, że przyznanie renty z tytułu zwiększonych potrzeb na podstawie art. 444 § 2 k.c. nie jest uzależnione od wykazania, że poszkodowany te potrzeby faktycznie zaspokaja i ponosi związane z tym wydatki. Do przyznania renty z tego tytułu wystarczy samo istnienie zwiększonych potrzeb jako następstwa czynu niedozwolonego (tak SN w wyroku z 11 marca 1976 r., IV CR 50/76, OSNCP 1977, nr 1, poz. 11).

W ocenie Sądu Apelacyjnego, bezzasadny jest także zarzut zmierzający do zakwestionowania zasądzenia kosztów związanych z zakupem samochodu, przystosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych. Przed wypadkiem T. S. był właścicielem samochodu T. (...). Samochód ten, nie mógł być przez powoda eksploatowany po amputacji kończyny, nawet po stosownym przystosowaniu, już choćby z tej przyczyny, że z uwagi na jego wielkość, powód z protezą kończyny dolnej do samochodu tego się nie mieścił i nie mógł do niego wsiąść. Powstała zatem potrzeba kupna samochodu większego, który przystosowany byłby do niepełnosprawności powoda, polegającej na braku możliwości operowania lewą nogą w trakcie prowadzenia pojazdu. Samochodem takim okazała się T. (...) zaopatrzona w automatyczną skrzynią biegów, którą ostatecznie powód kupił. Należy przy tym zwrócić uwagę, że powód kupił samochód starszy niż ten który posiadał przed wypadkiem. Nie sposób zatem mówić, że kierował się czymkolwiek innym, niż potrzebą zakupu samochodu dostosowanego do swojej niepełnosprawności. Sąd Najwyższy w wyroku z 31 maja 2001r. V CKN 253/2000 stwierdził, że odszkodowanie należne poszkodowanemu, który utracił kończynę dolną, przez co zmniejszyły się jego możliwości przemieszczania się, może w okolicznościach konkretnej sprawy obejmować koszt nabycia samochodu osobowego przystosowanego dla inwalidy. W rozpatrywanej sprawie koszt nabycia sprowadził się do różnicy pomiędzy ceną uzyskaną za samochód sprzedany, z którego powód nie mógł korzystać, a samochodem nabytym, dostosowanym do jego potrzeb.

Zaliczenie wyżej wymienionych wydatków do zwiększonych potrzeb, usprawiedliwionych stanem zdrowia powoda, które winny być rekompensowane odszkodowaniem, bądź rentą na zwiększone potrzeby, nie narusza norm prawa materialnego, w szczególności przepisów art.444 § 1 i 2 k.c.

Akceptacji Sądu Apelacyjnego nie znalazł także zarzut naruszenia art.445 § 1 k.c. polegający w ocenie skarżących na jego niewłaściwym zastosowaniu i zasądzeniu zadośćuczynienia w kwocie rażąco wygórowanej. Odnosząc się do tego zarzutu podnieść trzeba, że krzywda jako niematerialna szkoda na osobie ze swojej natury jest trudna do oszacowania w wartościach wymiernych ekonomicznie. Niemniej na podstawie bogatego orzecznictwa sądów powszechnych i Sądu Najwyższego przez lata wypracowano kryteria, w świetle których należy ustalać okoliczności determinujące rozmiar krzywdy, a w konsekwencji wymiar zadośćuczynienia, jako jej majątkowej rekompensaty. W myśl art. 361 § 2 k.c. naprawieniu w całości podlega wszelka wyrządzona szkoda, w tym szkoda niemajątkowa na osobie. Kryteria istotne przy ustalaniu „odpowiedniej” sumy zadośćuczynienia to m. in.: rodzaj i stopień naruszonego dobra (zakres i rodzaj rozstroju zdrowia, czy naruszenia funkcjonowania narządów ciała), natura i czas trwania cierpienia, wiek pokrzywdzonego, intensywność ujemnych doznań fizycznych i psychicznych, rokowania na przyszłość, konsekwencje uszczerbku na zdrowiu poszkodowanego w życiu osobistym i społecznym, stopień winy sprawcy (wyrok SN z 20.04.2006r., IV CSK 99/05, opubl. w LEX nr 198509, wyrok SN z 10.06.1999r., II UKN 681/98, opubl. w OSNP 2000/16/626, wyrok SN z 18.12.1975r., I CR 862/75, opubl. w LEX nr 7781, wyrok SN z 13.03.1973r., II CR 50/73, opubl. w LEX nr 7228 wyrok SA w Katowicach z 3.11.1994r., III APr 43/94, opubl. w OSA 1995/5/41).

