

Súd: Okresný súd Martin
Spisová značka: 10C/99/2006
Identifikačné číslo súdneho spisu: 5706205490
Dátum vydania rozhodnutia: 11. 12. 2019
Meno a priezvisko sudcu, VSÚ: JUDr. Mária Gazdačková
ECLI: ECLI:SK:OSMT:2019:5706205490.36

ROZSUDOK V MENE SLOVENSKEJ REPUBLIKY

Okresný súd Martin sudkyňou JUDr. Máriou Gazdačkovou v právnej veci žalobkyne: E. P., F., XX.X.XXXX, T. B. I. E. XX, XXX XX, R., právne zastúpenej Advokátskou kanceláriou JUDr. Vladimír Zajac, s.r.o., so sídlom P. Mudroňa 39, 036 01, Martin, IČO: 46 255 281, pre doručovanie písomností: Mgr. Petrom Balážom, advokátom so sídlom Na Bystričku 14A, 036 01, Martin, IČO: 42 071 411, proti žalovanému: Univerzitná nemocnica Martin, so sídlom Kollárova 2, 036 59, Martin, IČO: 00 365 327, právne zastúpenému JUDr. Gabrielou Reichovou, advokátkou so sídlom P. Mudroňa 26, 036 01, Martin, IČO: 42 071 135, v konaní o náhradu škody a náhradu nemajetkovej ujmy, takto

rozhodol:

I. Žaloba žalobkyne sa v celom rozsahu zamieťa.

II. Žalovaný a štát majú proti žalobkyni právo na náhradu trov konania v plnom rozsahu.

III. O výške náhrady trov konania žalovaného a štátu rozhodne po právoplatnosti tohto rozsudku súd prvej inštancie uznesením, ktoré vydá súdny úradník.

odôvodnenie:

1. Žalobou podanou na tunajšom súde dňa 15.5.2006 a spresnenou podaním zo dňa 27.7.2006 sa žalobkyňa proti žalovanej domáhala zaplataenia pôvodne sumy 225.000 Sk titulom bolestného, sumy 2.160.000 Sk titulom náhrady sťaženia spoločenského uplatnenia, sumy 341.695 Sk titulom náhrady za stratu na zárobku a sumy 11.913 Sk mesačne titulom opakujúcich sa dávok s účinnosťou od 1.6.2006.

2. Žalobkyňa žalobu odôvodnila tou skutočnosťou, že dňa 10.8.2003 mala úraz, pri ktorom utrpela dislokovanú trieštvú zlomeninu krčku ramennej kosti vpravo. V ten istý deň bola prijatá na úrazové oddelenie ortopedicko-traumatologickej kliniky Martinskej fakultnej nemocnice a operovaná. Bola jej vykonaná otvorená repozícia zlomeniny a fixácia tzv. Kirschnerovými drôťmi. Dňa 13.8.2003 bola prepustená do ambulantnej starostlivosti so zvýšenou teplotou 37,3 oC. Následne jej boli vykonané ďalšie operácie, pričom v máji 2005 jej bolo oznámené ťažké a trvalé poškodenie pravej hornej končatiny bez možnosti zmeny v dôsledku poškodenia axilárneho a brachiálneho nervu. V prípade žalobkyne ide prakticky o plégium, teda o ochrnutie s ťažkou atrofiou deltového svalu. V súčasnosti je žalobkyňa občiankou s ťažkým zdravotným postihnutím, odkázaná na pomoc inej osoby. Má ochrnutú pravú hornú končatinu a pre udržanie stability používa podpornú paličku. Pravú hornú končatinu nosí celodenne v závese a používa špeciálnu brachiálnu ortézu, ktorú bude musieť používať doživotne. Žalobkyňa v žalobe tvrdila, že pri prijatí bola pravá horná končatina bez centrálného nervového poškodenia, a tvrdila, že poškodenie axilárneho ako i brachiálneho nervu, zápal kosti, výpad svalstva pravej hornej končatiny a celkové ochrnutie jej bolo spôsobené mechanickým poškodením nervov počas operácie, alebo pri extrahovaní vnútorných fixátorov, predčasným rehabilitovaným pravej hornej končatiny a celkovým nesprávnym postupom liečby. Na zápale kosti sa podieľala nozokomiálna nákaza zlatý stafylococcus.

Preto navrhla prizvať do konania znalcov z odboru zdravotníctvo, odvetvie ortopédia a neurológia. Uviedla, že má za to, že nesprávnym postupom pri operácií, resp. pri extrahovaní vnútornej fixátorov, zavedením nozokomiálnej nákazy zlatý stafylococcus a následným nesprávnym postupom liečby, jej bola žalovaným spôsobená škoda na zdraví, za ktorú žalovaná zodpovedá podľa § 420 a nasl. Občianskeho zákonníka. Dôsledkom poškodenia hornej končatiny žalobkyne je obrna plexus brachialis celej ramennej pletene, obrna axilárneho nervu vpravo, obmedzenie hybnosti ramenného kĺbu ťažkého stupňa vpravo a paklb ramennej kosti vpravo.

3. V priebehu konania žalobkyňa na žalobe zotrvala. Do spisu pripojila svoju rozsiahlu zdravotnú dokumentáciu, zhromaždenú od roku 2003 a vo svojej výpovedi uviedla, že 10.8.2003 utrpela úraz pádom z rebríka. V ten istý deň bola operovaná na ortopedicko-traumatologickej klinike žalovanej a tvrdila, že počas operácie bola nainfikovaná nemocničnou nákazou. Na tretí pooperačný deň bola prepustená do domáceho liečenia s teplotami a bolesťami ramena. V prepúšťacej správe však táto skutočnosť nie je uvedená. Pri prijatí i po prepustení z hospitalizácie bolo konštatované, že jej pravá horná končatina je bez neurocirkulačných zmien. V domácom liečení mala sústavne vysoké teploty, neznesiteľné bolesti, ktoré sa vystupňovali najmä v noci a analgetiká boli bez účinku. Prvé kontrolné vyšetrenie od operácie absolvovala 19.8.2003, avšak v lekárskom zázname jej vyšetrujúci lekár na úrazovej ambulancii MUDr. D. neuviedol jej ťažkosti, teploty, silné bolesti a trpnutie ruky. Bol jej urobený len preváz, priložený tanínový štvorec a daný šatkový záves ruky. Ošetrojúci lekár jej nález na operačnej rane ani nevidel. V hornej časti ramena jej pritom vyšli dva drôty cez kožu, v ktorej bol otvor asi vo veľkosti dvoch cm, okolie bolo červené, zapálené a na dotyk veľmi bolestivé a z otvoru vystrekoval hustý žltozelený sekrét. Napriek takémuto nálezu jej lekár neodporučil žiadnu liečbu, len kontrolu o dva týždne. Teda tvrdila, že v tomto smere jej nebola poskytnutá vhodná lekárska starostlivosť, nebol jej odobratý ster na bakteriologické vyšetrenie, krv na protizápalové faktory, neboli jej doporučené antibiotiká, analgetiká, výplachy repíkom a obklady tanínom. Týmto spôsobom liečby by sa bolo určite zabránilo šíreniu infekcie. Dňa 26.8.2003 šesť dní po operácií jej na ortopedicko-traumatologickej klinike boli doporučené injekcie od bolesti, Tramal, antibiotika, čípky na teploty, repíkové a tanínové obklady. Uviedla, že antibiotika po prepustení z nemocnice užívala len jeden deň. Stehy z rany jej boli vybrané na sedemnásty deň. Na kontrole o dva týždne jej bolo vykonané RTG vyšetrenie a doporučené ruku rozcvičovať, v zázname neboli uvedené pretrvávajú ťažkosti, teploty, bolesti, hnisanie, opuch a trpnutie. Pre nezlepšujúci sa zdravotný stav žalobkyňa potom opäť navštívila mimo rámeč doporučení dňa 11.9.2003 kliniku traumatológie, konkrétne MUDr. E. na ortopedicko-traumatologickej klinike žalovaného, čo bolo v období zhruba štyroch týždňov od operácie a MUDr. E. po konzultácií s primárom MUDr. G. jej ambulantne bez účinku lokálnej anestézy odstránil vnútorné fixátory kostí. Nakoľko bola pri plnom vedomí, mala možnosť sledovať priebeh celého zákroku. Celý zákrok prebiehal komplikovane, nakoľko boli problémy s odstránením drôtov, aj keď zákrok prebiehal pod RTG prístrojom. MUDr. E. sa mal údajne vyjadriť otázkou, kto to mohol takto pobabrať. Žalobkyňa vedela, že ju operoval MUDr. T. MUDr. E.Á. odobral sekrét na bakteriologické vyšetrenie, ktorým sa potvrdila nemocničná nákaza zlatý stafylococcus. Bol jej doporučený Oxacilín jedno balenie, t.j. 10 ks tabliet. Aj túto liečbu považovala žalobkyňa za nedostatočnú, nakoľko tak rozsiahla infekcia nemohla byť desiatimi tabletkami vyliečená. Po necelých šiestich týždňoch od operácie boli doporučené čípky na zníženie teploty, bola jej odstránená ortéza a doporučená rehabilitácia. Počas absolvovania rehabilitačných procedúr sa jej vyskytli reakcie na podávané procedúry. V januári 2004 v náleze z RTG vyšetrenia bolo konštatované, že päť mesiacov od operácie kosti nie sú zhojené a vyskytli sa aj zmeny po zápale kosti. Pritom žalobkyňa s takouto rukou cvičila, absolvovala masáže a teplé procedúry. Dňa 21.4.2004 sa uskutočnila rozsiahla reoperácia. Pri ďalšom vyšetrení bola žalobkyňi zistená osteoporóza pravej hornej končatiny. V máji v roku 2005 žalobkyňi mali byť vybrané fixátory kostí dané jej pri reoperácií, tie jej však boli ponechané, a bolo jej oznámené ošetrojúcim lekárom, že u žalobkyne ide o ťažké a trvalé poškodenie pravej hornej končatiny bez možnosti zmeny z dôvodu poškodenia nervov brachiálneho plexu. Preto jej bol ponechaný aj vnútorný fixátor kostí, ktorý jej musel byť po štyroch mesiacoch odstránený pre dráždenie a uvoľnenie fixácie.

4. Žalovaná sa k žalobe prvýkrát vyjadrila podaním zo dňa 20.6.2006, kde uviedla, že zdravotná starostlivosť žalobkyňi zo strany žalovaného bola poskytnutá správne. Jej súčasný zdravotný stav nastal v súvislosti s úrazom, ktorý utrpela, v dôsledku teda nestabilnej trieštivej zlomeniny chirurgického krčka ramennej kosti vpravo a poukázala tiež na výsledky šetrenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, pobočky Martin zo dňa 20.6.2005. K tomuto vyjadreniu pripojila aj Zápisnicu o výsledku prešetrenia sťažnosti, z ktorej vyplynulo, že zamestnanci Úradu pre dohľad na zdravotnou

starostlivosťou, pobočka Martin, za účelom doplnenia údajov kópie zdravotnej dokumentácie, ktoré tvorili prílohu sťažnosti, vyžiadali si dňa 1.6.2005 fotokópie dekurzov a vyšetrení počas všetkých troch hospitalizácií žalobkyne na ortopedicko-traumatologickej klinike Martinskej fakultnej nemocnice. Komplexná zdravotná dokumentácia bola zaslaná z dôvodu vylúčenia pochybností o nezaujatosti a k zabezpečeniu nezávislého objektívneho posúdenia konzultantovi pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou do mimoregionálneho zdravotníckeho zariadenia. K námietke číslo 1. sa v zápisnici o výsledku prešetrenia sťažnosti uvádzalo, že na základe odborného posudku konzultanta nemožno konštatovať nebanalnosť, ako aj závažné pochybenie lekárov ortopedicko-traumatologickej kliniky MFN pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Diagnostika a obe operácie boli vykonané lege artis, prvá v príhodnom časovom okne od vzniku úrazu. Terajší zdravotný stav je v priamej súvislosti so závažným charakterom zlomeniny. Instabilná trieštivá zlomenina chirurgického krčka ramennej kosti vpravo v semipatologickom teréne, ktorá bola komplikovaná nozokomiálnou infekciou. Zo stanoviska konzultanta vyplýva, že námietka sťažovateľky je neopodstatnená. K námietke číslo 2. sa v zápisnici uvádzalo, že druhá operácia bola vykonaná 21.4.2004, pri prepustení bola pacientka poučená o spôsobe rozcvičovania lakťového a ramenného kĺbu postihnutej končatiny a bolo doporučené objednanie na rehabilitáciu. Zo stanoviska konzultanta vyplýva, že námietka sťažovateľky je neopodstatnená. K námietke číslo 3. sa v zápisnici uvádzalo, že kúpeľná liečba pravej hornej končatiny nebola po prvej operácii (infekcia, pseudoartróza), ako aj v súčasnosti (trvalé poškodenie hybnosti a inervácie postihnutého miesta) indikovaná, nakoľko zdravotný stav sťažovateľky neumožňuje doliečenie v kúpeľných zariadeniach prostredníctvom fyziatrisko - balneologických procedúr. Z uvedeného vyplývalo, že námietky žalobkyne boli neopodstatnené.

5. Neskôr žalovaná do spisu pripojila aj Zápisnicu zo zasadnutia Odbornej komisie pre posudzovanie poskytovania liečebno-preventívnej starostlivosti MFN zo dňa 20.6.2006, z ktorej vyplýval priebeh poskytovania zdravotnej starostlivosti žalobkyne od 13.8.2003 až do 22.9.2005. V rámci toho sa konštatuje, že 12.9.2003 bol vypestovaný stafylococcus aureus a naordinovaná liečba antibiotikami Oxacilín podľa citlivosti. Odborná komisia podala k žalobe stanovisko, podľa ktorého nervus axilaris vychádza z plexus brachiális fasciculus posterior prechádza po dorzálnnej strane v oblasti collu chirurgicum humeri spolu s artériou circumflexa humeri posterior a vydáva vetvičky k puzdru ramenného zhybu a na rami musculares pre musculus deltoideus a ters minor. Jeho poranenie pri trieštivých a vysokoenergetických zlomeninách v oblasti ramenného kĺbu je najčastejšou neurologickou komplikáciou aj i reverzibilnými teda nenávratnými následkami trvalej povahy bez možnosti korekcie, či zlepšenia vzniknutých následkov charakteru závažnej poruchy mobility postihnutej hornej končatiny. V prípade, že ošetrojúci lekár uvádza vo svojom vyšetrení, že periféria je bez nervocirkulačných porúch, potom môže konštatovať len stav nervov pred zlomeninou, teda preriferne a tak nervus axiláris do tohto vyšetrenia nespadá. To znamená, že vyjadrenie v zázname, že periféria je bez NCP nič nehovorí o stave nervus axiláris. Podľa zdravotnej dokumentácie a teplotných záznamov z hospitalizácie vyplýva, že pacientka nebola prepustená z hospitalizácie s teplotami a lokálny nálež nevykazoval žiadne zápalové komplikácie. Je možné jednoznačne vylúčiť poškodenie nervus axiláris pri extrakcii vnútornej fixácie, nakoľko táto bola aplikovaná a odstraňovaná až po tom, čo EMG vyšetrením bola jednoznačne už dokázaná lézia nervus axiláris. Je možné tiež jednoznačne vylúčiť, že by poškodenie nervu bolo spôsobené predčasnou rehabilitáciou. Infekcia u pacientky sa objavila až 26.8.2003, teda 16 dní od úrazu a 13 dní od prepustenia z hospitalizácie a bola lokalizovaná v oblasti okolo zavedených Kirschnerových drôtov, teda zvonku. Operačná rana nejavila známky zápalu a dňa 27.8.2003 boli odstránené stehy. Takýto stav nie je možné označiť za nozokomiálnu nákazu, ale za infekčnú komplikáciu liečby poranenia. Príslušné zápalové komplikácie v mieste operačnej rany neovplyvnili vzniknuté následky obmedzenej hybnosti pravej hornej končatiny žalobkyne. Členovia odbornej komisie na záver skonštatovali, že zdravotná starostlivosť pre žalobkyňu bola poskytnutá správne a jej komplikácie nastali na základe samotného úrazu a následná liečba bola len sanovaním uvedených poškodení.

