

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 9 kwietnia 2015 r.

Sąd Apelacyjny w Krakowie – Wydział I Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Hanna Nowicka de Poraj (spr.)
Sędziowie:	SSA Władysław Pawlak SSA Marek Boniecki
Protokolant:	sekr.sądowy Katarzyna Rogowska

po rozpoznaniu w dniu 9 kwietnia 2015 r. w Krakowie na rozprawie

sprawy z powództwa I. D.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w C.

przy interwencji ubocznej J. S.

o zapłatę i ustalenie

na skutek apelacji powódki

od wyroku Sądu Okręgowego w Krakowie

z dnia 5 listopada 2014 r. sygn. akt I C 331/11

oddala apelację.

I ACa 94/15

UZASADNIENIE

Powódka I. D. domagała się zasądzenia od pozwanego (...) Oddział w C. kwoty 1 000 000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę na podstawie art. 445 § 1 k.c. wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu oraz renty w wysokości 1 000 zł miesięcznie tytułem naprawienia wyrządzonej szkody na podstawie art. 444 § 2 k.c. Wniosła ponadto o ustalenie odpowiedzialności pozwanego za skutki zdarzenia z dnia 06 stycznia 2010 r. na przyszłość oraz o zasądzenie na jej rzecz od pozwanego kosztów procesu.

W uzasadnieniu powódka wskazała, że w dniu 06 stycznia 2010 r, na zlecenie pozwanego, była badana przez J. S. – lekarza neurologa, orzecznika ZUS. Przed badaniem lekarz zapoznał się z dokumentacją medyczną powódki, wiedział zatem, że przebyła ona wcześniej dwa poważne zabiegi operacyjne okolicy kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego.

Przy wykonywaniu badania J. S. nie zachował należytej ostrożności; gwałtownie i nagle uniósł najpierw jedną, a potem drugą nogę powódki, wysoko do góry, czym doprowadził do uszkodzenia przewodnictwa nerwowego w obszarach unerwienia przez nerwy kulszowe, co wywołało u powódki silny ból, a następnie zaburzenia czuciowe i ruchowe. Uszkodzenia powódki będące następstwem urazu jatrogennego zostały potwierdzone badaniami jakie następnie w dniach 07.01.2010 r. w A. i 13.01.2010 r. w Ż. a nadto ujawniło je badanie (...) z dnia 25.01.2010 r. W ocenie powódki doszło do uszkodzeń przedsplotowych wyłączających prawidłowe funkcjonowanie obydwu splotów w części odpowiedzialnej za włókna przewodzące impulsy od splotów krzyżowo-lędźwiowych do obszaru nerwów obwodowych, czyli nerwów piszczelowych obydwu kończyn dolnych, skutkujących dalszymi uszkodzeniami w narządzie ruchu i eliminacją powódki z życia społecznego oraz rodzinnego.

Lekarz orzecznik, badając powódkę, działał w imieniu ZUS-u, co uzasadnia wskazanie tego ostatniego podmiotu, jako pozwanego w sprawie. To ZUS ponosi odpowiedzialność za następstwa zdarzenia, które wywołały trwałe rozstrój zdrowia i kalectwo ruchowe powódki. Dysfunkcje te pozostają w normalnym związku przyczynowo-skutkowym z badaniem lekarza.

Kwotę dochodzonego zadośćuczynienia w wysokości 1 000 000 zł oraz renty stałej w kwocie 1 000 zł miesięcznie powódka uzasadniała swoim młodym wiekiem w chwili zdarzenia oraz tym, że obok dotkliwych skutków zdarzenia, jakie będzie odczuwać w przyszłości musi comiesięcznie ponosić znaczne koszty rehabilitacji, dojazdów na leczenie, nie może również podjąć korzystnej pracy pozostając na rencie.

Pozwany Zakład Ubezpieczeń Społecznych w C. wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powódki kosztów procesu.

Pozwany wskazał, że z dokumentacji medycznej powódki wynika, że jej stan zdrowia, w tym stan psychiczny i neurologiczny związany z chorobami kręgosłupa, od 2009 r. stale się pogarszał. Zaprzeczył, by pogorszenie to, pozostawało w jakimkolwiek związku przyczynowym z badaniem wykonanym przez lekarza J. S. w dniu 06 stycznia 2010 r. Pozwany zakwestionował również wysokość dochodzonych świadczeń. Wskazał ponadto, iż jego odpowiedzialność musi zostać oceniona wedle przesłanek określonych w art. 429 k.c. W ocenie pozwanego nie ponosi on winy w wyborze osoby lekarza konsultanta J. S. z którym zawarta była umowa o dzieło.

Działający w charakterze **interwenienta ubocznego** po stronie pozwanej **J. S.** wniósł o oddalenie powództwa w całości iż zasądzenie od powódki na jego rzecz kosztów postępowania. Wskazał, że badania neurologicznego w dniu 06 stycznia 2010 r. nie mógł przeprowadzić z uwagi na bierną postawę powódki, dlatego nie mógł też wywołać u niej żadnych negatywnych skutków odnośnie stanu zdrowia.

Sąd Okręgowy w Krakowie wyrokiem z dnia 5 listopada 2014 r., oddalił powództwo i nie obciążał powódki kosztami postępowania.

Rozstrzygnięcie powyższe zostało poprzedzone następującymi ustaleniami faktycznymi.

W dniu 11 lipca 2008 r. powódka, wówczas 35-letnia, podniosła trzyletnią córkę i następnie poczuła silny ból okolicy L-S kręgosłupa promieniujący do kresy pośladkowej prawej i ku dołowi do kończyny prawej dolnej z dodatkowo odczuwanym uczuciem drętwienia tych okolic. Powódka zgłosiła się do ZOZ w S., gdzie była hospitalizowana na Oddziale Neurologicznym w dniach od 14 lipca 2008 r. do 22 lipca 2008 r. z rozpoznaniem dyskopatii L5-S1 z wypukleniem krążka międzykręgowego i z zespołem bólowym krzyżowo-lędźwiowym prawostronnym. Fizykalnie stwierdzono ograniczenie ruchomości kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego, objaw L.'a po stronie prawej dodatki w kończynie dolnej prawej przy 60 stopniach. Powódka nie miała prawego odruchu skokowego i osłabione czucie powierzchniowe w kończynie dolnej prawej. W badaniu neurologicznym w zakresie kończyn dolnych stwierdzono ruchy bierne i czynne w pełnym zakresie.