Z uwagi na ocenny charakter kryteriów ustalenia konkretnej kwoty tytułem zadośćuczynienia, jej określenie jest ze swej istoty objęte sferą swobodnej oceny sędziowskiej, co oczywiście nie może oznaczać dowolności (postanowienie SN z 27.07.2005r., II KK 54/05, LEX nr 152495). Stąd określając wysokość należnego tytułem zadośćuczynienia świadczenia pieniężnego Sąd musi się kierować wskazanymi wyżej kryteriami, mając na uwadze całokształt okoliczności każdego rozpatrywanego przypadku. Przy czym w tym miejscu należy podnieść, że na etapie postępowania apelacyjnego Sąd II instancji może dokonać korekt zasądzonych przez Sąd I instancji zadośćuczynienia tylko wtedy, gdy Sąd ten nie uwzględnił wszystkich okoliczności i czynników uzasadniających przyznane świadczenie, dopuszczając się tzw. „błędu braku” albo niewłaściwie ocenił całokształt tych - należycie ustalonych i istotnych okoliczności, popełniając tzw. „błąd dowolności” (wyrok SA w Lublinie z 10.05.2001r., II AKa 81/01, opubl. w OSA 2001/12/96). Stąd korygowanie przez Sąd II instancji zasądzonych zadośćuczynienia może być aktualne w zasadzie

tylko wtedy, gdy przy uwzględnieniu wszystkich okoliczności sprawy, mających wpływ na jego wysokość, jest ono niewspółmiernie nieodpowiednie, tj. albo rażąco wygórowane, albo rażąco niskie (wyrok SN z 18.11.2004r., I CK 219/04, opubl. w LEX nr 146356).

Przenosząc powyższe rozważania na grunt analizowanego przypadku należy dostrzec, że nie kwestionując tych elementów, które w ocenie Sądu I instancji miały wpływ na wysokość przyznanego zadośćuczynienia, w tym ogromny zakres cierpień psychicznych i fizycznych doznawanych przez powoda w wyniku amputacji kończyny dolnej oraz wpływu tego okaleczenia na życie powoda i jego dalsze perspektywy, pozwani podnieśli, iż Sąd ten nie uwzględnił wysokiego stopnia prawdopodobieństwa utraty przez powoda kończyny, nawet gdyby we właściwym czasie podjęto próbę odtworzenia ciągłości naczyń krwionośnych. Z zarzutem tym nie sposób się zgodzić. Oczywiście w przypadku urazu powoda, jak w niemal każdej sytuacji wymagającej przeprowadzenia poważnego zabiegu operacyjnego, istnieje ryzyko niepowodzenia. Nie oznacza to jednak, że ryzyko to powinno wpływać na zakres odpowiedzialności sprawcy szkody, wywołany błędem diagnostycznym, czy leczniczym. Po pierwsze w świetle opinii biegłych ryzyko niepowodzenia było znacznie mniejsze niż prawdopodobieństwo uratowania i wyleczenia złamanej kończyny. Po wtóre konieczność amputacji kończyny wywołana została nie urazem i skomplikowanym złamaniem, które przecież udało się skutecznie zespolić, ani samym urazem naczyniowym, który także poddany został skutecznej operacji, ale martwicy tkanek, spowodowanej niedokrwieniem kończyny przez ponad dobę, który to stan był wynikiem błędów i zaniechań, szczegółowo opisanych w opiniach biegłych, a obciążających personel pozwanego Szpitala. Tym samym to zaniechanie rozpoznania i leczenia rozerwanej urazem tętnicy spowodowało brak możliwości zachowania kończyny i konieczność jej amputacji, niezależnie od szans na wyleczenie powoda. Działanie pozwanego zatem pozbawiło powoda szans na powrót do pełnej sprawności ruchowej. Po trzecie wreszcie, to postępowanie personelu pozwanego Szpitala doprowadziło do konieczności amputacji kończyny tak wysoko, co bardzo utrudnia jej zaprotezowanie i dodatkowo pogarsza stan zdrowia powoda, upośledzając statykę kręgosłupa i przyspieszając rozwój zmian zwyrodnieniowych. Narastające zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa z wielokrotnością z kolei występowanie zespołów bólowych kręgosłupowo-pochodnych, które wpływają na ograniczenie zdolności lokomocyjnej i mogą doprowadzić do przepukliny jądra miążdżystego i konieczności przeprowadzenia zabiegów operacyjnych w celu odciążenia struktur nerwowych rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych.

Wypada także zgodzić się z Sądem I instancji, że przyczyny urazu i ewentualne przyczynienie się powoda do wypadku, w żaden sposób nie wpływają na zakres odpowiedzialności Szpitala za powstanie szkody pozostającej w adekwatnym związku przyczynowym z błędami popełnionymi przez jego personel medyczny.

Mając powyższe na uwadze Sąd Apelacyjny na podstawie art.385 k.p.c. oddalił apelacje pozwanych, jako bezzasadne, zaś na podstawie art.98 § 1 k.p.c. w związku z art.391 § 1 k.p.c., zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik procesu, zasądził od pozwanych solidarnie na rzecz powoda kwotę 2.700 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.