6. Po vykonanom dokazovaní čítaním listín pripojených do súdneho spisu, znaleckým posudkom a výsluchom MUDr. A. Š., znalca z odboru zdravotníctvo a farmácia, odvetvie traumatológia, ktorý vo veci podal znalecký posudok č. 4/2008, výsluchom strán sporu a výsluchom svedkov, súd dňa 14.12.2011 vyhlásil prvý rozsudok v tejto veci, ktorým žalobu žalobkyne zamietol a rozhodol tak, že o trovách konania súd rozhodne po právoplatnosti tohto rozsudku. Súd vychádzal zo skutočnosti, že v prípade žalobkyne absentovali predpoklady zodpovednosti žalovaného pre vznik zdravotných následkov u žalobkyne. U žalovaného nebolo zistené, že by porušil svoje povinnosti pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti žalobkyne a že by nepostupoval lege artis, teda v súlade s najnovšími poznatkami lekárskej vedy.

Súd vychádzal zo znaleckého posudku MUDr. Š., ktorý konštatoval, že zdravotné následky u žalobkyne vznikli poškodením axilárneho nervu pri úraze a následne poruchami kostného hojenia, ktoré boli vyvolané fyzickou dispozíciou žalobkyne. Súd vychádzal z presvedčenia, že nebolo preukázané, že by zápalové procesy v okolí rany žalobkyne boli spôsobené nozokomiálnou nákazou, teda nákazou mikróbmami, ktorá by u žalobkyne vznikla v prostredí žalovaného a teda, že by žalovaný za túto nákazu niesol zodpovednosť, keďže ku kontaminácii mikróbmami a vzniku infekcie v okolí rany žalobkyne mohlo dôjsť aj mimo prostredia žalovaného, v ktorom sa žalobkyňa pohybovala od 13.8.2003.

7. Proti tomuto rozsudku podala odvolanie žalobkyňa a Krajský súd v Žiline ako súd odvolací svojím uznesením sp. zn. 7Co/115/2012 zo dňa 12.12.2012 rozsudok okresného súdu zrušil a vec vrátil na ďalšie konanie.

8. Vo svojom zrušujúcom uznesení odvolací súd konštatoval, že odvolanie žalobkyne je dôvodné, pokiaľ ide o jej tvrdenie o nedostatku náležitostí znaleckého posudku MUDr. A. Š. č. 4/2008, ako aj o porušení zásady rovnosti účastníkov konania, keď žalobkyňa nemala v konaní možnosť vyjadriť sa ku všetkým dôkazom, z ktorých znalec pri vyhotovení znaleckého posudku vychádzal. Podľa názoru odvolacieho súdu znalec nedodrжал štruktúru znaleckého posudku, keď v časti II. Nález opísal jednotlivé zistenia zo zdravotnej dokumentácie žalobkyne, pričom v časti IV. Záver spojil znalec odpovede na zadané otázky s vlastným znaleckým skúmaním. Samo o sebe však nedodržanie štruktúry znaleckého posudku nezabavuje znalecký posudok dôkaznej hodnoty. Z materiálneho hľadiska je však dôležité, aby súd vyhodnotil presvedčivosť a hodnovernosť znaleckého posudku. Za účelom odstránenia pochybností okresný súd opakovane vypočul znalca na pojednávaní, avšak v priebehu tohto výsluchu boli zistené viaceré pochybenia, ktoré znížili hodnovernosť a presvedčivosť podaného posudku. Z výsluchu znalca vyplynulo, že vychádza iba zo zdravotnej dokumentácie žalobkyne, ako aj z vlastného vyšetrenia žalobkyne. Takýto postup však nebol správny. Relevantnou skutočnosťou vo vzťahu k uplatnenému nároku, najmä vo vzťahu k hodnoteniu, či došlo k liečbe lege artis, je vznik infekcie u žalobkyne a zvládnutie tejto liečby. Krajský súd poukázal na skutočnosť, že bolo uskutočnených viacero výsluchov svedkov, ako aj samotnej žalobkyne, pričom z výsluchu E. P. a sestry D. Q. vyplynulo, že žalobkyňa mala zvýšenú teplotu tak v nemocnici, ako aj v čase prepúšťania do domáceho prostredia. Z rany žalobkyne vytekal žltozelený až hnedastý zápachajúci sekrét, pričom výpovede žalobkyne manžela, svedka P. a svedkyne Q., pokiaľ ide o prítomnosť symptómov, ako neustále sa zvyšujúca telesná teplota, vytekajúci sekrét z rany, bolestivosť, začervenanie ramena, hoci ide o blízke osoby žalobkyne, je nerozporná a v súlade s ostatnými vykonanými dôkazmi. Existencia týchto symptómov a ignorovanie zo strany zdravotníckych pracovníkov môže byť relevantné z hľadiska posúdenia liečebnej starostlivosti lege artis zo strany žalovaného. Znalec sa však s týmito skutkovými okolnosťami v znaleckom posudku vôbec nevysporiadal. Ako sám uviedol, vychádzal iba zo zdravotnej dokumentácie žalobkyne, kde tieto skutočnosti podchytené neboli. Rovnako sa nevysporiadal s výsluchom svedka MUDr. A. T., ktorý bol operatárom žalobkyne. Podrobne vypovedal nielen o priebehu operácie, ale aj o stave poškodenej končatiny, pričom uviedol, že nič nenasvedčovalo poškodeniu nervov. V priebehu výsluchu znalec uviedol, že sa oboznámil na pracovisku žalovaného s RTG snímkami žalobkyne, avšak túto skutočnosť nezachytil v znaleckom posudku minimálne opisom týchto RTG snímkov. Hoci žalobkyňa na takýto nesprávny postup v priebehu konania opakovane poukázala, nebolo jej umožnené oboznámiť sa s obsahom týchto dôkazov a vyjadriť sa k nim, čím bola porušená rovnosť účastníkov v konaní. Znalec sa v znaleckom posudku tiež nedostatočne vysporiadal s priebehom rehabilitačnej liečby, ako aj s výsledkami neurologických nálezov, ktoré odlišne od jeho zistení definujú poškodenie nervov, dostatočne exaktne tieto rozdiely nevysvetlil. Napriek tomu, že nozokomiálnu nákazu konštatoval aj znalec a aj Úrad pred dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, okresný súd dospel k záveru, že žalobkyňa nebola nakazená nozokomiálnou nákazou a to na základe dodatočných vysvetlení, výsluchov pracovníkov žalovaného MUDr. G. a MUDr. E., ale aj na základe výsledku kultivácie vyhotovenej žalovaným. Okresný súd však dostatočne nevyhodnotil rozpory, ktoré ohľadne tejto skutočnosti v konaní vznikli. Podľa krajského súdu je nepochybné, že vznik nozokomiálnej nákazy nevyplýva z výsledku kultivačného vyšetrenia, predloženého žalovaným. Vyvoláva však pochybnosti, keď konanie bolo začaté 15.5.2006, od jeho začiatku žalobkyňa predkladala veľké množstvo listinných dôkazov a výsledok kultivačného vyšetrenia z odberu hnisu z rany žalobkyne zo dňa 11.9.2003 bol okresnému súdu predložený 31.8.2011. Ide o listinný dôkaz vyhotovený žalovaným, čo samo o sebe síce nerobí tento dôkaz nevierohodným. Jeho vierohodnosť však oslabujú iné vykonané dôkazné, najmä časové aspekty jeho predloženia. Zistenie zlatého stafylokoka potvrdil vo svojej výpovedi dňa 7.3.2017 ošetrojúci lekár MUDr. O. E.. Toto zistenie vyplýva aj zo zápisnice zo zasadnutia odbornej komisie pre posudzovanie poskytovania liečebno -

preventívnej starostlivosti Martinskej fakultnej nemocnice zo dňa 20.6.2006, ktorej sa zúčastnil aj MUDr. H. G.Š.. Potom nevierohodne vyznieva predloženie výsledku kultivácie vyhotoveného žalovaným s negatívnym výsledkom po viac ako 5 rokoch od začatia konania ako aj následné vysvetlenia MUDr. G. a MUDr. E., ktoré sú rozporné s ich predchádzajúcimi krokmi. Okresný súd sa s týmito zásadnými rozpormi nevysporiadal. Z uvedených dôvodov pre nedostatočné zistenie skutkového stavu veci a predčasné právne posúdenie krajský súd napadnutý rozsudok zrušil a vrátil okresnému súdu na ďalšie konanie. Úlohou okresného súdu bude na základe návrhu žalobkyne doplniť skutkový stav veci vykonaním kontrolného znaleckého dokazovania znalcom z odboru traumatológie so zväžením prizvania si konzultanta z odboru neurológie za účelom vyhodnotenia relevantných skutočností, na ktoré je potrebné odborné posúdenie a s ohľadom na zistenie, či žalovaný poskytol žalobkyni zdravotnú starostlivosť lege artis a s ohľadom na príčiny vzniku infekcie, včasnosť jej zistenia a liečby. Pre prípad, že bude zistené pochybenie, bude potrebné vykonať znalecké posúdenie, či je pochybenie v príčinnej súvislosti so vznikom vážnych zdravotných následkov u žalobkyne. Je potrebné, aby kontrolný znalecký posudok s ohľadom na vyššie uvedené skutočnosti narúšajúce vierohodnosť znaleckého posudku vychádzali nielen zo zdravotnej dokumentácie žalobkyne, ale aj z ostatných skutkových zistení súdu, aby preskúmal závery pôvodne podaného znaleckého posudku s prihliadnutím na námietky žalobkyne tak, aby bolo zrejmé, na aké skutočnosti znalec pri znaleckej činnosti prihliadal a postup, na základe ktorého sa dopracoval k odpovediam na otázky. Až po vyhotovení kontrolného znaleckého posudku okresný súd vyhodnotí skutkový stav veci a vyvodí z neho právny záver. Zároveň rozhodne o trovách prvostupňového a odvolacieho konania.

9. Okresný súd Martin spravujúc sa záväzným právnym názorom odvolacieho súdu preto nariadil kontrolné znalecké dokazovanie a znaleckou úlohou poveril MUDr. E. F., znalca z odboru zdravotníctvo a farmácia, odvetvie traumatológia a ortopédia, ktorý vo veci podal znalecký posudok č. 38/2014. Tohto znalca opakovane vypočul a konfrontoval ho aj so závermi znalca z odboru neurológie MUDr. I. E.Á., ktorý rovnako vo veci podal znalecký posudok č. 1/18. Súd sa tiež oboznámil s ďalšími listinami, ktoré procesné strany pripojili do súdneho spisu a pritom prihliadal aj na závery predtým vykonaného dokazovania.

10. Už z predtým vykonaného dokazovania súd zistil tieto skutočnosti:

11. Z prepúšťacej správy žalobkyne pri hospitalizácii od 10.8.2003 do 13.8.2003 potom vyplynulo, že žalobkyňa bola prijatá na oddelenie ortopedicko-traumatologickej kliniky a to lôžkové oddelenie traumatologickej za hore uvedených okolností s dislokovanou zlomeninou chirurgického krčku pravého humeru za účelom operačnej liečby. Operovaná bola v celkovej anestéze, vykonaná bola otvorená repozícia a fixácia Kirschnerovými drôťmi so zafixovaním v Dessaultovom obvaze. Pooperačne bez komplikácií, rana kľudná bez retencie, okolie drôtov bez znakov inflamácie, periférne bez NCZ, pacientka prepustená do ambulantnej starostlivosti s doporučením. Pričom doporučené jej boli analgetiká, antibiotikum Augmentin 3x625 mg, cvičiť prstami, kontrola v utorok od 8,30 hod..

12. Pôvodne ustanovený znalec MUDr. A. Š., znalec z odboru zdravotníctvo a farmácia, odvetvie traumatológia podal vo veci znalecký posudok č. 4/2008, kritizovaný, pokiaľ ide o závery v uznesení Krajského súdu Žilina.