Po wypisaniu ze szpitala powódka nadal odczuwała bóle kręgosłupa w odcinku krzyżowo-lędźwiowym z utrzymywaniem się objawów rwy kulszowej i drętwieniem powierzchni zewnętrznych. Została zatem ponownie

skierowana na Oddział Neurologiczny ZOZ w S., gdzie przebywała w okresie od 26 września 2008 r. do 01 października 2008 r. U powódki rozpoznano wypadnięcie jądra miażdżystego z zespołem bólowym krzyżowo – lędźwiowym prawostronnym. Przy przyjęciu stwierdzono nasilenie bólu kręgosłupa lędźwiowo–krzyżowego, z promieniowaniem do lewej nogi. Ponadto powódka cierpiała z powodu bólu i drętwienia prawej ręki. W dokumentacji wskazano wówczas znaczne ograniczenie ruchomości kręgosłupa lędźwiowo–krzyżowego, zaś objaw L.'a powódka miała obustronnie dodatni przy 20 stopniach. Badanie wskazało również na osłabienie siły zginacza grzbietowego stopy prawej. W badaniu neurologicznym powódki ujawniono osłabioną siłę mięśniową zginacza grzbietowego stopy prawej, brak prawidłowego odruchu skokowego, brak odruchu podeszwowego prawego i lewego.

Kolejno powódka została zakwalifikowana do leczenia operacyjnego i w dniu 08 października 2008 r. zgłosiła się do Szpitala (...) w K., Klinicznego Oddziału Neurochirurgicznego i Neuropatologii. Rozpoznano u powódki zespół bólowy kręgosłupa, rwę kulszową obustronną z przewagą strony prawej, przepuklinę jądra miażdżystego przestrzeni L5/S1, zwężenie zwyrodnieniowe odcinka L-S kręgosłupa. W badaniu neurologicznym przy przyjęciu stwierdzono również, że powódka chodzi z trudem, nie odrywając stóp od podłoża, kręgosłup jest w przodopochyleniu, ze zniesioną lordozą lędźwiową. Napięcie przykręgosłupowe jest bardzo wzmożone, występuje niedowład zginaczy grzbietowych obu stóp, szczególnie prawej, słabe odruchy symetryczne i osłabione czucie w zakresie L-5 prawej strony. Z uwagi na powyższe w dniu 09 października 2008 r. powódkę poddano operacji fenestracji L5/S1 po stronie prawej, usunięcia przepukliny jądra miażdżystego L5/S1 ze stabilizacją międzywyrostkową dynamiczną typu (...) S. L4/L5, L5, S1. Przebieg leczenia pooperacyjnego był niepowikłany, zmniejszyły się dolegliwości bólowe i poprawiła postawa powódki. W dniu 14 października 2008 r. została wypisana do domu.

Powódka nie odczuwała jednak znaczącej poprawy stanu zdrowia, nadal występowały u niej silne bóle okolicy lędźwiowo-krzyżowej promieniujące do prawej nogi. W styczniu 2009 r. przeprowadzono u powódki badanie radiologiczne MR kręgosłupa odcinka lędźwiowo - krzyżowego bez i z kontrastem, wykazując stan po fenestracji i implantacji na poziomach L4/L5 i L5/S1, obniżenie wysokości przestrzeni międzytrzonowych z częścią dehydratacji krążka na poziomie L5/S, gdzie uwidoczniło niewielkie uwypuklenie resztkowej tarczy międzykręgowej.

W marcu 2009 r. powódka pozostawała w leczeniu (...) "M." Poradni Neurologicznej w A. z powodu bólów w prawej nodze. Zalecono M., T. i P..

W czerwcu 2009 r., w związku z nagle nasilającymi się bólami kręgosłupa odcinka szyjnego, piersiowego i lędźwiowo-krzyżowego, po przyjęciu zastrzyków przeciwbólowych powódka zasłabła, po czym została przewieziona do Szpitala ZOZ w S., gdzie w dniach od 2 czerwca 2009 r. do 10 czerwca 2009 r. była hospitalizowana na Oddziale Neurologicznym z rozpoznaniem dyskopatii L5-S1 zespołu bólowego kręgosłupa L-S i Th i C. Lekarze ustalili, że bóle kręgosłupa pochodzą z poziomu odcinka piersiowego kręgosłupa, rozpoznano również znaczące ograniczenie ruchomości odcinka szyjnego i piersiowego kręgosłupa, zaś badanie (...) ujawniło u powódki zmiany zwyrodnieniowe poziomu (...) - (...), na poziomie (...) - (...) nieznacznie centralną wypuklinę przylegającą do rdzenia i powodującą kolizję z nerwami rdzeniowymi. Objaw L.'a dodatni pod kątem 30 stopni. W badaniu neurologicznym w zakresie kończyn dolnych stwierdzono napięcie mięśniowe wzmożone, zaś odruchy podeszwowe lewy i prawy nieobecne. W trakcie pobytu uzyskano niewielką poprawę stanu zdrowia pacjentki.

Powódka zgłosiła się kolejno z dolegliwościami bólowymi głównie po stronie bocznej i przyśrodkowej kręgosłupa do Kliniki (...) Sp. z o.o. w Ż., gdzie zaoferowano jej leczenie operacyjne. Operacja miała miejsce w dniu 07 grudnia 2009 r. W jej trakcie dokonano usunięcia stabilizatorów (...), uwolnienia ze zrostów korzenia S1 po prawej, stabilizacji transpedikularnej L4-L5-S. S., usztywnienia międzytrzonowego L4/L5, L5/S. C. z przeszczepem autogennym. Przebieg leczenia pooperacyjnego odbył się bez powikłań. W stanie ogólnym miejscowym dobrym powódka w dniu 11 grudnia 2009 r. została wypisana z kliniki z zaleceniami: oszczędnego trybu życia, noszenia pasa lędźwiowego 5h/dobę, z zakazem przeciążania kręgosłupa, wykonywania skłonów i ruchów skrętnych tułowia, zaleceniem wykonywania ćwiczeń izometrycznych mięśni brzucha i przykręgosłupowych, kontroli ortopedycznej celem usunięcia szwów za 9 dni oraz kontroli stanu ortopedycznego u lekarza prowadzącego po 4 tygodniach od zabiegu. Powódce wystawiono zwolnienie lekarskie L4 na okres 4 tygodni.