13. Na základe preštudovania zdravotnej dokumentácie žalobkyne a na základe vlastného vyšetrenia znalec konštatoval, že žalobkyňa v súvislosti s úrazom, ktorý utrpela pri páde z rebríka dňa 10.8.2003, utrpela zranenia a to trieštivú dislokovanú zlomeninu horného konca ramennej kosti na pravej hornej končatine a poranenie axilárneho nervu na pravej hornej končatine. Zdravotné poškodenie u žalobkyne spôsobené úrazom sa zhoršilo v dôsledku nozokomiálnej infekcie mäkkých tkanív v oblasti horného konca ramena vpravo a dôsledku zlého kostného hojenia u žalobkyne. U žalobkyne došlo ku vzniku pseudarthrózy (pakľbu) v oblasti horného konca ramennej kosti a výraznej atrofii svalstva ramenného pletenca na pravej hornej končatine v dôsledku poruchy inervácie pre pourazové poškodenie axilárneho nervu. Liečba u žalobkyne pre predmetné poškodenie pravej hornej končatiny bola poskytnutá lege artis. Pacientka bola úraze vyšetrená na ambulancii ortopedicko-traumatologickej kliniky, bolo vykonané RTG vyšetrenie ramenného kĺbu vpravo a ramennej kosti vpravo. Na základe klinického a RTG vyšetrenia bola žalobkyňa poučená o svojom zdravotnom stave, hospitalizovaná a správne indikovaná k operácii. Vzhľadom o neúspešný pokus o zatvorenú repozíciu v celkovej anestéze pre trieštivý charakter zlomeniny a dislokáciu fragmentov, bola indikovaná otvorená repozícia zlomeniny ramennej kosti a ich

vzájomná fixácia - osteosyntéza a fixácia Dessaultovým obvazom. Ide o špeciálne naložený obvaz za účelom imobilizácie hornej končatiny. Žalobkyni pre vysoké riziko infekcie, vzhľadom na rozsiahle poškodenie svalstva ramenného pletenca vpravo úločkami kosti a s tým spojené zakrvácanie, boli už predoperačne podané antibiotiká v injekčnej forme, v užívaní ktorých pokračovala vo forme tabletiiek na základe zdravotnej dokumentácie a výpovede jej praktickej lekárky aj po prepustení z nemocnice. Pri zistení infekcie v okolí osteosyntetického materiálu boli žalobkyni podané ďalšie antibiotiká - Doxybene a podľa výsledku kultivácie (zlatý stafylokok) následne ďalšie antibiotiká Oxacilín. Podľa zdravotnej dokumentácie po odstránení osteosyntetického materiálu Kirschnerových drôtov dňa 11.9.2003 a preliečeni antibiotikami dňa 23.9.2003 bola už žalobkyňa bez zápalových prejavov v oblasti ramena vpravo. K ústupu zápalových prejavov teda došlo za dvanásť dní po antibiotickej liečbe v tabletkovej forme, z čoho znalec usúdil, že sa nejednalo o infekciu hlbších mäkkých štruktúr a kostí, ale len o infekciu v oblasti Kirschnerových drôtov na koži a v podkoží. Vzhľadom na časový interval od ukončenia hospitalizácie a infekčný agens sa jednalo o nozokomiálnu infekciu, ktorá po aplikácii antibiotickej liečby bola zvládnutá. Na základe klinického vyšetrenia a EMG vyšetrenia následne bolo potvrdené ťažké pourazové poškodenie axilárneho nervu a aplikovaná medikamentózna liečba na podporu revitalizácie nervu a vitamínová liečba a rehabilitačná liečba. Pre poruchu kostného hojenia došlo u žalobkyne ku vzniku pseudoarthrózy, teda pakľbu v oblasti trieštivej zlomeniny horného konca ramennej kosti vpravo. Pre túto diagnózu bola správne indikovaná ku ďalšej operácii - spongioplastike - implantácií kostných štepov do miesta pakľbu za účelom ich zhojenia a tým aj podpory zhojenia pakľbu a súčasnej osteosyntézy ramennej kosti. U pacientky opakovane nedošlo ku riadnemu kostnému zhojeniu v oblasti pseudoarthrózy, naopak došlo postupne k uvoľneniu osteosyntetického materiálu, ktorý bol odstránený. Najprv vonkajší fixátor a následne s odstupom času aj vnútrodreňovo zavedené Hacketalove prúty.

14. Úraz zo dňa 10.8.2003 u žalobkyne zanechal tieto zdravotné následky - pakľb v oblasti horného konca ramennej kosti vpravo, obmedzenie aktívnej fyziologickej hybnosti ramenného kĺbu vpravo, obrnu axilárneho nervu vpravo. Zdravotné následky - obmedzenie aktívnej fyziologickej hybnosti v ramennom kĺbe vpravo a obrna axilárneho nervu vpravo sú trvalé a nemenné. Boli spôsobené poranením axilárneho nervu pri úraze, čo malo za následok poruchu inervácie svalstva ramenného pletenca vpravo a tým poruchu jeho výživy a funkcie. Pakľb v oblasti horného konca ramennej kosti vpravo vznikol pre poruchu kostného hojenia. Na základe RTG vyšetrení z predchádzajúcich rokov a RTG vyšetrení z mája 2008 sa jednalo o atrofickú pseudoarthrózu, teda pakľb vzniknutý v dôsledku poruchy výživy kosti a kostného hojenia. U pacientky teoreticky je možné operačné riešenie odstránenia pseudoarthrózy horného konca ramennej kosti vykonaním operácie - odstránenia hlavice ramennej kosti a jej náhrady protézou. Prakticky, ale vzhľadom na pourazovú obrnu axilárneho nervu a obrnu brachiálneho plexu v dôsledku inaktivity a poruchu trojky svalstva ramenného pletenca, táto operácia významnejšie nezmení a neovplyvní terajší funkčný stav pravej hornej končatiny u žalobkyne. Na otázku, či zdravotné následky uvedené znalcom boli následkom nesprávnej liečby, alebo nesprávneho postupu pri operácii, ak áno, v akom smere, alebo mechanického poškodenia spôsobeného úrazovým dejom, alebo mechanického poškodenia nervov počas operácie, alebo pri extrahovaní vnútorných fixátorov, alebo nozokomiálnej nákazy, alebo prípadne inej skutočnosti, znalec odpovedal, že zdravotné následky vznikli v dôsledku mechanického poškodenia spôsobeného úrazovým dejom a v dôsledku poruchy kostného hojenia. Ďalej spomenul, že po 10.8.2003 u žalobkyne boli vykonané ďalšie operácie a to 11.9.2003 v lokálnej anestéze bola vykonaná extrakcia osteosyntetického materiálu 5 kusov Kirschnerových drôtov, 21.4.2004 bola vykonaná spongioplastika, osteosyntéza ramennej kosti vpravo Hacketalovými prútmami a naložený vonkajší fixátor, 13.5.2004 bol odstránený vonkajší fixátor z ramennej kosti vpravo a 2.9.2005 bola vykonaná extrakcia osteosyntetického materiálu z ramennej kosti vpravo a to 3 kusov Hacketalových prútov, pričom operácia číslo dva bola nutná na odstránenie následku pseudoarthrózy ramennej kosti vpravo (operácia z 21.4.2004).

15. Znalec pritom nepochybne vychádzal zo zdravotnej dokumentácie, ktorej kópie obsahoval aj spis a ktorá mu bola zapožičaná žalovanou, napríklad z nálezu o vyšetrení žalobkyne zo dňa 11.9.2003 (č.l. 36, ktorý spísal MUDr. O. E.). Vyvrátil však podobne, ako vyjadrenie MUDr. E. J., ošetrujúcej lekárky žalobkyne (č.l. 69) tvrdenia žalobkyne o tom, že antibiotiká po prepustení z nemocnice užívala len jeden deň. Z vyjadrenia MUDr. E. J. (č.l. 69) vyplynulo, že žalobkyňa bola hospitalizovaná na ortopedicko - traumatologickej klinike v Martine od 10.8.2003 do 13.8.2003, na ambulancii sa hlásila 14.8.2003, kedy jej ošetrujúca lekárka ordinovala antibiotiká Augmentin a ďalšie doporučené analgetiká podľa prepúšťacej správy. V tom období vypísala aj OČR pre manžela žalobkyne, nakoľko žalobkyňa sa ešte sama nevedela o seba postarať. Na kontrole bola u nej žalobkyňa 22.8.2003, kedy jej boli predpísané

analgetiká a Vitacalcín tabletky. Dňa 16.9.2003 pre vytvorený absces v operačnej rane jej bol podaný Oxacilín a v prípade zhoršenia zdravotného stavu hospitalizácia.

16. Znalec k námietkam žalobkyne, ktorá závery znaleckého posudku namietala, predovšetkým vo svojom písomnom vyjadrení z 18.11.2008 (č. l. 171 - 174) najmä v tom smere, že k poškodeniu axilárneho nervu došlo v dôsledku úrazového deja, k záverom znalca o liečbe lege artis, ak žalobkyňa sa nakazila nozokomiálnou nákazou a k tomu, že zlomenina bola nedostatočne imobilizovaná a predčasná rehabilitácia mohla tiež spôsobiť poškodenie, ktoré navyše mohla spôsobiť aj zápalová komplikácia, pre ktorú museli byť predčasne odstránené drôty, sa potom vyjadril aj ústne vo svojej výpovedi a to aj opakovanej výpovedi pred súdom.

17. Na pojednávaní dňa 29.10.2009 znalec zotrval na záveroch svojho znaleckého posudku. Uviedol, že znalecký posudok vypracoval na základe jednak spisového materiálu poskytnutého Okresným súdom Martin, jednak na základe zdravotnej dokumentácie žalobkyne a na základe vyšetrenia, ktorá u žalobkyne urobil a tiež röntgenového vyšetrenia. Uviedol, že pokiaľ v posudku používa výraz poúrazový, znamená to, že tzv. poúrazové poškodenie axilárneho nervu vzniklo v dôsledku úrazu. Čiže bol spôsobený úraz a následne pri úraze sa poškodil axilárny nerv. Pokiaľ by tento nerv bol poškodený pri následných operáciách žalobkyne, používal by znalec v posudku termín tzv. iatrogénne poškodenie. Znalec vysvetlil, že nozokomiálna infekcia je infekcia získaná v rámci hospitalizácie v nemocnici a usúdil o nej na základe infekčného agens, ktoré bolo u žalobkyne dokázané kultivačným vyšetrením, keď bola dokázaná, že infekcia okolo Kirschnerových drôtov bola spôsobená baktériou *Staphylococcus aureus*, ktorý je typickou nozokomiálnou baktériou a je patogénnym faktorom v rámci nemocnice. Jedná sa o problém v podstate všetkých nemocníc nie len na Slovensku, ale aj na svete. Znalec vysvetlil, prečo usúdil, že u žalobkyne nešlo o hlbokú infekciu a uviedol, že u žalobkyne vznikol len lokálny zápal so sekréciou v oblasti Kirschnerových drôtov, ktorý bol zvládnutý pri zmene antibiotík na Oxacilín, teda zápal neprenikol do hlbších štruktúr a v podstate po extrakcii Kirschnerových drôtov a ďalšej antibiotickej liečbe zápal ustúpil. Vychádzal pritom z objektívnych nálezov v zdravotnej dokumentácii žalobkyne. K námietkam žalobkyne, že podľa vyjadrenia röntgenológa z 26.1.2004 tento nevyklučuje zmeny po zápale kosti, znalec uviedol, že z daného nálezu vyplýva jednoznačne spomalené a oneskorené hojenie, pričom nález podľa znalca svedčil skôr o spomalení metabolizmu z kostného tkaniva a zhoršení kostného hojenia, ktoré v tom veku, v akom úraz postihol žalobkyňu je pomerne bežné. Keby išlo u žalobkyne o zápal kosti, nebolo by možné ho antibiotikami podávanými perorálne zvládnuť tak krátko, ako to bolo u žalobkyne. Naopak, keby infekcia prenikla až ku samotnému zlomenému kĺbu, hrozilo by kompletne odumretie hlavice, rozpad jednotlivých fragmentov kosti v dôsledku infekcie a infekčné zasiahnutie celého organizmu, čiže u žalobkyne by boli nutné ďalšie operácie, nutné drenáže, preplachové drenáže s antibiotikami a opakované operačné výkony. Uviedol, že na vzniku pakíbu u žalobkyne sa podpísal jednak charakter zlomeniny, kde aj znalec uviedol, že zo snímok, ktoré mu boli predložené zistil, že sa jednalo o závažnú ťažkú trieštivú zlomeninu v oblasti horného konca ramennej kosti, kde v tomto mieste vždy pri takomto type zlomeniny dôjde aj k potrhaniu svalov, zakrvácaniu, poškodeniu ciev, k vzniku veľkých zranení, či už v svale, alebo v podkoží, v dôsledku čoho je poškodená výživa samotnej kosti. Kosť bola potom zreponovaná operáciou a zafixovaná Kirschnerovými drôťmi. Postavenie na röntgenoch pooperačne bolo vyhovujúce a adaptačne boli urobené predpoklady preto, aby sa zhojila. Samozrejme v dôsledku poruchy výživy, v dôsledku aj možného horšieho zhojenia vzhľadom na postupne vznikajúcu osteoporózu u žalobkyne a tiež v dôsledku ochrnutia nervu, sa zhoršila výživa deltového svalu, ktorý obaľuje túto oblasť, takže atrofoval v dôsledku poškodenia výživy a následne tým aj kosť, u ktorej sa zhoršilo jej hojenie. Znalec jednoznačne vylúčil, že by u žalobkyne vzniklo infikovanie pakíbu, nakoľko takáto kostná infekcia by sa nedala zvládnuť antibiotikami podávanými perorálne. Znalec zotrval na tvrdení, že zdravotné následky vznikli v dôsledku mechanického poškodenia úrazovým dejom a následku poruchy kostného hojenia.

18. K námietkam žalobkyne uviedol, že pokiaľ v jej nálezoch bolo uvádzané, že periféria je bez neurocirkulačných zmien, svedčí to preto, že je funkčný ešte tepenný systém končatiny, že nebola poškodená veľká cieva v oblasti pazuchy, alebo ramennej kosti, kde došlo k zlomenine, čiže cievne zásobenie bolo popísané ako nepoškodené. Čo sa týka nervového zásobenia, svedčí to preto, že funkčný bol nervus mediánus, čiže stredový nerv, čiže nebola poškodená citlivosť. Funkčný bol v tom období aj nervus radiális, vretenný nerv, keďže žalobkyňa mohla hýbať zápästím, a funkčný bol lakťový nerv, teda neboli tam znaky poškodenia lakťového nervu. Čo sa ale týka poškodenia nervov, tak počas úrazu žiadny neurológ nie je schopný jednoznačne určiť poškodenie nervu, nakoľko v oblasti úrazu je

opuch, bolesť a nie je možné jednoznačne vyšetriť citlivosť v danej lokalite. Čiže vždy, ak je riziko, že došlo k poškodeniu axilárneho nervu, je možné dokázať to len EMG vyšetrením a prvé EMG vyšetrenie bolo robené šesť týždňov po úraze, kedy stav žalobkyne bol stabilizovaný. Kým teda zlomenina nie je aspoň čiastočne zhojená, nie je možné objektívne stanoviť poškodenie nervu. Znalec uviedol, že tvrdenia žalobkyne ohľadne toho, že ošetrojúci doktor MUDr. D. ju videl len z dverí, nie je možné objektívne preukázať, nakoľko znalec musel vychádzať len zo zdravotnej dokumentácie a podľa nej v deň, keď ju vyšetruval MUDr. D., bol zdravotný výkon vykonaný, bol uskutočnený preväz, bolo doporučené ďalšie vyšetrenie a zmenené antibiotiká.

19. K tvrdeniam žalobkyne, že liečba samotnej zlomeniny bola krátka, zápalová komplikácia bola negatívnym momentom, pre ktorú museli byť predčasne odstránené drôty a že týmto nedokonalým liečebným postupom bola žalobkyňi spôsobená ťažká porucha funkčnosti pravej hornej končatiny, znalec uviedol, že použitie osteosyntetických materiálov, ktoré boli u žalobkyne použité v roku 2003 bolo v tomto období obvyklé, išlo o dostupný osteosyntetický materiál a operácia bola vykonaná správne. Dnes už je možné vzhľadom na výsledky lekárskej vedy kvalitnejšie vykonať osteosyntézu, sú na to kvalitnejšie materiály, ktoré ale v tomto období, keď došlo k úrazu žalobkyne ešte na Slovensku dostupné neboli. V lekárskejších kruhoch je diskutabilné, ako dlho je nutné operovanú končatinu fixovať. Niekedy je fixovaná veľmi dlho, kedy sa zlomenina krásne zhojí, zhojenie je potvrdené röntgenologicky, avšak rameno pacienta je stuhnuté tak, že ho pacient už nerozcvičí. Preto je často nutné zvoliť kompromis medzi operačnou liečbou a čiastočnou funkčnou liečbou, hlavne pri liečbe zlomenín horného konca ramennej kosti, kde sa volí varianta, že sa skôr začne rehabilitovať, pretože v prípade, že by sa s rehabilitáciou čakalo dlhšie, došlo k stuhnutiu ramena. Tým viac, ak je poškodená inervácia deltového svalu. Znalec pripustil, že pokiaľ išlo o extrakciu osteosyntetického materiálu, bolo to zrejme v dôsledku infektu, takže lekári boli nútení extrahovať materiál o niečo skôr, keďže sa báli, aby infekť sa nepreniesol do hlbších častí ramena a následne by vznikla ťažká infekcia v mieste hojenia kosti, nakoľko by infekť po drôtoch, ktoré kosť fixovali zostupoval do hlbších štruktúr ramena. Takže extrakcia Kirschnerových drôtov, teda vnútorných fixátorov bola indikovaná práve preto, aby nedošlo k zhoršeniu zápalových procesov. Pokiaľ išlo o rehabilitáciu, je tendencia hneď potom, ako sa zruší imobilizácia zlomenej končatiny začať s rehabilitáciou a to o to skôr, ak je riziko poškodenia nervového tkaniva, čím sa sleduje, aby končatina začala pracovať, aby sa odstránila hypotrofia a odstránila afunkčnosť končatiny.

20. Znalec pripustil, že možno ten faktor, že išlo o infekť v oblasti rany, v dôsledku čoho sa museli skôr extrahovať drôty, by sa mohol podieľať čiastočne na zdravotnom následku u žalobkyne a čiastočne by mohol príčinou vzniku pakíbu, pretože fixátory, teda Kirschnerové drôty mali svoj význam pri fixovaní zlomeniny, a po ich vybratí sa fixácia, stabilita zlomeniny zhoršila, čo mohlo sa podieľať na vzniku pakíbu v oblasti horného konca ramennej kosti. Znalec totiž pripustil, že fixátory boli vybraté približne 5 týždňov po operácii, pričom bežne, pokiaľ nehrozí infekcia, prenesenie infekcie po takomto osteosyntetickom materiály do hlbších štruktúr, sa fixátory vyberajú zhruba po 6 týždňoch až dvoch mesiacoch. To je ale individuálne a závisí od procesu hojenia. Inak sa totiž zlomenina hojí u mladých ľudí, a inak je to u starších ľudí, kde by fixácia mala zostať dlhšie. Znalec potom vyjadril percentuálne, do akej miery sa predčasné vybratie fixátorov v dôsledku snahy zabrániť prieniku infektu do hlbších štruktúr ramena mohlo podieľať na vzniku pakíbu u žalobkyne a vyjadril názor, že z jeho pohľadu by sa táto skutočnosť mohla podieľať možno v 10% na vzniku pakíbu u žalobkyne. Uviedol však, že pokiaľ by drôty boli ponechané dlhšie a na základe následne dokázanej infekcie, čo bolo vykonané kultiváciou, že tam bola infekcia zlatým stafylokokom hrozilo, že pozdĺž tých drôtov, ktoré sú nosičom následnej infekcie, keďže je to cudzorodý materiál v organizme, by sa infekcia mohla preniesť až prakticky do jednotlivých úlomkov kosti, kedy by prenikla vlastne do kĺbu, mohlo byť dôjsť ku kompletnému odumretiu hlavicu, k rozpadu jednotlivých fragmentov kosti, k infekcii samotného celého organizmu, čo by si vynútilo ďalšie operácie, drenáže, preplachové drenáže s antibiotikami, opakované operačné výkony, pričom liečby antibiotikami by nebola možné len v tabletkovej forme, ale bola by musela byť vykonaná dvoj až trojkombináciou antibiotík na zvládnutie celého infektu, resp. samotnej sepsy organizmu, nakoľko by hrozila celková infekcia organizmu a žalobkyňa by mohla byť ohrozená aj životom. Ak sa daný infekť aj podarilo zvládnuť, ohrozovalo by to žalobkyňu v zmysle rizika straty samotnej hornej končatiny a to nie len funkčne, ako je to teraz, ale vlastne anatomicky. Nakoniec znalec uviedol, že nozokomiálna nákaza je strašiacom každého chirurga, nakoľko sa vyskytuje všade na svete a je možné jej zabrániť poctivým dodržaním sterilného režimu a hygienického režimu na operačných sálach. K tomu sú vypracované štandardy, ktoré sa musia dodržiavať. Na kontrolu dodržiavania hygieny na operačných sálach a oddeleniach sa robia pravidelné stery orgánmi verejného zdravotníctva a základe výsledkov týchto sterov sa stanovujú antibiotiká, ktoré

sa používajú ako profylaxia pri operáciách, resp. spektra antibiotík na základe kultivácie mikróbov, ktoré sa v danom čase na oddelení nachádzajú, aby boli účinné, ale nikdy to nie je stopercentne účinné a jedná sa stále o riziko pri všetkých operačných výkonoch. Vzhľadom na priebeh ochorenia u žalobkyne a jej zdravotné nálezy, znalec však kategoricky vylúčil, že by u žalobkyne v auguste až v septembri 2003 došlo k zápalu kosti, teda k osteomyelitíde (výpoveď znalca na č.l. 208 - 209).

21. V priebehu konania sa žalobkyňa podrobila aj rádionuklidovému vyšetreniu na Klinike nukleárnej medicíny MFN (č.l. 239 - 242). S výsledkami týchto vyšetrení bol ustanovený znalec oboznámený a súd potom znalca v súvislosti s výsledkami týchto vyšetrení opätovne vypočul na pojednávaní dňa 20.7.2011, pričom znalec vo svojej výpovedi (č.l. 313 - 319) zotrval na výsledkoch svojho znaleckého posudku a uviedol, že zo záverov scintigrafického vyšetrenia, ktoré sú v spise, nevyplýva v ramene žalobkyne aktivita v zmysle zápalového procesu, keď by sa jednalo o osteomyelitídu. Zotrval na tvrdení, že samotná nozokomiálna nákaza (ktorá v tom čase ešte bola u žalobkyne nevyvrátená vzhľadom na výsledky ďalšieho dokazovania, ktoré súd urobil po 20.7.2011) neovplyvnila trvalé následky, vznik trvalých následkov mohol ovplyvniť len čiastočne skoršia extrakcia fixátrov, ktorá bola urobená ako prevencia, aby infekcia z mäkkých častí sa nepreniesol ku kosti. Znalec nevyvylúčil, že by nákaza stafylokokom aureus, ktorý je ale špecifický hlavne pre nemocničné prostredie, mohla vzniknúť aj mimo nemocnice pri nejakej manipulácii prípadne na ambulancii. Vyslovil však dohad, že u žalobkyne zrejme nešlo o veľmi agresívny kmeň, keď sa ho podarilo zvládnuť tabletkovou liečbou. Že infekcia neprenikol ku kosti, podľa jeho názoru dokázalo aj scintigrafické vyšetrenie, ktorému sa žalobkyňa po podaní znaleckého posudku podrobila. Uviedol, že ďalšie operácie, ktorým sa žalobkyňa potom od roku 2003 podrobila, súviseli s liečbou vzniknutého pakiu a pripustil, že za predpokladu, že by bolo preukázané zavinenie žalovanej na vzniku pakiu v dôsledku nozokomiálnej nákazy a predčasného vybratia fixátrov, bolo by nutné korigovať závery znaleckého posudku aj pokiaľ ide o odškodnenie bolestného u žalobkyne v súvislosti s ďalšími operáciami, ktorým sa žalobkyňa podrobila.

22. Žalovaná potom v súvislosti s výsledkami vykonaného dokazovania predkladala dôkazy preukazujúce, že v kritickom období dodržiavala hygienicko-epidemiologický režim na operačných sálach ortopedicko-traumatologickej kliniky a vo svojom vyjadrení zo dňa 19.7.2011, toto bolo podané pred pojednávaním z 20.7.2011 poskytla vyjadrenie prednostu ortopedicko - traumatologickej kliniky MUDr. D. C. B., z ktorého vyplýva, že podľa ambulancných záznamov hojenie rany žalobkyne v auguste a septembri 2003 boli komplikované vznikom atrofickej pseudoarthrózy so zlyhaním fixácie a infekciou v okolí Kirschnerových drôtov. Príčina uvedeného stavu jednoznačne nespočívala vo vybratí fixácií, nakoľko riešila uvedenú komplikáciu. Operácia pseudoarthrózy humeru z 21.4.2004 riešila stabilizáciu pseudoarthrózy, avšak pre zlý biologický stav kostného tkaniva pochopiteľne zlyhala. Žalobkyňa však bola oznámená s možnými rizikami a s operáciou súhlasila. Zo záverov tohto vyjadrenia vyplynula, že žalobkyňa si ťažkým úrazom sama spôsobila stav, v akom sa nachádza jej horná končatina.

23. Žalovaná potom predložila štandardný pracovný postup pre hygienicko-epidemiologický režim na operačných sálach (č.l. 310 - 310h), ktorý mal byť dodržiavaný od marca 2003 na Ortopedicko-traumatologickej klinike v Martine.

24. Následne ale žalovaná pripojila výsledok kultivačného vyšetrenia zo sterov odobratých žalobkyňou dňa 11.9.2003 (č.l. 325) na oddelení klinickej mikrobiológie žalovaného, ktoré boli odoslané 13.9.2003 na ortopedicko - traumatologickú kliniku. Z výsledkov tohto kultivačného vyšetrenia vyplýva nález - pôdy ostali sterilné, z čoho vyplýva, že zo sterov odobratých žalobkyňou dňa 11.9.2003, z ktorých mal byť údajne vykultivovaný stafylococcus aureus, nebola podľa výsledkov tohto mikrobiologického vyšetrenia táto baktéria v steroch žalobkyne vykultivovaná. Tento nález podľa presvedčenia súdu zásadným spôsobom zvrátil výsledky dokazovania, nakoľko obsah tohto nálezu (č.l. 325) bol v príkrom rozpore so zdravotnými nálezmi žalobkyne, ktoré sama pripojila do spisu (na č.l. 36 a na č.l. 107), kde je nález zlatého stafylokoka vždy v inej časti ambulancného záznamu napísaný rukou. Skutočnosť, kto údaj, že u žalobkyne mal byť kultivovaný zlatý stafylokok, inak stafylococcus aureus, dopísal na tieto dva ambulancné záznamy, ktoré sú inak obsahovo zhodné a ktoré do spisu v kópii pripojila žalobkyňa, už žalobkyňa vysvetliť nevedela a uviedla, že si to nepamätá. Pri svojom dodatočnom výsluchu dňa 21.10.2011 však MUDr. O. E., ktorý spisoval nález u žalobkyne zo dňa 11.9.2003 uviedol, že tieto slová na týchto nálezoch nie sú napísané jeho rukou. Žalobkyňa v druhej fáze konania uviedla, že rukopis na zázname (z č.l. 36) jej doplnila sestrička u MUDr. G. v roku 2005.

25. Vzhľadom na nález z mikrobiologického vyšetrenia sterov odobratých žalobkyni dňa 11.9.2003 (z ktorých mal byť údajne vykultivovaný zlatý stafylokok) a vzhľadom na jeho konštatovanie v oficiálnej zdravotnej dokumentácii žalobkyne, súd potom zameral dokazovanie na skutočnosť, akým spôsobom (vzhľadom na negatívny nález mikrobiologického vyšetrenia) sa konštatovanie o zlatoť stafylokokovi dostali do ambulantných záznamov žalobkyne, z ktorých potom vychádzal aj Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, aj znalec pri sumarizovaní zdravotného stavu žalobkyne. Žalovaná strana totiž predložila dôkazy, že pri steroch, ktoré boli odoberané 15.10.2003 na Ortopedicko - traumatologickej klinike v Martine, nebola vykultivovaná táto baktéria. Navyše súd z vlastnej iniciatívy vykonal dožiadanie na Regionálny úrad verejného zdravotníctva v Martine, ktorý na dožiadanie súdu v svojom liste z 19.9.2011 (č.l. 355) uviedol, že v roku 2003 bola pracovníkmi Regionálneho úradu verejného zdravotníctva, odbor epidemiológie na Ortopedicko - traumatologickej klinike vykonaná kontrola HER odberom sterov na kultivačné vyšetrenie z vysterilizovaného materiálu a z prostredia v termínoch 19.3.2003 a 15.10.2003. Kontrola účinnosti sterilizátorov bola vykonaná 13.10.2003. Počas vykonaných kontrol HER v roku 2003 nebola zo sterov z vysterilizovaného materiálu a z prostredia kultivačne potvrdená baktéria staphylococcus aureus. Z toho vyplynulo, že pri kontrole uskutočňovanej orgánmi hygieny v roku 2003 nebola zistená baktéria staphylococcus aureus na Ortopedicko-traumatologickej klinike v Martine.

26. K nálezu z mikrobiologického vyšetrenia steru žalobkyne zo dňa 11.9.2003 z Oddelenia klinickej mikrobiológie Univerzitnej nemocnice Martin sa potom vyjadril RNDr. H. E. (č.l. 356 - 357), ktorý vo svojom vyjadrení uviedol, že vzorka materiálu od žalobkyne bola doručená na mikrobiologické oddelenie vtedajšej MFN vo štvrtok 11.9.2003. Primokultivácia, teda okamžitá priama inokulácia vzorky po doručení na kultivačné pôdy bola vyhodnotená po 24 hodinách dňa 12.9.2003 príslušným vysokoškolákom zaradeným na danom pracovnom úseku, spätne sa však nedá zistiť, kto v konkrétny deň hodnotil vzorky. Dňa 13.9.2003 počas sobotňajšej služby vyhodnotil sám RNDr. H. E. výsledok 24-hodinového pomnoženia vzorky v živom bujóne. Tento druhý krok slúži na pomnoženie baktérií v prípade, že ich vzorka obsahuje tak málo, že sú pod hranicou kultivovateľnosti z priamej vzorky, respektívne na resuscitáciu mikróbov poškodených liečbou, transportom do laboratória, overenie hodnovernosti nálezu z primokultúry a podobne. Výsledok pomnoženia RNDr. E. vyhodnotil ako negatívny, teda nezaznamenal žiadny rast mikróbov, čo znamená, že výsledok celého vyšetrenia bol uzavretý ako negatívny so záverom pôdy ostali sterilné. Definitívny výsledok bol odoslaný 13.9.2003 a jednoznačne neobsahoval údaj o náleze druhu staphylococcus aureus ani o citlivosti na tento druh. Negatívny výsledok je aj logický, ak berieme do úvahy skutočnosť, že pacientka bola predtým preliečená širokospektrálnym antibiotikom Doxycyklínom. Oznámenie nálezu staphylococcus aureus s jeho údajnou citlivosťou na oxacilín pri prihladnutí na algoritmy vyšetrenia tohto typu materiálu nikdy nemohlo byť podané žiadnym z vysokoškolákov na oddelení. Takýto údaj by bolo možné podať až v sobotu 13.9.2003. Výsledok sa však stáva valídny až po jeho distribúcii v tlačenej forme objednávateľovi vyšetrenia, preto RNDr. E. jednoznačne vylúčil možnosť akejkoľvek manipulácie a upravovania výsledkov v archívnom materiáli.