Powódka w dniu 04 stycznia 2010 r. otrzymała skierowanie na zabiegi fizykoterapeutyczne: ćwiczenia izometryczne, laser, naukę chodu i magnetronik. W okresie od 07 stycznia 2010 r. do 20 stycznia 2010 r. powódka wykonywała zalecone ćwiczenia.

Pozwany w dniu 30 grudnia 2009 r. zawarł umowę o dzieło nr (...) z lek. med. J. S. na czas od 01.01.2010 r., do 31.12.2010 r. na mocy której lekarz zobowiązał się do sporządzania opinii na formularzach przekazywanych przez (...) Oddział w C. po przeprowadzeniu bezpośredniego badania i po analizie dokumentacji medycznej i zawodowej (akta osoby badanej) w sprawach dotyczących osób wskazanych przez pozwanego.

Powódka miała zagwarantowany zasilek rehabilitacyjny do dnia 06 stycznia 2010 r., dlatego złożona została dokumentacja celem zakwalifikowania powódki do świadczenia rentowego ZUS i oceny specjalistycznej schorzeń wymienionych w dokumentacji, w aspekcie prawidłowości ich rozpoznania, z uwzględnieniem ograniczenia zdolności do pracy spowodowanej schorzeniami powódki. Pozwany skierował do powódki wezwanie na badanie orzecznicze do lekarza konsultanta J. S., specjalisty neurologii, w jego gabinecie lekarskim w C., na dzień 06 stycznia 2010 r. Powódkę na badanie przywiózł taksówkarz P. D., który wprowadził ją do gabinetu lekarskiego, a następnie pomógł zdjąć buty i wyszedł z gabinetu. Powódka była pobudzona, napięta, nastawiona negatywnie do badania. Swoją postawę tłumaczyła trudną sytuacją rodzinną i zdrowotną. Po zdjęciu gorsetu lędźwiowego powódka odmawiała wykonania czynności twierdząc, że lekarze zabronili jej tego. Po namowach lekarza położyła się na wznak, ale nadal nie podejmowała współpracy. Lekarz dokonał oceny objawów oponowych, osadzenia gałek ocznych, ruchów i zachowań źrenic. Powódka przy próbie podniesienia jej nóg do góry zaczęła krzyczeć, tak też nie było możliwości oceny objawów korzeniowych ani też ruchomości kręgosłupa. J. S. dokonał jedynie badania odruchów skokowych stwierdzając ich brak. Uznał powódkę za osobę zdolną do pracy i nie wymagającą rehabilitacji i oraz przekwalifikowania zawodowego, z przeciwwskazaniem przy pracach wymagających dźwigania ciężarów i w utrwalonej pozycji schylonej. Rozpoznał u powódki przewlekły zespół bólowy kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego L-S na tle zmian zwyrodnieniowych i stan po operacji neukletomii L5-S1 w październiku 2008 r. oraz reoperacji w grudniu 2009 r.

Powódka tego samego dnia skonsultowała się neurologicznie z lek. med. M. P. z (...) "M." Sp z o.o. w A.. Wizyta ta była przeprowadzona w trybie pilnym, a jej uzasadnieniem było to iż " w trakcie próby ubierania się powódka miała poczuć nagły ból nie do wytrzymania" w miejscu operacji. Powódka zadzwoniła też do dr M. Ś., który operował ją w Szpitalu w Ż.; ten nakazał jej leżenie i zgłoszenie się na planowaną wizytę w dniu 13 stycznia 2010 r. Powódka w dniu 11 stycznia 2010 r. zasięgnęła ponownie porady neurologicznej w (...) "M." Poradni Neurologicznej w A., skarżąc się na bardzo ostry ból po badaniu w ZUS-ie, stwierdzono brak możliwości samodzielnego poruszania się powódki, lecz nie zlecono badania rtg. W dniach od 7 stycznia do 13 stycznia powódka przyjmowała leki przeciwbólowe i wykonywała ćwiczenia rehabilitacyjne.

W dniu 13 stycznia 2010 r. powódce została udzielona porada lekarska, podczas której dr n. med. M. Ś. stwierdził, że pacjentka do pokoju weszła przy asekuracji balkonika, miała chód powolny, na palcach, niewydolny. Wykazano osłabienie siły prostowników i zginaczy 3 wg Laweta, osłabienie czucia powierzchownego w dermatomie S1 i L5 w obrębie obu stóp. Ponadto stwierdzono bolesność uciskową mięśni przykręgosłupowych w całym odcinku lędźwiowym i objaw L'a dodatni przy 55° zgięciach obustronnie. Powódka zgłaszała lekarzowi, że pogorszenie nastąpiło u niej od dnia 6 stycznia 2010 r. po badaniu w ZUS. Powódce zalecono rehabilitację, elektrostymulację, chodzenie w gorsecie do 5 godzin na dobę oraz wykonanie badania (...) kończyn dolnych. W dniu 25 stycznia 2010 r. wykonano powódce badanie (...), które wykazało prawidłowość przewodzenia we włóknach ruchowych nerwów piszczelowych oraz we włóknach czuciowych nerwów łydkowych, zmienną asymetrię odpowiedzi ruchowej po stymulacji nerwów strzałkowych na niekorzyść strony lewej (powyżej 50%), co sugerowało ubytek czynnych włókien ruchowych tego nerwu. Prędkość przewodzenia we włóknach ruchowych nerwów strzałkowych w badanym zakresie była prawidłowa. We wnioskach wskazano na ubytek czynnych włókien ruchowych nerwu strzałkowego, brak fali F ze stymulacji nerwu strzałkowego, zaś całość badania sugerował uszkodzenie w odcinku proksymalnym najprawdopodobniej korzeniowym. Podczas prywatnego badania w dniu 02 lutego 2010 r. dr n.med. M. Ś. stwierdził, iż I. D. poruszała się z użyciem balkonika, miała powolny chód, na palcach i piętach, niewydolny. Wykazano osłabienie siły prostowników

i zginaczy 3 wg Laweta, występowanie objawu L.'a dodatniego przy 55 stopniach zgięciach po prawej stronie 70 stopniach po lewej. Lekarz wskazał, że u powódki po zabiegu w Ż. następowała poprawa, zaś w styczniu 2010 r. pogorszenie, doszło do osłabienia stóp i nasilenia bólu.