27. Vzhľadom na takúto rozporuplnosť nálezov z oddelenia mikrobiológie a z nálezov, ktoré boli konštatované u žalobkyne podal vysvetlenie vo veci primár ortopedicko - traumatologickej kliniky MFN MUDr. H. G., ktorý vo veci aj vypovedal. Vo svojom vyjadrení (č.l. 362) primár MUDr. H. G. uviedol, že u žalobkyne 11.9.2003, ako to vyplýva zo záznamu o jej vyšetrení, bolo zistené, že oblasť okolo drôtov bola zapálená a rany secernovali, bola odobratá kultivácia. Je bežnou praxou, že v prípade jednoznačného nálezu zápalovej aktivity ordinujú pracovníci kliniky v záujme rýchlo zasiahnutia pacienta, antibiotika empiricky, čo v danom prípade vychádzalo z klinického nálezu na prítomnosť staphylococcus aureus. Dňa 12.9.2003 na základe uvedených skutočností bol nasadený Oxacilín, pričom v zázname je uvedené, že kultivačne sa jedná o staphylococcus aureus. Vzhľadom k tomu, že kultivácia bola odobratá deň predtým, bol takýto nález v zázname zo dňa 12.9.2003 uvedený len na základe klinického nálezu, nakoľko výsledok kultivácie nemohol byť ešte známy. V uvedenom čase predpis antibiotík tohto typu bol viazaný na kultiváciu. Nakoľko hrozilo rozšírenie infekcie, boli nasadené antibiotiká tohto typu a charakteru, ako je uvedené vyššie. Komisia pri posudzovaní tohto stavu zrejme vychádzala už len z ambulantných záznamov a nie z oznámení kultivačných nálezov z mikrobiológie.

28. K obsahu tohto vyjadrenia sa potom vyjadril aj MUDr. O. E. pri svojom druhom výsluchu na pojednávaní dňa 21.10.2011, ktorý vo svojej výpovedi okrem iného uviedol, že v období roku 2003 bol veľký problém s predpisovaním antibiotík, a ak ošetrojúci lekár chcel zmeniť nejaké antibiotikum, ktoré sa mu zrejme nezdalo vhodné na zvládnutie infekcie, mohol aj na základe skúseností a z pohľadu na ranu určiť resp. odhadnúť, že by mohlo ísť o takúto baktériu a v záujme rýchleho zásahu, aby poistovňa

preplatila preordinované antibiotiká, uviesť odhadom, o aký typ baktérie podľa neho by mohlo ísť. Výsledky mikrobiológie však 12.9.2003 ešte nemohli byť ordinujúcemu lekárovi, ktorým podľa záznamu žalobkyne bol MUDr. H. G., známe, pretože sa stali známe až neskôr.

29. V podstate rovnako vo veci vypovedal aj MUDr. H. G., pri svojej výpovedi 2.12.2011, ktorý potvrdil, že v danom čase predpisovanie antibiotík bolo viazané na kultivačný výsledok. Kultivácia podľa jeho názoru z hľadiska medicínskeho nebola diagnostikou, ale bola len pomocnou metódou, takže keď on ako lekár zistil príznaky infektu, bol povinný tento infekt liečiť. Bol povinný aj odobrať materiál na kultiváciu, ale najmä bol povinný liečiť infekt tak, aby sa ďalej nerozšíril a nenarobil viacej škôd, ako je. Čiže napriek tomu predpisu on uznal za vhodné indikovať zmenu antibiotickej liečby na základe klinického nálezu, ktorý bol u žalobkyne, v tomto prípade klinickým nálezom bol zápal okolo zavedených Kirschnerových drôtov. Keby nebol preordinoval antibiotiká a čakal až na výsledky kultivácie, mohlo by dôjsť k vyšším škodám. Vyslovil tiež názor, že u žalobkyne nemohlo ísť o nozokomiálnu nákazu, pretože o tej sa nedá hovoriť, ak sa u pacientky zistí infekcia mesiac po opustení nemocnice, nakoľko túto infekciu mohla dostať do rany už aj napríklad oblečením kabáta. O nozokomiálnej nákaze sa hovorí vtedy, ak pacient je infikovaný špeciálnym kmeňom, ktorý je príznačný len pre tú ktorú nemocnicu a ak je preukázané, že ide u pacienta šlo o práve takýto kmeň, ktorý je príznačný len pre tú ktorú nemocnicu, alebo ak infekcia vznikne v čase hospitalizácie, čo u žalobkyne nebolo. Uviedol, že so žalobkyňou sa prvýkrát stretol 12.9.2003, keď ho navštívila so sestrou a požiadala ho, aby sa pozrel na jej operačnú ranu. On vtedy z vizuálneho pohľadu zistil, že by mohlo ísť o infekciu a že je potrebné preordinovať antibiotiká, tak ordinoval iné antibiotiká a v záujme zmeniť ordinované antibiotiká empiricky usúdil, že by mohlo ísť o staphylococcus aureus. Sledoval tým zabránenie ďalšieho rozvoja infekcie smerom ku kosti.

30. Z doplnenej výpovede MUDr. O. E. (č.l. 388 - 390) potom vyplynulo, že MUDr. E. 11.9.2003 vybral všetky fixatéry, ktoré v tom období už neplnili svoju funkciu, nakoľko „vycestovali nad kožu“ a keďže okolie rany secernovalo, nebolo vhodné, aby ďalej zostávali, mohlo totiž dôjsť k tomu, že zápal, ktorý bol zistený v okolí drôtov, by „cestoval ďalej ku kosti“ a spôsobil rozsiahlejšiu infekciu. V tom období ho nikto neinformoval o tom, že u žalobkyne potom, čo jej odobral materiál z okolia Kirschnerových drôtov na kultiváciu, bol zistený zlatý stafylokok. Vedomosť o prípadnej existencii zlatého stafylokoka určite nebola dôvodom, pre ktoré vyberal drôty 11.9.2003. On totiž k tomuto dňu takúto informáciu o existencii takejto baktérie v okolí rany nemal, pretože v tento deň len odoberal materiál na kultiváciu. Ak 11.9.2003 bol štvrtok, tak v piatok určite nevolal do laboratória ohľadne výsledkov kultivácie, nakoľko kultivácia trvá aj tri až štyri dni, a nasledoval víkend. Nepamätal si už, či v nasledujúcich dňoch po 11.9.2003 sa stretol s nejakým zdravotným záznamom ohľadne žalobkyne z mikrobiológie, kde boli odoslané jej stery a ktoré by svedčili pre existenciu zlatého stafylokoka. Kirschnerové drôty jednoznačne vybral len z toho dôvodu, že už neplnili svoju funkciu a z pozorovania okolia rany, bolo zrejmé, že je tam infekcia, teda sledoval zabráneniu prieniku infekcie ku kosti a aj pre už nefunkčnosť drôtov. Uviedol, že Kirschnerové drôty boli správne zavedené a prečo došlo k tomu, že vycestovali (vybehli nad kožu), nevedel uviesť. Navyše poprel, že by žalobkyňa bol ordinoval nejaké antibiotiká, nakoľko v tom období žalobkyňa ordinované antibiotiká mala.

31. Jeho výpoveď bola v rozpore s výpoveďou svedkyne D. Q., sestry žalobkyne, ktorá vo svojej výpovedi tvrdila, že zmenu antibiotík ordinoval MUDr. E. podľa presvedčenia súdu, si však svedkyňa presne nepamätala, nakoľko aj zo zdravotnej dokumentácie žalobkyne, resp. z výpisu z jej zdravotnej dokumentácie, ktorú pripojila žalovaná (na č.l. 363 - 370) vyplýva, že dňa 12.9.2003 ordinoval Oxacilín MUDr. H. G., ktorý túto skutočnosť aj priznal.

32. V prvej fáze konania bol vypočutý, ako je vyššie uvedené, aj svedok E. P., manžel žalobkyne. Ten vo svojej výpovedi na pojednávaní dňa 7.3.2007 uviedol, že žalobkyňa po príchode z nemocnice mala teploty okolo 37,5 °C. Ranu mala obviazanú. Cez obed spozoroval nejakú hnedastú tekutinu na obvaze. Najprv v menšom množstve a potom jej vytekalo viacej. Na prvom preväze v Martinskej fakultnej nemocnici po vstupe manželky do ambulancie ho zavolať sestrička, ktorá ho požiadala, aby jej dal obvaz dole a vtedy pozoroval v oblasti drôtov žltkastú tekutinu. Rameno bolo zapálené, začervenané. Manželka mu spomínala hneď po úraze, keď ju prepustili, že dostala nejakú málo antibiotík, že by mala dostať väčšiu dávku.

33. Svedkyňa D. Q., sestra žalobkyne, vo svojej výpovedi na tom istom pojednávaní uviedla, že bola zdravotníčkou zamestnanou na Internej klinike Martinskej fakultnej nemocnice a žalobkyňa mala počas

hospitalizácie teplotu, ktorá sa pohybovala od 37,3 °C do 37,5 °C. Minimálne mesiac po prepustení chodievala sestre pomáhať umývať sa, keďže mala ruku vyviazanú hore v zvláštnej polohe a tvrdila, že videla nejaký hnis v oblasti, kde vychádzali Kirschnerové drôty v rane jej sestry. Rameno mala obviazané, ale drôty trčali. Sestre pred prvým previazom z rany vytekal žltozelený sekrét, strašne zapáchajúci, mala bolesti, jedla veľa brufénov, ktoré súčasne znižujú aj horúčku, ale sťažovala sa na zvýšené teploty, ktoré potom postupne začali stúpať. Dokonca, keď ju viezla na ošetrovanie, ktoré vykonal MUDr. U., tak mala už 40 °C teploty. MUDr. U. doporučil tanín, alkoholové obklady, ktoré mali prikladať na oblasť, kde vychádzali Kirschnerové drôty. Svedkyňa bola presvedčená, že žalobkyňa už v čase prepustenia z Martinskej fakultnej nemocnice bola infikovaná zlatým stafylokokom.

34. MUDr. L. T., rehabilitačná lekárka zamestnaná v Martinskej fakultnej nemocnici ako svedkyňa vypovedala, že žalobkyňu prevzala do svojej lekárskej starostlivosti 18.11.2003, liečila sa na fyziatricko - rehabilitačnom oddelení MFN a vzhľadom na závažný zdravotný stav nariadila doplnujúce vyšetrenia, ktoré ukázali ťažkú poruchu axilárneho nervu. Liečba pod jej vedením prebiehala do marca 2004, keď bola žalobkyňa objednaná na reoperáciu poškodeného pravého ramena. V tomto období asi až do Vianoc prebiehala rehabilitácia žalobkyne dennodenne a po výsledkoch z kontroly RTG a na traumatologickom oddelení jej bola navrhnutá elektrostimulácia poškodeného nervu. V marci žalobkyňa u nej liečbu ukončila.

35. Svedkyňa MUDr. D. J. tiež vypovedala o rehabilitácii žalobkyne. Uviedla, že žalobkyňu prvýkrát videla 25.9.2003. Rehabilitácia začala prebiehať na oddelení, kde svedkyňa pracovala a bola nastavená na posilňovanie svalstva poškodeného ramena a na obnovenie drobnej činnosti prstov. Predtým, než sa toto malo absolvovať, aby došlo k tlmeniu bolesti, bola nariadená aj vodoliečba a elektrostimulácia. Zhruba po 10 - 14 dňoch takto pokračujúcej rehabilitácie žalobkyne sa žalobkyňa začala sťažovať na zvýšené teploty. V mieste rany bol opuch a miesto bolo bolestivé. Z tohto dôvodu bola žalobkyňa odoslaná na vyšetrenie k ortopédovi. Nevedela sa vyjadriť, či bola žalobkyne nasadená nejaká antibiotická liečba. S rehabilitáciou sa potom začalo znova niekedy v polovici novembra 2003 a žalobkyňa absolvovala 2 alebo 3 rehabilitácie. Svedkyňa uviedla, že pohyb ramena nemal tendenciu sa počas rehabilitácie zlepšovať, čo ale v tak krátkom čase od utrpenia úrazu ešte nemuselo byť nič neobvyklé. Pacientka udávala, že má bolesti počas rehabilitácie, aj keď sa ju snažili nastaviť tak, aby bola pre pacienta príjemná, resp. menej bolestivá, avšak takmer každému pacientovi v podstate musia ordinovať aj analgetiká a Mirelaxans. Rehabilitačná liečba však bola štandardná a zodpovedala úrazu, ktorý žalobkyňa utrpela.

36. Kontrolný znalecký posudok č. 38/2014 podal súdny znalec MUDr. E. F., znalec v odbore zdravotníctvo a farmácia, odvetvie traumatológia a ortopédia (č.l. 557 - 616). Znalec vychádzal z kompletného spisového materiálu, z kompletnej RTG dokumentácie žalobkyne poskytnutej Univerzitnou nemocnicou Martin a z vyšetrenia žalobkyne. V nálezovej časti na strane 11 - 27 znaleckého posudku znalec sa podrobne venoval jednotlivým častiam zdravotnej dokumentácie žalobkyne, prakticky od 10.8.2003 až po prepúšťaciu správu z Národného rehabilitačného centra Kováčová z 2.12.2010.

37. Zo zdravotnej dokumentácie a to prepúšťacej správy z Ortopedicko - traumatologickej kliniky, ktoré sú popisované aj znalcom, ale sú pripojené aj v súdnom spise, súd zistil, že hospitalizácia žalobkyne trvala od 10.8.2003 do 13.8.2003 a teplotná krivka žalobkyne sa pohybovala počas hospitalizácie do 37,8 °C. Už z vyjadrenia znalca MUDr. F. v znaleckom posudku vyplynulo, že sa najčastejšie v takomto prípade jedná o tzv. rezorbčné teploty, spôsobené rozpúšťaním a vstrebávaním krvného výronu v mieste zlomeniny, ktoré vznikajú aj vtedy, ak v mieste zlomeniny nie je žiadny zápal. Prvá kontrola absolvovaná žalobkyňou bola v 9. deň od operácie 19.8.2003 u MUDr. C. D.. V náleze chýba zápis subjektívnych ťažkostí pacientky. Je konštatovaná secernácia v okolí Kirschnerových drôtov, uskutočnený previaz a toaleta, pričom v tomto náleze nie sú popísané žiadne zápalové zmeny v oblasti operačnej rany, ani Kirschnerových drôtov. Secernácia v okolí drôtov, ktoré trčia cez kožu, je prirodzený jav, pretože okolo nich vyteká cez poranenú kožu tzv. tkanivový mok. 16. deň od operácie nález z 26.8.2003 zapísal MUDr. O. U., ktorý konštatoval v oblasti Kirschnerovho drôtu hnisavú secernáciu, predpísal antibiotiká, recept na Doxibene a kontrola v nasledujúci deň na úrazovej ambulancii. 17. deň od operácie 27.8.2003 kontroloval žalobkyňu MUDr. C. C. a podľa zápisu telesná teplota u žalobkyne bola zistená 37,2 °C, bolesti miernejšie, antibiotiká užívala, rany okolo Kirschnerových drôtov na pravom ramene menej inflamované, menej secernujú. Počas ďalšej kontroly, ktorú vykonal MUDr. E. 23. deň od operácie 2.9.2003 žalobkyňa teploty nekonštatovala, bolesti konštatovala len občas, rana bola kľudná, dva Kirschnerove drôty prominovali nad kožu. Ďalšia kontrola uskutočnená MUDr. O. E. 11.9.2003, teda

32. deň od operácie. Pri tejto kontrole bolo zistené, že pacientke secernovali rany v okolí drôtov, ktoré sú inflamované, preto v lokálnej anestéze pod RTG boli extrahované po incíziách 3 z 5 Kirschnerových drôtov. Boli odobraté stery na kultiváciu a na tomto náleze je perom dopísané „zlatý stafylokok“. Doporučená bola ortéza, alkoholové obklady a kontrola utorok. Pri kontrole 12.9.2003, teda 33. deň od operácie, bolo napísané, že kultivačne zistený stafylokokus aureus a predpísaný bol Oxacilín. Dňa 13.9.2003 rukopisom písaný nález, na tom je podpis zhodný s podpisom MUDr. E. bez pečiatky. Je uvedené, že bol robený ster z rany a kultivačne zistený zlatý stafylokok. Pri kontrole 16.9.2003, teda 37. deň od operácie konštatované, že žalobkyňa berie Oxacilín, teploty mierne zvýšené do 38 °C len ráno, rany kľudné bez inflamácie okolia a fluktuácie. Kontrolu vykonal MUDr. O. E.. Už 23.9.2003, teda 44. deň od operácie konštatované, že rany kľudné bez preteplenia ramena a nariadená kontrola o mesiac. Pri kontrole 25.9.2003 vykonanej MUDr. J. konštatované, že okolie rany kľudné, nesecernujú bez zápalu. Pri následných kontrolách 10.10.2003, 14.10.2003, 21.10.2003 a aj pri ďalších vyšetreniach uskutočňovaných v novembri 2003 a decembri 2003 nie sú už konštatované zápalové prejavy v oblasti ramena a konzumácia antibiotík žalobkyňou.

38. Znalec MUDr. E. F. vo svojej posudkovej časti uviedol, že dňa 10.8.2003 žalobkyňa utrpela domáci úraz pri páde z rebríka, kde si poranila pravý ramenný kĺb a pravdepodobne padla aj na hlavu, pretože na pravej polovici tváre v oblasti lícnej kosti mala malý opuch a odreninu. Pohyb v ramennom kĺbe bol výrazne bolestivý. Lakťový kĺb bol bez opuchu s voľným pohybom. V zdravotnej dokumentácii bolo uvedené „periféria bez NCP“. Toto tvrdenie však podľa znalca nevylučuje, že už v danom čase mohol byť poškodený axilárny nerv a nervová pletň (plexus brachialis). V prípade, ak u pacienta je podozrenie na zlomeninu horného konca ramennej kosti, nie je traumatológom, alebo ortopédom nútený aktívne hýbať hornou končatinou v ramene, pretože pre výraznú bolesť to ani nie je schopný urobiť a preto nie je možné klinickým vyšetrením zistiť poškodenie axilárneho nervu, ani hornej časti plexus brachialis. Aj pacient so zlomeninou horného konca ramennej kosti, ktorý nemá poškodený axilárny nerv, alebo hornú vetvu plexus brachialis, nie je schopný vykonať aktívny pohyb v ramennom kĺbe. Poškodenie nervových štruktúr je možné zistiť iba špeciálnym vyšetrením, ktorým sa snímajú a graficky zobrazujú kľudové potenciály svalov a vedenie vzruchov cez nervové vlákna (EMG - elektromiografia). Vyšetrenie sa vykonáva na neurologickej ambulancii. Nepatrí však medzi štandardné vyšetrenia pri zlomenine ramennej kosti. Pacient s poškodením axilárneho nervu, alebo hornej časti vetvy plexus brachialis, je schopný aktívne hýbať lakťovým kĺbom, zápästím a prstami, čo v medicínskej terminológii zodpovedá termínu „periféria bez NCP“. Tieto pohyby sú nemožné pri poškodení dolnej vetvy plexus brachialis. V tomto smere sú jeho závery o zisteniach NCP pred operáciou zhodné ako u MUDr. Š..

39. MUDr. F. ďalej uviedol, že vzhľadom na priebeh axilárneho nervu smerom zozadu dopredu, kde vzadu nalieha na krčok ramennej kosti a neskôr vstupuje do deltového svalu a prebieha smerom dopredu, je prakticky nemožné, aby bol poškodený pri operačnom prístupe v operačnej rane a to isté platí aj pre ostatné operácie, ktoré boli robené v oblasti ramenného kĺbu. Typ zlomeniny, aký utrpela žalobkyňa, je spôsobený veľkou energiou pôsobiaceho násilia. Dochádza pritom k závažnému poškodeniu okolitých svalov a okostnice v mieste zlomeniny. Okostnica má pritom veľký význam pri hojení zlomeniny, pretože sa rozhodujúcim spôsobom podieľa na novotvorbe kosti v mieste zlomeniny, tzv. periostálny kalus (svalok). Niektoré kostné úlomky môžu zostať bez krvného zásobenia, následkom čoho dôjde k ich odumretiu. Tieto úlomky pôsobia v mieste zlomeniny ako cudzie teleso a sú niekedy prekážkou v hojení zlomeniny. Treba ešte poznamenať, že pri operácii nie je možné jednoznačne zistiť, ktoré úlomky sú zbavené výživy a ktoré nie. Preto sa úlomky z miesta zlomeniny vo väčšej miere neodstraňujú. Poškodenie okostnice a odumreté úlomky v mieste zlomeniny sú často príčinou predĺženého hojenia zlomeniny a niekedy aj vzniku atrofického pakľbu (pseudoarthrózy). Pri vzniku pakľbu majú najväčší význam dva aspekty: 1/ biomechanický aspekt, čiže nedostatočný kontakt úlomkov zlomeniny, u trieštivých zlomením s medzivýlomkami, pôsobenie ohybových a strihových síl pri šikmých zlomeninách, nemožnosť dosiahnutia stabilnej fixácie úlomkov a 2/ biologický aspekt - porušená vitalita úlomkov (poškodenie okostnice pri dislokovaných a trieštivých zlomeninách spôsobených vysokou energiou). Predĺženie hojenia zlomeniny je stav, keď nedôjde ku kostnému zahojeniu zlomeniny za dvojnásobnú dobu obvyklej doby zahojenia zlomeniny. Z obvyklých okolností v porovnateľnej lokalite a type zlomeniny. Pokiaľ je doba hojenia dlhšia ako dvojnásobok obvyklej doby hojenia, možno hovoriť o pakľbe. Z hľadiska cievného zásobenia sa rozdeľujú pakľby na:

a/ vitálne - prekrvenie koncov úlomkov je dobré; príčinou vzniku pakľbu je nepriaznivá biomechanická situácia

b/ avitálne - konce úlomkov kosti majú zlé prekrvenie

40. Na vyliečenie vitálnych pakľbov väčšinou stačí zlepšiť stabilitu zlomeniny novou operáciou - stabilnou osteosyntézou. Na vyliečenie avitálnych pakľbov nestačí zlepšiť biomechanickú stabilitu zlomeniny, ale je nevyhnutná náhrada nekrotických úlomkov aktívnym kostným tkanivom, kostným štepom.

41. Znalec sa venoval aj priebehu liečby žalobkyne počas hospitalizácie po operácii. Uvedol, že podľa záznamov v teplotnej krivke a v dekurze mala žalobkyňa počas hospitalizácie občas mierne zvýšenú teplotu do 37,5 °C - 37,8 °C, pričom najčastejšie sa jedná o tzv. rezorbčné teploty spôsobené rozpúšťaním a vstrebávaním krvného výronu v mieste zlomeniny, ktoré vznikajú aj vtedy, keď v mieste nie je žiadny zápal. Pooperačný priebeh bol bez komplikácií, operačná rana bola kľudná bez hromadenia sekrétu a okolie drôtov bolo bez známkov zápalu, bez poruchy cirkulácie a inervácie na periférii - lakti ruky. Vzhľadom na nestabilný typ zlomeniny nebolo možné dovoliť pacientke aktívne hýbať ramenným kĺbom. Preto nemohlo byť zistené prípadné nervové poškodenie v oblasti ramenného kĺbu. K opisu žalobkyne ohľadne kontroly dňa 19.8.2003 znalec uviedol, že ani fakt, že desaultov obväz, ktorý mala priložený na tele, výrazne zapáchal, nemožno považovať za dôkaz zápalu v oblasti operovaného ramenného kĺbu, pretože ten je zhotovený z vaty a obväzu. Je priložený na jednom ramene a celom hrudníku. S takto priloženým obväzom pacient nemôže vykonávať bežnú hygienu. Keďže bol august, obväz obsahoval veľké množstvo potu a olupujúcej sa pokožky. Každý desaultov obväz, ktorý má pacient na sebe 7 - 9 dní, výrazne zapácha. Znalec ale nemôže vylúčiť, že sekrét, ktorý vytekal okolo Kirschnerových drôtov, bol hnis. Pri posudzovaní mohol totiž znalec vychádzať iba z dostupnej zdravotnej dokumentácie. Avšak nemôže spochybňovať nález lekára, ktorý žalobkyňu ošetroval. Ku kontrole dňa 11.9.2003, pri ktorej vzhľadom na opakujúci sa zápal v okolí Kirschnerových drôtov a keď tieto boli v lokálnej anestézii pod RTG kontrolou odstránené z krátkych kožných rezov v počte troch kusov, znalec uviedol, že sa jedná o bežný liečebný postup v prípade vzniku zápalu v mieste osteosyntetického materiálu. Jeho odstránením sa zlepšia podmienky pre vyliečenie zápalu, pretože na povrchu cudzieho materiálu sa udržuje infekcia, ktorú organizmus nie je schopný vlastnou obranyschopnosťou odstrániť. Prítomnosť osteosyntetického materiálu znižuje účinnosť antibiotík a je to zároveň prevencia prieniku infekcie do kosti okolo Kirschnerových drôtov. Pokiaľ je v lekárskej správe zo dňa 11.9.2003 perom dopísané „zlatý stafylokok“, vzhľadom na to, že predbežný výsledok kultivácie mohol byť dostupný najskôr od 24 hodín od naočkovania vzorky a definitívny výsledok kultivácie aj s citlivosťou na antibiotiká najskôr o 2 - 3 dni, znalec ustálil, že výsledok vyšetrenia nemohol byť k dispozícii v deň vyšetrenia. Po vyhodnotení liečby a výsledkov kontrol až do dňa 23.9.2003 znalec ustálil, že na základe uvedeného priebehu liečby možno konštatovať, že zápal v okolí Kirschnerových drôtov bol po ich odstránení dňa 11.9.2003 a antibiotickej liečbe Oxacilínom zvládnutý. Podľa klinického a RTG nálezu nemožno stav hodnotiť ako osteomyelitídu (zápal) ramennej kosti. Pri typickej osteomyelitíde by došlo k hromadeniu hnisu so vznikom abscesu. Operačná rana by sa nebola zahojila, bola by zapálená a bol by z nej vytekal hnis. Pri závažnejšom zápale kosti by došlo k odumretiu niektorých úlomkov kosti (sekvester), ktorý by bolo nutné operačne odstrániť, inak by nebolo došlo k zlepšeniu stavu. Znalec popísal aj to, akým spôsobom prebieha akútna exogénna osteomyelitída a ustálil, že na žiadnej z RTG snímok žalobkyne nemožno pozorovať také zmeny, aké sú typické pre akútnu exogénnu osteomyelitídu, prípadne pre chronickú osteomyelitídu. V prípade žalobkyne sa jednalo pravdepodobne aj o infekciu mäkkých tkanív, hlavne v okolí cez kožu zavŕtaných Kirschnerových drôtov. Dierky okolo Kirschnerových drôtov tvorili možnú bránu preniknutia infekcie z povrchu kože do hlbšie uložených tkanív. Vzniku infekcie napomáha aj prítomnosť krvnej zrazeniny v tkanivách. Do nej neprenikajú antibiotiká, preto slúžia ako živná pôda pre baktérie a pri trieštivej zlomenine ramennej kosti môže zo zlomeniny do okolitých tkanív vyteciť až liter krvi. Znalec uviedol, že výsledok kultivácie z rany dňa 11.9.2003 bol na mikrobiologickom pracovisku hodnotený ako negatívny. Žalobkyňa nemala počas hospitalizácie prejavy zápalu v oblasti ramenného kĺbu a mierne zvýšenie telesnej teploty do 37,8 °C, bolesti v oblasti ramena zapadajú do normálneho pooperačného priebehu po zlomenine horného konca pravej ramennej kosti. Prvé príznaky novej infekcie v oblasti pravého ramenného kĺbu boli popísané až pri prvom kontrolnom vyšetrení dňa 19.8.2003, prípade až 26.8.2003, teda potom, čo bola žalobkyňa 6 dní v domácom liečení a preto ťažko možno jednoznačne určiť, či infekcia vznikla v zdravotníckom zariadení, alebo vznikla v domácom prostredí prienikom baktérií z kože do hlbších tkanív pozdĺž cez kožu zavŕtaných Kirschnerových drôtov. Pri infekcii zlatým stafylokokom v oblasti operačnej rany sa najčastejšie známky zápalu prejavia do 2 - 3 dní. Podľa literatúry sa môžu prejaviť aj medzi 3. až 14. dňom po operácii. Vzniká opuch, začervenanie v okolí rany, často vyteká hustý smotanovo - žltý hnis a pacient má často teplotu až do 39 °C. Vzhľadom na

tieto skutočnosti podľa znalca nemožno túto infekciu jednoznačne hodnotiť ako nozokomiálnu infekciu. Na základe dostupných informácií ju však nemožno vylúčiť, pretože aj keď nebol podľa zdravotnej dokumentácie preukázaný infekčný agens, zápal v oblasti pravého ramenného kĺbu prebehol, čoho dôkazom sú opakovane ordinované antibiotiká. Priebeh infekcie mohol byť skreslený aj pooperačným podávaním antibiotík. Ak by aj bol pripustený vznik nozokomiálnej infekcie v oblasti ramena, infekcia nemala rozhodujúci vplyv na vznik trvalých následkov žalobkyne v oblasti pravého ramenného kĺbu. Rozhodujúcou príčinou týchto následkov je samotný úraz v oblasti pravého ramenného kĺbu.