Powódka orzeczeniem (...) do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności z dnia 27 lutego 2010 r. została uznana na osobę o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności.

Powódka, w dniu 11 marca 2010 r. podjęła próbę samobójczą zażywając 2 g karbamazepiny, po czym została przewieziona do Szpitala w W. na Oddział Wewnętrzny, gdzie przebywała 1 dobę. W okresie od 12 marca 2010 r. do 18 marca 2010 r. powódka została przyjęta do Wojewódzkiego Szpitala (...) w A.. Rozpoznano u niej reakcję sytuacyjną, stan po zatruciu lekami w celach samobójczych, stan po operacji kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego i niedokrwistość małego stopnia. W trakcie hospitalizacji dokonano oceny stanu neurologicznego powódki stwierdzając m.in.: prawidłowość ruchów i siły kończyn górnych, odruchów ścięgniastych, prób mózdkowych i napięcia mięśniowego również. U powódki odruchy brzuszne były zachowane, w kończynach dolnych występowało ograniczenie ruchomości, siła zmniejszona zwłaszcza po stronie lewej, napięcie wzmożone, odruchy kolanowe - lewy osłabione, prawy zniesiony. Odruchy ze ścięgna A. miała obustronnie zniesione, zaś próba R. była ujemna. Lekarze stwierdzili u badanej powolny chód, powłóczenie prawej kończyny dolnej. Czucie powierzchniowe i głębokie zachowane. Objawy oponowe ujemne, ruchy mimowolne /dyskineza brak, objawy Zespołu (...) brak.

W dniach od 22 do 26 marca 2010 r. powódka przebywała w Klinice (...) Sp. z o.o. w Ż. z rozpoznaniem przewlekłego zespołu bólowego kręgosłupa lędźwiowego z obustronną neuralgią i towarzyszącym niedowładem kończyn dolnych. Przyjęto ją do kliniki z powodu silnego bólu kręgosłupa lędźwiowego z uczuciem rozpychania podudzi. Zalecono pilną rehabilitację, brak było wskazań do kolejnej operacji. W czerwcu 2010 r. powódka otrzymała skierowanie do (...) w Wojewódzkim Szpitalu w B., gdzie przebywała w okresie od 23 sierpnia 2010 r. do 31 sierpnia 2010 r. Powódka leczyła się w tej poradni jeszcze trzykrotnie we wrześniu, październiku i grudniu 2010 r.

Z uwagi na nawracające zaburzenia depresyjne powódka ponownie trafiła do Wojewódzkiego S. Psychiatrycznego w A., gdzie przebywała od 07 września 2010 do 29 października 2010 r. Powodem przyjęcia była kolejna próba samobójcza – usiłowanie powieszenia się, a następnie dokonanie ran ciętych przedramienia przy pomocy noża. Po przyjęciu w wyniku badania neurologicznego stwierdzono osłabienie siły mięśniowej w obrębie dłoni powódki. Napięcie mięśniowe obniżone w zakresie przedramion, odruchy ścięgniaste zachowane. U powódki wykonano próby mózdkowe – ujemne, zaś odruchy brzuszne miała zachowane miernie, żywe. W obrębie kończyn dolnych stwierdzono brak siły mięśniowej w zakresie obu podudzi, niewielką siłę mięśni w zakresie obu ud. Brak było odruchów kolanowych, a napięcie w obu nogach powódka miała obniżone. Lekarze stwierdzili również zaburzone uczucie ciepła i zimna.

W okresie od 09 maja 2011 r. do 16 maja 2011 r. powódkę leczono na Oddziale Neurochirurgicznym Wojewódzkiego Szpitala w W. z rozpoznaniem: stan po dwukrotnej operacji kręgosłupa lędźwiowego, usunięciu dysku L5/S1 i stabilizacji międzykolczystej L4/L5, L5/S1 ((...)) w 2008 roku oraz po usunięciu stabilizatorów międzykolczystych, uwolnieniu ze zrostów korzenia S1 po prawej i wykonaniu stabilizacji międzynasadowej i międzytrzonowej L4-L5-S1 w 2009 roku; obustronna przewlekła lumboischialgia; niedowład wiotki dystalny kończyn dolnych oraz niedowład prostowników prawego stawu kolanowego. W trakcie pobytu u powódki przeprowadzono leczenie operacyjne dwuetapowe polegające na wszczepieniu elektrody i stymulatora rdzenia kręgowego. Zabieg poprzedzono próbą zewnętrzną stymulacją, która wykazała znaczną poprawę w zakresie dolegliwości bólowych i dobrą tolerancję parestezji wywoływanych przez stymulację.

W oparciu o opinię biegłych Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej C. U., Sąd Okręgowy ustalił, że powódka, od lipca 2008 roku, cierpi na chorobę wielopoziomową dyskopatię, z wypadnięciem jądra miażdżystego na poziomie L5/S. Z tego też powodu była leczona operacyjnie w 2008 i 2009 r. Do naturalnych następstw tego samoistnego schorzenia należą objawy rezydualne polegające na utrzymywaniu się uszkodzeń nerwów obwodowych na skutek trwającej kolizji z nerwem rdzeniowym. Już przyjęciu powódki do Kliniki (...) w K. (2008 r) nie było możliwe