42. Znalec potom popisoval priebeh ďalšej liečby žalobkyne a v súvislosti s neurologickými vyšetreniami žalobkyne, najmä v súvislosti s nálezom zo dňa 19.7.2004 u MUDr. G., kde neurológ na základe neurologického vyšetrenia a aj EMG vyšetrenia hodnotil stav žalobkyne ako poškodenie plexus brachialis vpravo s prakticky afunkčnosťou v proximálnom segmente ramenného kĺbu, funkciu v lakťovom kĺbe s redukciou o 90 % a v oblasti zápästia s redukciou 75 %, znalec uviedol nasledovné: uviedol, že neovláda metodiku EMG vyšetrenia a preto nevie vysvetliť, prečo pri prvom neurologickom vyšetrení v novembri 2003 i ďalších neurologických kontrolách v januári a v júni 2004 bol stav hodnotený ako poškodenie axilárneho nervu a o mesiac neskôr už bol nález hodnotený ako paréza plexus brachialis. V tomto období od novembra 2003 do júla 2004 nevznikla žiadna komplikácia, ktorá by mohla spôsobiť obrnu plexus brachialis. Je vylúčené, aby pri operácii v apríli 2004 došlo k poškodeniu nervovej pletene plexus brachialis pravej hornej končatiny. EMG vyšetrením bolo v novembri 2003 verifikované poškodenie axilárneho nervu ťažkého stupňa - plégia. V súvislosti s aktuálnym stavom žalobkyne znalec uviedol, že dominujúce je ťažké poškodenie deltového svalu s výrazným obmedzením hybnosti pravého ramenného kĺbu. Môže sa jednať o čiastočné poškodenie nervovej pletene plexus brachialis - horný typ. Vzhľadom na aktuálny nález na pravej hornej končatine, zistený vyšetrením žalobkyne znalcom a aj fotodokumentáciou, nejde o poškodenie celej nervovej pletene, teda poškodenie horného aj dolného typu, pri ktorej by bola obrna všetkých troch periférnych nervov lakťového, stredového aj vretenného. Pri takomto type poškodenia nervovej pletene by žalobkyňa nemohla aktívne hýbať lakťom, zápästím a prstami. Nebolo by možné vyrovnanie zápästia, ako je to obrázku č. 23 v prílohe znaleckého posudku. Nebolo by možné aktívne rozťahnuť prsty od seba, ani urobiť tzv. štipku, o čom svedčia obrázky č. 25, 27 a 28 v prílohe znaleckého posudku. V oblasti ruky by bola ťažká atrofia medzikostných svalov. Všetky tieto funkcie mala žalobkyňa pri vyšetrení znalcom zachované, čo je zdokumentované na fotografiách. Znalec uviedol, že v zdravotnej dokumentácii nie je EMG vyšetrením verifikované iné nervové poškodenie, ako poškodenie axilárneho nervu a v neurologických nálezoch od júla 2004 až po vyšetrenie v novembri 2009 je konštatované poškodenie plexus brachialis, ale v nálezoch nie je popísané samotné EMG vyšetrenie, ktoré ho potvrdzuje. Ak by sa aj pri prvotnom vyšetrení zistilo poškodenie nervus axilaris, riešilo by sa až po zhojení zlomeniny. V prvotnom štádiu poranenia nervu nie je možné zistiť, či sa jedná len o poruchu nervu bez prerušenia vodivých vlákien, alebo jeho roztrhnutie s porušením vodivých vlákien. To nie je možné rozlíšiť ani EMG vyšetrením skôr, ako po 3 - 6 mesiacoch od úrazu. Neurochirurgická revízia nervu sa robí odložene, čaká sa na spontánnu obnovu funkcie nervu. Výnimku tvoria otvorené poranenia, pri ktorých je podľa ich charakteru zrejmé, že sa jedná o prerušenie nervu. Vtedy je snaha pri prvotnom ošetrení ošetriť aj prerušený nerv. Pre potvrdenie, alebo vylúčenie poškodenia celej nervovej pletene plexus brachialis by bolo potrebné urobiť nové stimulačné EMG vyšetrenie. Preto znalec súčasný stav na pravej hornej končatine žalobkyne hodnotil ako ťažkú obrnu, teda plégiu axilárneho nervu s obmedzením hybnosti pravého ramenného kĺbu ťažkého stupňa so zachovaním funkcie pravej ruky pri výrazne oslabenej svalovej sile. Príčinou nervového poškodenia je trieštivá zlomenina v oblasti chirurgického krčku pravej ramennej kosti. Pri vzniku zlomeniny tlakom úlomkov zlomeniny pravdepodobne došlo k závažnému poraneniu axilárneho nervu, ktorý nalieha zozadu priamo na chirurgický krčok ramennej kosti.

43. S názorom znalca sa po preštudovaní zdravotnej dokumentácie, fotodokumentácie žalobkyne stotožnil aj konzultovaný neurológ, MUDr. T. P., pracujúci v neurologickej ambulancii Nemocnice A. Wintera, n.o. v Piešťanoch. Znalec preto nesúhlasil s tvrdením žalobkyne, ktorá v žalobe uviedla, že tam popísané zranenia a zdravotné následky jej boli spôsobené mechanickým poškodením nervov počas operácie, alebo pri extrahovaní vnútorných fixátorov, predčasným rehabilitovaním pravej hornej končatiny. Znalec uviedol, že včasná rehabilitácia je veľmi dôležitá pri liečení všetkých zlomenín. Poškodenie nervov tiež vyžaduje včasnú rehabilitáciu a prípadnú elektrostimuláciu. Pri neskorej rehabilitácii znehybnený kĺb stuhne a ak sa aj zlomenina zahojí v dobrom postavení, zostane výrazné obmedzenie pohyblivosti príslušného kĺbu. Ak by žalobkyňa nebola dlhodobo rehabilitovala, bol by výsledný funkčný nález na pravej hornej končatine ešte horší. Dôkazom toho je zlepšenie hybnosti a

zlepšenie svalovej sily na poškodených končatinách počas hospitalizácie v Národnom rehabilitačnom centre v Kováčovej.

44. V súvislosti s operáciou dňa 22.6.2010, keď bol žalobkyni odobratý kostný štep spolu so svalom z hornej časti ihlice ľavého predkolenia a bol po lokálnom ošetrení pakľbu, spočívajúcom v odstránení granulačného tkaniva v otvorení dreňového kanálu k ramennej kosti a odstránení sklerotických koncov úlomkov kosti, vložený do miesta pakľbu. V tejto súvislosti a s touto operáciou znalec uviedol, že ak by pri operácii v mieste pakľbu boli zistené známky zápalu kosti, boli by v operačnom náleze a v diagnózach uvedené. Pri odstraňovaní prevotových prútov v septembri 2005 bol operačný prístup iba v dolnej časti ramena tesne nad laktovým výbežkom, nie v oblasti pakľbu, preto stav kosti v mieste zlomeniny nemohol byť zhodnotený. To, že sa po poslednej operácii pakľb zahojil, potvrdzuje to, že príčinou vzniku pakľbu nebola infekcia v oblasti zlomeniny, ale poškodenie výživy úlomkov. Jednalo sa o atrofický pakľb. Prenosom biologicky aktívnej kosti došlo ku zhojeniu pakľbu bez aktivácie zápalu. V znaleckom posudku sa znalec vyjadril aj k tvrdeniam žalobkyne v jej podaniach a to v súvislosti s infekciou zistenou v auguste 2010 a konštatoval, že je vylúčené, aby vznik ruže, ktorá bola zistená v oblasti nohy žalobkyne a nie v blízkosti operačnej rany na ramene, mal súvis s infekciou zlatým stafylokokom, pretože ruža (erysipelas) spôsobuje streptococcus pyogenes a nie zlatý stafylokok.

45. Znalec ďalej uviedol, že žalobkyňu vyšetril 19.12.2014 a na základe vyššie konštatovaných nálezov, štúdia jej zdravotnej dokumentácie, stanovil tieto závery:

46. Na prvú otázku znalec odpovedal, že na pravej hornej končatine žalobkyne v dôsledku úrazu zo dňa 10.8.2003 vznikla trieštivá dislokovaná zlomenina chirurgického krčku pravej ramennej kosti, ďalej poškodenie pravého axilárneho nervu ťažkého stupňa a na hlave žalobkyne vzniklo pomliaždenie a odrenina pravej polovice tváre.

47. Na druhú otázku a totiž, či liečba, ktorá bola poskytnutá žalobkyni, bola poskytnutá správne a lege artis, znalec odpovedal, že poranenie žalobkyne bolo adekvátne liečené v súlade so zásadou lege artis. Indikácia k operácii bola správna. Vzniknuté komplikácie v priebehu liečenia nemajú príčinu v zle poskytnutej starostlivosti, ale v závažnosti samotného poranenia a ďalších príčinách, ktoré nebolo možné predvídať. Infekcia v oblasti pravého ramena vznikla aj napriek preventívnemu podávaniu antibiotík po prvej operácii 10.8.2003. Jej liečba bola podľa dostupnej zdravotnej dokumentácie adekvátne. Predĺžené hojenie zlomeniny s následným vznikom pakľbu má príčinu v samotnej závažnosti zlomeniny. Infekcia v oblasti ramena mohla mať podiel na predĺženom hojení zlomeniny, nebola však hlavnou príčinou vzniku pakľbu ramennej kosti. V ďalšej odpovedi znalec uviedol, že úraz z 10.8.2003 zanechal u žalobkyne tieto trvalé následky:

1) poškodenie pravého axilárneho nervu ťažkého stupňa, pričom znalec nemôže potvrdiť poškodenie celej nervovej pletene plexus brachialis. Na zistenie aktuálneho stavu je vhodné EMG vyšetrenie, zamerané na vyšetrenie plexus brachialis, pričom túto odpoveď znalec odkonzultoval s neurológom MUDr. T. P..

2) obrna ľavého ihlicového nervu vznikla pri odbere kostného štepu z ľavého predkolenia v júni 2010.

3) výrazné obmedzenie aktívnej hybnosti pravého ramenného kĺbu, ktorého hlavnou príčinou je ťažká obrna pravého axilárneho nervu, ale aj samotné pouřazové zmeny v oblasti ramenného kĺbu, zmeny v oblasti rotátorovej manžety, poškodenie chrupky ramenného kĺbu, obmedzenie hybnosti laktového kĺbu vzhľadom na výrazné oslabenie svalstva ramena, ktoré hodnotí ako stredného stupňa, obmedzenie hybnosti pravého zápästia, hodnotené ako ľahký stupeň a oslabenie svalovej sily pravej ruky. Zdravotné poškodenie ruky žalobkyne možno považovať za trvalé a nie je možné ho napraviť, ani zmierniť jednoduchým a bežným lekársnym zákrokom. Všetky zdravotné následky, až na obrnu ihlicového nervu, sú dôsledkami zranenia, ktoré navrhovateľka utrpela pri úraze 10.8.2003. Obrna ihlicového nervu je komplikácia, ktorá vznikla pri odbere kostného štepu spolu so svalom a cievnou stopkou z ľavého predkolenia. Tento štep bol použitý pri operačnej liečbe atrofického pakľbu pravej ramennej kosti. V podstate sa jednalo o liečenie následku zlomeniny pravej ramennej kosti.

48. V odpovedi na 4. otázku znalec uviedol, že zdravotné následky, ktoré zistil, sú následkom mechanického poškodenia spôsobeného úrazovým dejom, až na obrnu ľavého ihlicového nervu, ktorá

vznikla pri odbere kostného štetu v júni 2010. Ak by aj bol pripustený vznik nozokomiálnej infekcie v oblasti ramena, táto infekcia nemala rozhodujúci vplyv na vznik trvalých následkov žalobkyne v oblasti pravého ramenného kĺbu. Rozhodujúcou príčinou týchto následkov je samotný úraz v oblasti pravého ramenného kĺbu. Infekcia v oblasti pravého ramena mohla mať vplyv na predĺžené hojenie zlomeniny. Nebola však rozhodujúcim činiteľom pri vzniku pakľbu ramennej kosti.

49. Znalec ďalej popísal následné operácie vykonané u žalobkyne po 10.8.2003, ktoré boli vyžiadané na zlepšenie, alebo odstránenie následkov zdravotného poškodenia žalobkyne, ohodnotil bolesť žalobkyne, stanovil výšku bolestného na sumu 531,25 bodov a sťaženie spoločenského uplatnenia na sumu 800 bodov.

50. V odpovedi na otázku, či u žalobkyne došlo k nozokomiálnej nákaze, a či táto mala vplyv na jej zdravotné poškodenie, znalec definoval nozokomiálnu nákazu a uviedol, že podľa dostupnej zdravotnej dokumentácie nebol mikrobiologickým vyšetrením potvrdený infekčný agens, ktorý spôsobil infekciu v oblasti Kirschnerových drôtov a mäkkých tkanív pravého ramenného kĺbu. Prvé klinické prejavy novej infekcie v oblasti pravého ramenného kĺbu žalobkyne boli zdokumentované 19.8.2003, teda 9 dní od operácie. Pri infekcii zlatým stafylokokom v oblasti operačnej rany sa známky zápalu najčastejšie prejavujú za 2 - 4 dni, môžu sa však podľa literatúry prejavovať aj medzi 3. a 14. dňom po operácii. Aj keď mikrobiologickým vyšetrením nebol preukázaný infekčný agens, zápal v oblasti pravého ramenného kĺbu prebehol, čoho dôkazom sú záznamy v zdravotnej dokumentácii. Priebeh infekcie a vznik prvých príznakov mohol byť skreslený aj pooperačným podávaním antibiotík - Augmentinu. Vzhľadom na klinické prejavy zápalu a dobrý liečebný efekt po podaní Oxacilínu možno predpokladať, že vyvolávateľom zápalu bol stafylokokus aureus. Na základe vyššie uvedeného nie je možné jednoznačne zodpovedať na otázku, či infekcia v oblasti pravého ramenného kĺbu vznikla pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti počas hospitalizácie od 10.8. do 13.8.2003 a jedná sa o nozokomiálnu infekciu, alebo vznikla počas domáceho liečenia prienikom infekcie z povrchu kože okolo Kirschnerových drôtov. Ak by aj bola pripustená nozokomiálna infekcia nemala rozhodujúci vplyv na vznik trvalých následkov žalobkyne v oblasti pravého ramenného kĺbu. Rozhodujúcou príčinou je samotný úraz, pričom infekcia v oblasti ramena mala negatívny vplyv na hojenie zlomeniny v tom zmysle, že kvôli infekcii bolo potrebné predčasné odstránenie Kirschnerových drôtov, čím sa zhoršila stabilita úlomkov zlomeniny. Tento fakt však nebol rozhodujúcim pre vznik pakľbu ramennej kosti. Rozhodujúcim činiteľom bol samotný typ zlomeniny.

51. Znalec sa vyjadril aj k znaleckému posudku MUDr. A. Š. a uviedol, že aj v odpovedi na 1. a 2. otázku sa znalecké posudky v podstate zhodujú. Vo svojom znaleckom posudku však on jednoznačne nepotvrdil, ale ani nevyvrátil nozokomiálnu infekciu. V odpovedi na 3. a 4. otázku sa znalecké posudky odlišujú, pretože v čase vypracovania znaleckého posudku MUDr. F. bol pakľb pravej ramennej kosti zhojený po operácii v júni 2010. V trvalých následkoch ale pribudlo poškodenie ľavého ihlicového nervu, ktoré vzniklo pri odbere kostného štetu (v súvislosti s týmto poškodením však nárok žalobkyne uplatnený nebol). V odpovedi na 5. a 6. otázku pribudla operácia z 22.6.2010 a tiež poškodenie ihlicového nervu. Inak bol v sťažení spoločenského uplatnenia hodnotený funkčný nález na pravom ramene a znalec pridal aj bodové hodnotenie obmedzenia hybnosti laktového kĺbu zápästia a početných jaziev po operáciách.