u powódki zgięcie grzbietowe obu stóp z tym, że silniej było wyrażone ono po stronie prawej. Badanie odruchów rozciągowych polega między innymi na unoszeniu nogi w taki sposób, aby skontrolować przy jakim kącie uniesienia pojawia się objaw bólowy na tylnej powierzchni uda w związku z przebiegiem nerwu kulszowego na tylnej powierzchni uda do splotu krzyżowego, a ze splotu krzyżowego do otworów międzykręgowych znajdujących się w poszczególnych przestrzeniach międzykręgowych. Nie jest możliwe, podczas badania odruchów rozciągowych, wykonanie takiego pociągania, za którykolwiek z nerwów obwodowych, aby przemieścić splot krzyżowy i doprowadzić do pociągnięcia nerwu rdzeniowego tworzącego splot krzyżowy, aby doprowadzić do jego uszkodzenia. Zarówno nerwy obwodowe jak i sploty krzyżowe są w obrębie tkanki łącznej umiejscowione w taki sposób, iż nie jest możliwe ich przemieszczanie podczas badania odruchów rozciągowych, tak, by doprowadzić do ich uszkodzenia. W przypadku kolizji nerwu rdzeniowego z tarczą międzykręgową, uwięźnięcie korzenia nerwowego w zrostach, podczas dyskretnego pociągnięcia za struktury nerwowe, wywołuje reakcję bólową. Nie ma to jednak nic wspólnego z naderwaniem nerwu lub jego innym uszkodzeniem mechanicznym. Należy zwrócić uwagę, iż u osoby zdrowej nie dotkniętej przykurczami tylnej grupy zginaczy uda możliwe jest zgięcie w stawie biodrowym do kąta między 90° a 100° , co w żaden sposób nie prowadzi do uszkodzenia nerwu kulszowego ani nerwów rdzeniowych. W przypadku gdyby nerwy rdzeniowe tworzące splot krzyżowy ulegały uszkodzeniu po gwałtownym zgięciu kończyny w stawie biodrowym przy wyprostowanym kolanie, to z uwagi na fakt, że jest to dość często wykonywany ruch, wielu ludzi miałoby wtedy uszkodzony splot krzyżowy lub nerwy rdzeniowe w odcinku lędźwiowo-krzyżowym, a tak nie jest. Splot lędźwiowo-krzyżowy i nerwy rdzeniowe, z których powstaje, są anatomicznie jedną z najlepiej chronionych struktur, w tym przed urazami polegającymi na pociąganiu za włókna nerwowe.

Z tych przyczyn, opierając się na opinii biegłych, Sąd Okręgowy odrzucił związek przyczynowy między badaniem neurologicznym, w dniu 6 stycznia 2010 r, niezależnie od rękoczynów jakie wykonano w trakcie jego trwania, a stanem neurologicznym powódki, który spowodowany jest wyłącznie schorzeniem samoistnym do jakich zalicza się choroba zwyrodnieniowa krążka międzykręgowego kręgosłupa. Sąd wskazał na spostrzeżenie biegłych, iż powódka w trakcie badania w ich pracowni zachowywała się podobnie jak w trakcie badania u lekarza konsultanta. Prezentowane zachowania przez powódkę wskazują na silną komponentę agrawacyjną odczuwanych dolegliwości.

Podstawa powyższych ustaleń była dokumentacja medyczna obrazująca rodzaj schorzeń na jakie cierpi powódka i przebieg ich leczenia. Ustalając przebieg wizyty powódki w gabinecie lekarza orzecznika J. S. Sąd Okręgowy miał na uwadze zeznania interwenienta ubocznego, które uznał za miarodajne. W ocenie Sądu to relacja lekarza a nie powódki pozostawały w spójnej relacji z innymi dowodami, w szczególności z dowodem z opinii biegłych Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej C. U.. Brak związku przyczynowego pomiędzy badaniem powódki przeprowadzonym w dniu 6 stycznia 2010 r a obecnym stanem jej zdrowia, Sąd Okręgowy ustalił w oparciu o Stan faktyczny sprawy Sąd ustalił także w oparciu o w/w opinię sędowo-lekarską. W ocenie Sądu, zawarte w opinii podstawowej i uzupełniającej wnioski biegłych zostały wywiedzione zgodnie z zasadami logiki, w jednoznaczny i nie budzący wątpliwości sposób. Biegli odnieśli się do zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, uwzględnili jego dotychczasowe wyniki oraz rozważyli zagadnienia opisane w odezwie, w sposób przystępny i zrozumiały przedstawiając je w treści opinii. Rzeczowość opinii i miarodajność przyjętych konkluzji, odpowiadająca wskazaniom doświadczenia życiowego, nie pozwalały na skuteczne zakwestionowanie ich ostatecznych wniosków. Powódka przedstawiła szereg zarzutów do opinii pierwotnej i uzupełniającej biegłych sądowych, do których ustosunkowali się oni w przystępny oraz logiczny sposób wyjaśnili wszelkie wątpliwości, co do wydanego sprawozdania sędowo-lekarskiego.

Oceniając powyższe ustalenia faktyczne Sąd Okręgowy **uznał powództwo za bezzasadne.**

Istotnym dla przyjęcia odpowiedzialności strony pozwanej byłoby wykazanie przez powódkę – na której, zgodnie z art. 6 k.c., spoczywał ciężar dowodu w tym zakresie – istnienia związku przyczynowo-skutkowego między badaniem, przeprowadzonym przez lekarza konsultanta ZUS J. S. w dniu 06.01.2010 r., a późniejszym pogorszeniem stanu zdrowia powódki w szczególności dalszych dolegliwości bólowych kręgosłupa lędźwiowego i problemów z chodzeniem oraz normalnym funkcjonowaniem. A zatem, rozstrzygnięcie o zasadności roszczeń odszkodowawczych zależało od oceny – na zasadzie art. 233 §1 k.p.c. – dowodów wskazanych przez powódkę dla stwierdzenia istnienia związku przyczynowego (relacji następstwa czyn – szkoda). Sąd podkreślił, że korzystanie przy ocenie dowodów, ze swobody,

opartej na własnym przekonaniu, musi znajdować należyte uzasadnienie w logicznym rozumowaniu oraz wnioskach płynących z doświadczenia życiowego.

W okolicznościach niniejszej sprawy, wobec jednoznacznych ustaleń stanu faktycznego, opartego m.in. na opinii (...) w K., brak jest podstaw do stwierdzenia związku przyczynowo-skutkowego w powołanym rozumieniu pomiędzy badaniem powódki w dniu 06 stycznia 2010 r, przez lekarza konsultanta ZUS, a pogorszeniem jej stanu zdrowia. Powódka nie udowodniła, aby podczas przeprowadzanego badania doszło do badania odruchów rozciągowych, a nawet jeśli do takiego badania doszło to brak jest możliwości wykonania takiego pociągania nerwów obwodowych, aby dokonać przemieszczenia splotu krzyżowego, które w konsekwencji prowadziłyby do uszkodzenia nerwu rdzeniowego tworzącego splot krzyżowy. Biegli w wydanej opinii podkreślili, iż niezależnie od wykonanych w trakcie badania rękoczynów należy odrzucić związek przyczynowy pomiędzy badaniem neurologicznym powódki w dniu 06 stycznia 2010 r. a stanem neurologicznym powódki po badaniu, który jest spowodowany wyłącznie rozwijającą się u powódki chorobą – schorzeniem samoistnym kręgosłupa. Ponadto powódka w zakresie dochodzonego roszczenia o zasądzenie renty w wysokości 1 000 zł, ograniczyła się jedynie do zgłoszenia żądania w pozwie i wskazania wysokości kwoty, w żaden sposób nie wskazując jakie są przesłanki tego roszczenia i jego wysokości. Powódka nie wykazała ani faktu istnienia zwiększonych potrzeb, ani zmniejszenia widoków na przyszłość mających stanowić wynik bezprawnego działania pozwanego. Nadto z uwagi na brak odpowiedzialności strony pozwanej za skutki badania z dnia 06 stycznia 2010 r. nie było podstaw do uwzględnienia żądania powódki ustalenia odpowiedzialności pozwanego za skutki w/w badania, jakie mogą ujawnić się w przyszłości.

Mając powyższe na uwadze powództwo podlegało oddaleniu. Uwzględniając trudną sytuację materialną, w jakiej znajduje się powódka, Sąd Okręgowy – stosownie do art. 102 k.p.c. – odstąpił od obciążania jej obowiązkiem zwrotu kosztów procesu.

Wyrok Sądu Okręgowego zaskarżyła w całości powódka apelacją, zarzucając:

1/ naruszenie prawa materialnego przez błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie następujących przepisów:

a/ art. 6 k.c. w zw. z art. 415 k.c. poprzez ich błędną wykładnię polegającą na uznaniu, że powódka nie zdołała wykazać, że działanie pozwanego było zawinione,

b/ art. 6 k.c. w zw. z art. 361 § 1 k.c. przez jego błędną wykładnię polegającą na nieprawidłowym przyjęciu, że nie zachodzi adekwatny związek przyczynowo – skutkowy pomiędzy niestarannym działaniem lekarza orzecznika ZUS w dniu badania powódki, a trwałą szkodą zdrowotną doznana przez powódkę;

c/ art. 6 k.c., art. 444 § 1 i 2 k.c. i art. 444 § 1 k.c. przez uznanie, że pomimo powstałej szkody spowodowanej z winy pozwanego, nie zachodzą podstawy do zasądzenia na rzecz powódki zadośćuczynienia i renty;

2/ naruszenie prawa procesowego:

a/ art. 233 § 1 k.p.c. przez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów w postaci uznania, wbrew treści zebranego w sprawie materiału dowodowego, a w szczególności dokumentacji medycznej i opinii biegłych, że w procesie nie została udowodniona wina w postaci braku zachowania staranności i ostrożności zawodowej, podczas badania przez lekarza orzecznika,

b/ dokonanie oceny dowodów bez wszechstronnego rozważenia całego zebranego w sprawie materiału i niczym nieuzasadnione przyjęcie, że pozwany zachował należytą staranność i ostrożność, podczas gdy zgromadzony materiał dowodowy prowadzi do odmiennych wniosków;

3/ naruszenie prawa procesowego, a w szczególności art. 231 k.p.c. przez uznanie, że w sprawie nie zachodzą dostateczne podstawy do przyjęcia istnienia związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy niestarannym zachowaniem lekarza orzecznika działającego w imieniu pozwanego, a szkodą doznana przez powódkę,

4/ naruszenie art. 328 § 2 k.p.c. przez niewskazanie w wyroku podstawy faktycznej rozstrzygnięcia, w tym przede wszystkim niewskazanie przez Sąd dowodów, na których Sąd ten oparł swoje stanowisko, dowodów, którym odmówił wiarygodności i mocy dowodowej, a ponadto niewyjaśnienie podstawy prawnej wyroku i nie przywołanie wszystkich przepisów prawa, mających dla rozstrzygnięcia sprawy zasadnicze znaczenie.

Dodatkowo w piśmie z dnia 30 marca 2015 r powódka zarzuciła bezpodstawne pominięcie przez Sąd Okręgowy dowodu z zeznań świadka M. P., nieuwzględnienie sprzeczności w zeznaniach interwenienta ubocznego J. S. i bezzasadne obdarzenie tych zeznań walorem wiarygodności, bezkrytyczne oparcie się na opinii biegłych UJ, mimo, iż z ich wywodu wynika, że lekarz S. musiał unieść do góry nogi powódki, skoro zbadał jej odruch skokowy.

Podsumowując powódka wniosła o uchylenie zaskarżonego orzeczenia i „przejęcie sprawy do rozpoznania przez Sąd Apelacyjny” ewentualnie o zmianę wyroku przez uwzględnienie powództwa w całości.

SĄD APELACYJNY ZWAŻYŁ CO NASTĘPUJE.

Apelacja powódki jest bezzasadna.

Ustalenia faktyczne Sądu Okręgowego są prawidłowe. Znajdują uzasadnienie w dokumentacji medycznej obrazującej przebieg choroby powódki oraz w opinii biegłych UJ, która wyklucza związek przyczynowy pomiędzy ewentualnym niestarannym działaniem lekarza orzecznika ZUS a pogarszającym się stanem zdrowia powódki.

Sąd Apelacyjny nie podzielił stawianego przez powódkę zarzutu bezzasadnego pominięcia dowodu z innej opinii sądowno-lekarskiej, która w przekonaniu powódki miała służyć weryfikacji wniosków do jakich doszli biegli UJ. Stwierdzić należy, że kodeks postępowania cywilnego nie zna instytucji „opinii sprawdzającej”. Przeprowadzony w sprawie dowód z opinii biegłego sąd ocenia w sposób swobodny (art. 233 § 1 k.p.c.), przy zastosowaniu zasad logiki i doświadczenia życiowego, to jest tych kryteriów, które ogólnie mają zastosowanie w procesie oceny dowodów. Specyfika dowodu z opinii biegłego nakazuje uwzględnić także inne czynniki, takie jak zrozumiałość, jasność wywodu biegłego, stanowczość i niesprzeczność formułowanych wniosków, konsekwencja w odpowiedzi na ewentualne zarzuty. Niewątpliwie ma też znaczenie dorobek naukowy i doświadczenie zawodowe biegłego. Zgodnie z art. 286 k.p.c., sąd może – w razie potrzeby – zażądać dodatkowej opinii od tych samych lub innych biegłych. W świetle tego unormowania, sąd ma obowiązek dopuszczenia dowodu z opinii dalszych biegłych, jeżeli zachodzi taka potrzeba, a więc w szczególności wtedy, gdy przeprowadzona już opinia zawiera istotne luki, jest nieprzekonująca, niekompletna, pomija lub wadliwie przedstawia istotne okoliczności, nie odpowiada na postawione tezy dowodowe, jest niejasna, nienależycie uzasadniona lub nieweryfikowalna. W judykaturze utrwalił się pogląd, iż sąd nie jest zobowiązany dopuścić dowód z opinii kolejnego biegłego, czy też opinii instytutu tylko z tej przyczyny, że dotychczasowa opinia była dla strony niekorzystna (zob. m.in. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 14 marca 2007 r., I CSK 465/06, OSP 2008, Nr 11, poz. 123; z dnia 27 lipca 2010 r., II CSK 119/10, nie publ. i z dnia 20 marca 2014 r., II CSK 296/13, nie publ.).

W niniejszej sprawie Sąd Okręgowy trafnie przyjął, że opinia biegłych Zakładu Medycyny Sądowej (...) J. w sposób przekonujący wykluczyła związek przyczynowy pomiędzy badaniem, wykonanym u powódki w dniu 6 stycznia 2010 r przez lekarza J. S., a pogorszeniem się stanu zdrowia powódki. Powódka twierdziła, że zerwanie czy też uszkodzenie przewodnictwa nerwowego w obszarach unerwienia przez nerwy kulszowe, nastąpiło wskutek gwałtownego poderwania jej nóg do góry. Pomijając czy fakt taki rzeczywiście miał miejsce, istotne jest to, że biegli stanowczo wykluczyli by badanie odruchów rozciągowych mogło doprowadzić do takiego pociągania za którykolwiek z nerwów obwodowych, aby przemieścić splot krzyżowy i doprowadzić do jego uszkodzenia. Biegli wyjaśnili, iż niemożność ta wynika z umiejscowienia nerwów obwodowych i splotu krzyżowego w obrębie tkanki łącznej, co powoduje, że są to struktury niezwykle silnie chronione. W zarzutach do powyższej opinii powódka wskazywała, że nawet jeśli w trakcie badania w dniu 10 stycznia 2010 r nie doszło do przerwania nerwu to mogło dojść do jego uwiecznienia w zrostach bądź strukturach pooperacyjnych i w konsekwencji przerwania przewodnictwa. Biegli stanowczo podtrzymali swoje stanowiska, wykluczając tym samym możliwość doprowadzenia przez interwenienta ubocznego u powódki do innych, niż przerwanie nerwu, uszkodzeń przewodnictwa (neuropraksja,

aksonotmeza). Biegli wyraźnie wskazali, że wskazywane przez powódkę uszkodzenia nie mogły powstać w trakcie badania „niezależnie od rękoczynów jakie wykonano” czyli nawet gdyby przyjąć za prawdziwe twierdzenia powódki o gwałtownym, i bez uprzedzenia, poderwaniu jej nóg do góry. Biegli przekonująco odnieśli się również do zarzutów dotyczących specjalności poszczególnych lekarzy, członków zespołu badającego powódkę i Sąd Okręgowy w oparciu o te wyjaśnienia trafnie przyjął, że brak było podstaw do uzupełnienia zespołu biegłych o specjalistę z zakresu neurochirurgii.

Sąd Apelacyjny podziela stanowisko Sądu Okręgowego, iż przedmiotowa opinia stanowiła wystarczający dowód dla dokonania ustaleń w przedmiocie związku przyczynowego pomiędzy badaniem powódki w dniu 6 stycznia 2010 r a późniejszym pogorszeniem się jej stanu zdrowia. Wbrew zarzutom apelującej opinia prywatna dołączona do pozwu nie mogła zostać zaliczona w poczet materiału dowodowego i nie stanowi dostatecznej przeciwwagi dla opinii wydanej przez (...). Opinia sporządzona na prywatne zlecenie strony nie posiada waloru dowodu z opinii biegłego, w rozumieniu art. 278 § 1 k.p.c., nie jest też – jak określa to powódka – „dowodem prywatnym”, gdyż kodeks postępowania cywilnego nie zna takiego pojęcia. Wobec przyjęcia jej do akt przez Sąd I instancji, opinię tę uznać należy za dodatkowe poparcie stanowiska powódki (por. m.in. wyrok Sadu Najwyższego z dnia 24 lipca 2014 II CSK 569/13, Lex nr 1532976). Co do zasady, opinia sporządzona na zlecenie strony powinna być uwzględniona przez sąd w procesie oceny dowodów i może, w pewnych okolicznościach, stanowić podstawę rozważenia potrzeby powołania w sprawie innego biegłego. Takiej podstawy nie stanowi jednak opinia dołączona do pozwu. Co prawda została ona sporządzona przez osoby posiadające wykształcenie medyczne, jednakże o zupełnie innej specjalności niż przydatne do oceny schorzeń powódki. Lekarze patomorfolog i specjalista do spraw położnictwa i chorób kobiecych w żadnym wypadku nie są powołani do oceny prawidłowości procedury medycznej wykonanej u powódki w dniu 6 stycznia 2010 r ani jej wpływu na stan zdrowia pacjentki. Niezależnie od tego wywód opiniujących, dotyczący ewentualnego związku przyczynowego pomiędzy podawanym przez powódkę przebiegiem badania a jej stanem zdrowia (k. 21) jest lakoniczny i nienależycie (niejasno) umotywowany. Dlatego też ekspertyza ta nie stanowiła dostatecznej podstawy do dopuszczenia w sprawie dowodu z opinii kolejnego biegłego.

Nie jest też prawdą jakoby obowiązkiem Sądu było przesłuchanie świadka M. P. a co za tym idzie zarzut bezpodstawnego pominięcia tego dowodu jest bezzasadny, skoro w tezie dowodowej wskazano, że świadka należy przesłuchać na okoliczność faktu rozmowy telefonicznej świadka z powódką w dniu 6 stycznia 2010 r oraz osobistego badania przez świadka w dniu 7 stycznia 2010 r. Fakt zbadania powódki przez lekarza M. P. nie jest między stronami sporny, natomiast data tego badania nie należy do okoliczności istotnych dla rozstrzygnięcia sporu. Z kolei fakt uwidocznienia w dokumentacji dr P. tego, że powódka odczuła ból po badaniu w ZUS-ie „na siłę” nie jest diagnozą, lecz informacją pochodzącą z wywiadu z pacjentką.

Warto też odnotować, że omawiany zarzut apelacyjny, dotyczący naruszenia przez Sąd I instancji prawa procesowego, pojawił się po raz pierwszy w piśmie powódki z dnia 1 kwietnia 2014 r, a więc już po terminie do złożenia apelacji, i jako taki jest spóźniony. Przepis art. 369 k.p.c. określa termin, w jakim można wnieść apelację. Podnoszenie po upływie tego terminu nowych zarzutów natury procesowej jest spóźnione. Oznaczałoby to bowiem niedopuszczalne przedłużanie ustawowego terminu z art. 369 k.p.c. (tak wyrok Sadu Najwyższego z dnia 25 marca 2009 V CSK 407/08, Lex nr 619671).

W końcu należy też uznać, że brak jest jakichkolwiek podstaw do podważenia tych ustaleń faktycznych Sądu I instancji, które obrazują przebieg wizyty powódki w gabinecie lekarza J. S. w dniu 6 stycznia 2010 r. Podstawa ustaleń w tym przedmiocie były zeznania w/w, jako interwenienta ubocznego, które Sąd Okręgowy uznał za wiarygodne i rzetelne, w przeciwieństwie do relacji samej powódki. Jest to ocena, która nie prowadzi do naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. Po pierwsze, wersja zdarzeń przedstawiona przez powódkę – choć nie może zostać wykluczona prima facie – jest mało prawdopodobna. Powódka twierdzi, że lekarz „gwałtownie”, „bez uprzedzenia” i „wbrew protestom” pacjentki, poderwał jej nogi do góry. Takie zachowanie lekarza – choć, jak ustalono, nie mogłoby uszkodzić przewodnictwa nerwów powódki – stanowiłoby świadome, wręcz złośliwe, działanie na niekorzyść pacjenta. Po drugie wersji zdarzeń przedstawionych przez powódkę stanowczo nie potwierdził przesłuchany na jej wniosek świadek P. D. (k. 412), zaślaniając się niepamięcią. Po trzecie, wbrew wywodom apelującej zeznania interwenienta ubocznego J. S. nie budzą

wątpliwości. Apelująca wskazuje, że skoro J. S. stwierdził, że powódka w ogóle nie pozwoliła na uniesienie do góry jej nóg, to nie mógł jednocześnie zdiagnozować braku odruchów skokowych. Zauważyć jednak należy, iż sposób badania odruchów skokowych jest zagadnieniem z zakresu wiedzy specjalistycznej – domniemana sprzeczność w wyjaśnieniach interwenienta winna być wyjaśniona za pomocą dowodu z opinii biegłych, a takich wniosków czy też pytań do biegłych powódka nie stawiała przed Sądem I instancji. Warto też zauważyć, że z porównania zeznań powódki (k. 426v) i J. S. (k. 427) wynika, że w trakcie badania odruchów skokowych (młotkiem neurologicznym) powódka pozostawała w pozycji leżącej bocznej i miało to miejsce już po rzekomym „podrywaniu jej nóg do góry” w pozycji leżącej na wznak. Świadczy to, że w relacji interwenienta ubocznego nie ma sprzeczności zrzucanych przez apelującą. Wreszcie nie sposób pominąć, że wiarygodność powódki może budzić wątpliwości również w związku z jej ogólnym stanem zdrowia, zwłaszcza zdrowia psychicznego. Zwrócili na to uwagę biegli (...), wskazując, że w zachowanie powódki w trakcie badania wskazywało silną komponentę agrawacyjną odczuwanych dolegliwości. Stwierdzili ponadto, że powódka miała się wówczas zachowywać „podobnie jak w trakcie badania u pozwanego” (chodzi o badanie u doktora S.). Powódka kwestionuje to ostatnie stwierdzenie, zarzucając, że biegli nie byli świadkami badania przeprowadzonego przez dr S., stąd ich sugestia jest nieuprawniona. Zarzut powódki ma drugorzędny charakter, jest jednak nieuzasadniony. Wszak biegli zapoznali się z treścią dokumentacji sporządzonej w dniu 6 stycznia 2010 r oraz z zeznaniami interwenienta ubocznego. Z materiału tego jednoznacznie wynika, że dr S. również zauważył w zachowaniu powódki to, co biegli określili jako komponentę agrawacyjną.

Wszystkie powyższe elementy pozwalają przyjąć, że zarzuty apelującej są w całości bezzasadne. Ustalenia Sądu Okręgowego są prawidłowe i wyczerpujące. Zostały one dokonane w oparciu o zgromadzony materiał dowodowy, oceniony swobodnie, lecz w sposób, który nie pozwala na skuteczne postawienie Sądowi Okręgowemu zarzutu naruszenia art. 233 k.p.c. Wnioski, jakie Sąd I instancji wyprowadził z przeprowadzonych dowodów, są logicznie uzasadnione i niesprzeczne z zasadami doświadczenia życiowego. Prawidłowa jest zwłaszcza dokonana przez ten Sąd ocena opinii biegłego – dowodu kluczowego dla rozstrzygnięcia sprawy. Ostatecznie zatem trafnie przyjęto, że powódka nie wykazała ani naruszenia przez badającego ją lekarza zasad sztuki medycznej (to jest zgodnych z aktualnym stanem wiedzy medycznej reguł postępowania), ani niezachowania przez niego należytej staranności przy przeprowadzeniu badania. Nie wykazała też związku przyczynowego pomiędzy przedmiotowym badaniem a pogorszeniem stanu zdrowia, które – jak opiniują biegli – jest konsekwencją rozwoju choroby na którą powódka cierpi.

Mając powyższe na względzie Sąd Apelacyjny, na zasadzie art. 385 k.p.c., oddalił apelację powódki, jako bezzasadną.