52. Prílohou znaleckého posudku bola potom röntgenologická dokumentácia, žalobkyne získaná v Martinskej fakultnej nemocnici, čím znalec reagoval na výhrady žalobkyne a k tomu, že nebolo zistené, s akými RTG snímkami pracoval MUDr. Š. a aj fotodokumentácia zo samotného vyšetrenia žalobkyne, preukazujúca hybnosť postihnutej končatiny.

53. K znaleckému posudku sa vyjadrila žalobkyňa písomným podaním zo dňa 14.4.2015 a vyplynulo z neho, že so znaleckým posudkom nesúhlasí (č.l. 629 - 633). Namietala, že znalec ju dňa 19.12.2014 vyšetřil v jej vlastnom byte. Jazvy meral krajčírskym metrom a snímky zhotovoval mobilom. Predpokladala, že bude mať znova vykonané odborné RTG, EMG, či neurologické vyšetrenie. Znalec si nechcel vypočúť jej argumenty a nezaujímali ho ani jej RTG snímky, ktoré si dala zhotoviť mimo OTK (v tejto súvislosti súd uvádza, že žalobkyňa následne RTG snímky nepripojila a preto súdu nie je zrejmé, akou ďalšou zdravotnou dokumentáciou žalobkyňa disponuje). Samozrejme, že žalobkyňa polemizovala aj s tvrdeniami znalca ohľadne jej neurologického poškodenia a s názorom, že jej bola poskytnutá adekvátna zdravotná starostlivosť, keď opätovne zdôrazňovala, že infekcia z ramena bol potvrdený až 12.9.2003. Znova tvrdila, že zdravotné a trvalé následky sú jej spôsobené nedokonalou a neskorou

liečbou infekcie, predčasným vybratím vnútornej i vonkajšej fixácie a predčasnou rehabilitáciou. Konštatovala, že pre nález RTG vyšetrenia z 11.9.2003 sa MUDr. E. po konzultácii s primárom MUDr. G. rozhodli pre predčasné vybratie fixačných drôtov. Tvrdila, že pre zápalový proces vnútri ramena jej bola 2.9.2005 vybratá vnútorná fixácia prevotových prútov a až do 21.6.2010 pre nezhojenú a infikovanú zlomeninu veľakrát absolvovala ortopedické a neurologické vyšetrenia pre zhoršujúci sa zdravotný stav. Nesúhlasila ani so závermi znalca, ktorý vylúčil hodnotenie poškodenia brachiálneho plexu. Tvrdila, že celých 7 rokov trpela zápalmi, bolesťami a celkovou nefunkčnosťou a uviedla chronológiu neurologických vyšetrení, z ktorých podľa jej názoru musí byť zrejmé, že k nervovému poškodeniu dochádzalo postupne, nie pri úraze.

54. Na pojednávaní dňa 29.4.2015 sa žalobkyňa znova vyjadrila aj k rukou písaným záznamom, resp. slovám „zlatý stafylokok“ na jej nálezoch z roku 2003 a uviedla, že tieto slová mala zapísať sestrička, ktorá v roku 2005 slúžila s primárom MUDr. G., keďže jej pán primár MUDr. G. nechcel vydať jej RTG snímky a časť zdravotnej dokumentácie. Zápis teda nevznikol v roku 2003.

55. V tejto súvislosti súd podotýka, že samotná žalobkyňa do spisu pripojila nález, spísaný na ortopedicko - traumatologickej klinike v úrazovej ambulancii dňa 11.9.2003, ktorý je spísaný počítačom a ktorý je spísaný MUDr. O. E. a v ktorom sa konštatuje, že bola odobratá vzorka na kultiváciu z oblasti rany. Rukou sú dopísané slová „zlatý stafylokok“. Tento nález je na č.l. 36 a bol žalobkyňou predkladaný aj odbornej komisii pre posudzovanie poskytovania liečebno - preventívnej starostlivosti Martinskej fakultnej nemocnice zo dňa 20.6.2006 (č.l. 31 - 33). Obsahovo sa teda tento nález líši od výpisu z ambulantnej dokumentácie žalobkyne, ktorá bola poskytnutá žalovaným a je pripojená na č.l. 81 - 83, konkrétne od záznamu na č.l. 83 zo dňa 11.9.2003, ktorý spísal MUDr. O. E.. Až zo záznamu MUDr. H. G. zo dňa 12.9.2003 vyplýva, že kultivačne mal byť zistený stafylokokus aureus a predpísané jedno balenie Oxacilínu. Pozornosti súdu neušiel potom ďalší rovnaký ambulantný záznam z č.l. 107, ktorý opäť predložila žalobkyňa. Jedná sa opätovne o počítačom písaný záznam MUDr. E. z 11.9.2003, teda v deň, keď žalobkyni boli extrahované 3 z 5 Kirschnerových drôtov a na tomto zázname je opäť rukou dopísané pri nečitateľnom dátume „robený ster z rany kultiv. - zlatý stafylokok“. Tento rukopis, ale aj slová na tomto zázname z č.l. 107 sú, pokiaľ ide o text, rozdielne ako na č.l. 36. Pokiaľ však ide o rukopis, javí sa, že boli písané tou istou osobou. Pre súd v dôsledku tejto skutočnosti v kontexte s výsledkami mikrobiologického vyšetrenia steru žalobkyne, ktoré bolo negatívne a v kontexte vyššie uvádzaným prednesom MUDr. H. G. ohľadne preskripcie Oxacilínu v súvislosti s podozrením na zlatý stafylokok, je nanajvýš podozrivé, že na tom istom počítačom tlačenom ambulantnom zázname žalobkyne, spísanom MUDr. O. E. dňa 16.9.2003 a 11.9.2003, ktoré sú žurnalizované na č.l. 36 a 107, sa objavuje tým istým rukopisom písaný rozličný text, z ktorého vždy vyplýva, že už žalobkyne bol kultivovaný zlatý stafylokok. Jedná sa o dokumentáciu, ktorú vždy do spisu pripájala žalobkyňa a preto je súd toho presvedčenia, že žalobkyňa so zdravotnou dokumentáciou, resp. pri vyhotovovaní fotokópie z nej manipulovala a tieto slová jej boli vpísané, pričom súd má podozrenie, že tak nebolo robené zdravotníckym pracovníkom. V každom prípade totiž odlišné umiestnenie týchto slov svedčí o tom, ako keby žalobkyňa mala vyhotovených niekoľko rovnakých ambulantných záznamov, na týchto ambulantných záznamoch boli rukopisom vyznačené rozdielne texty ohľadne zlatého stafylokoka a tie boli vo fotokópii predkladané do súdneho spisu, prípadne, že sa tak robilo pri vyhotovovaní fotokópie do súdneho spisu.

56. Súd dáva do pozornosti aj tú skutočnosť, že žalobkyňa pripojila do spisu pri podaní žaloby zápisnicu o výsledku prešetrenia sťažnosti žalobkyne Úradnom pred dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, pobočkou Martin z 20.6.2005, teda takmer rok pred podaním žaloby na súd. Z tejto zápisnice vyplývajú základné námietky žalobkyne obsiahnuté v predmetnej sťažnosti a je nanajvýš zaujímavé, že žalobkyňa v tejto sťažnosti v roku 2005 sa síce sťažovala na neadekvátnu starostlivosť a nesprávny spôsob liečby poúrazového stavu pravého ramena, neodporučenie rehabilitačnej liečby po druhej operácii, neodoslania po dvoch ťažkých operáciách a následnú kúpeľnú liečbu, ale z tejto sťažnosti nevyplýva, že by vyčítala žalovanej nemocnici nozokomiálnu nákazu zlatým stafylokokom. Bez toho, aby bol tento stafylokok preukázaný mikrobiologickým vyšetrením, ho spomína až MUDr. G. v zázname z 12.9.2003, z ktorého vyplýva, že bol kultivačne vypestovaný, čo však odporuje tvrdeniam MUDr. E.. MUDr. G. však poskytol vysvetlenie a konštatoval, že v čase spísania záznamu z 12.9.2003, pri ktorom predpísal žalobkyni Oxacilín, existenciu zápalu v dôsledku tohto mikróbu len predpokladal tak, aby nález žalobkyne svedčil pre predpis daného antibiotika - Oxacilínu.

57. Súd však neverí tvrdeniam žalobkyne ohľadne tej skutočnosti, že záznam o zlatom stafylokoku bol na ambulantný záznam MUDr. E. zo dňa 11.9.2003 zapísaný sestričkou, pretože v takom prípade predpoklad, že by zápis do zdravotnej dokumentácie žalobkyne sestrička aj verifikovala podpisom, a je ťažko predstaviteľné, že by sestrička, keďže ide s najväčšou pravdepodobnosťou o rovnaký rukopis rovnakej osoby, napísala dve odlišné zmienky o zlatom stafylokoku na dva rovnako vyhotovené, počítačom napísané ambulantné záznamy, ktoré súd uvádza vyššie.

58. Vzhľadom na tieto skutočnosti súd neuveril tvrdeniam žalobkyne (č.l. 637), že záznam o zlatom stafylokoku jej dopísala sestrička na záznam z č.l. 36 v roku 2005 z mikrobiologických vyšetrení, ktoré robili v roku 2003.

59. Po zmene právneho zástupcu žalobkyňa navrhla doplniť dokazovanie pribratím znalca z odboru zdravotníctvo - neurológia, ktorý by sa vyjadril k neurologickým poškodeniam žalobkyne. Navyše žiadala, aby MUDr. F. doplnil znalecký posudok a poňal do neho všetky záznamy o vyšetreniach žalobkyne, RTG snímky a zdravotnú dokumentáciu a to z obdobia pred aj po vybratí Kirschnerových drôtov vrátane najnovších z roku 2014 a aby zodpovedal na otázky, ktoré žalobkyňa nastolila v podaní svojho právneho zástupcu zo dňa 8.6.2015. Žalobkyňa pripojila do spisu ešte ďalšie výsledky svojich vyšetrení a to CT vyšetrenia pravého humeru, teda pravého ramena (č.l. 658), popis vyšetrenia zo dňa 19.8.2015, vyhotovený Univerzitnou nemocnicou Martin MUDr. E. B., radiologičkou. Z tohto CT vyšetrenia vyplýva záver, že môže ísť o suspektnú (pravdepodobnú možnú) (pozn. sudkyne) chronickú osteomyelitídu kostného štetpu s uvoľnením dlažky, pričom cieвна stopka sa pri CT vyšetrení nezobrazuje.

60. Žalobkyňa tiež do spisu pripojila znalecký posudok MUDr. H. G. č. 30/2005, z ktorého malo vyplývať poškodenie plexus brachialis, čím vyvracala tvrdenie znalca MUDr. F..

61. Vzhľadom na výhrady žalujúcej strany k znaleckému posudku súd na pojednávaní dňa 2.3.2016 vypočul znalca MUDr. E. F. (č.l. 688 - 705) spisu. Znalec uviedol, že napriek výhradám žalobkyne zotrváva na záveroch svojho znaleckého posudku. Uviedol, že skutočnosť, že žalobkyňa vyšetrená v jej domácom prostredí, bol z jeho strany prejavom ústretovosti, aby ju nepreháňal na vyšetrenie do Piešťan. Univerzitná nemocnica Martin mu poskytla kompletnú RTG dokumentáciu celého prípadu žalobkyne a v čase, keď sa s ňou bol oboznámiť, využil túto návštevu Martina aj na vyšetrenie žalobkyne v domácom prostredí. Zhotovovanie fotografií za pomoci mobilného telefónu, ktorý vyhotovuje často presnejšie snímky, ako fotoaparát, nepovažuje za chybu. Vyšetrenie pravej hornej končatiny nevyžadovalo žiadne špeciálne pracovisko, alebo špeciálne zdravotnícke zariadenie a preto si mohol dovoliť uskutočniť ho doma u nej. Vysvetlil, prečo pri operácii, alebo pred rehabilitáciou, nebolo možné zistiť poškodenie axilárneho nervu, keďže pacient pre existenciu zlomeniny, bolesti a následného znehybnenia nie je schopný vykonávať požadované pohyby a preto je možné nervové poškodenie zistiť až v čase, keď pacient začína rehabilitovať. Preto aj prvé EMG vyšetrenie bolo urobene u žalobkyne až s odstupom času. Znalec vylúčil, že by došlo k poškodeniu axilárneho nervu pri prednom operačnom prístupe k ramenu. Axilárny nerv sa najčastejšie poškodí pri úraze takým spôsobom, že v zadnej časti obtáča kosť a to chirurgický krčok ramennej kosti a keď v tom mieste vznikne zlomenina, niektorý z úlomkov poraní nerv tým, že ostrou hranou pritlačí nerv, pričom ho nemusí úplne prerušiť. Do toho nervu môže zakrváčať a krvný hematóm, ktorý tam je, poškodzuje vodivé vlákna, čo sa v konečnom dôsledku prejavuje ako poškodenie nervu. Rovnako je vylúčené, aby pri vybratí Kirschnerových drôtov došlo k poškodeniu tohto nervu. Znalec rovnako zotrval pri svojom tvrdení, že nevyklučuje, že žalobkyňa infekcia mala, ale nie je možné jednoznačne sa vyjadriť, že mala nozokomiálny infekcia, teda nemôže to ani potvrdiť, ani vylúčiť. Ohľadne toho mohol vychádzať z dostupnej zdravotnej dokumentácie, avšak podľa oficiálnych dokumentov z mikrobiológie infekcia potvrdená nebol. Infekcia je možné potvrdiť približne až po 2 - 3 týždňoch od operácie, keď je spomínaná secernácia v oblasti Kirschnerových drôtov, ktoré boli kvôli prejavom infekcie odstránené. Pripustil, že sa mohlo jednať aj o zápal v hlbších štruktúrach vzhľadom na priebeh ochorenia po 11.9.2003, avšak vzhľadom na priebeh zápalu nepredpokladal, že by došlo k takému rozsiahlemu zápalu, ktorý by vyvolal v oblasti ramenného kĺbu osteomyelitídu, teda akútny zápal kosti. Vyjadrenia neurológov, na ktoré odkazovala žalobkyňa vo svojich podaniach, že by mohlo dôjsť k poškodeniu nervu pri prvotnej, alebo následných operáciách z predného prístupu, vylučuje vzhľadom na anatomické umiestnenie daného nervu a spôsob operácií. Vzhľadom na prejavy zistené zo zdravotnej dokumentácie žalobkyne nemôže dať jednoznačnú odpoveď na to, či v čase, keď žalobkyňa mala zápal v ramene a bola liečená antibiotikami, došlo aj k zápalu kosti, alebo naopak, k nemu nedošlo. Zotrval na závere, že hlavnou príčinou poškodenia žalobkyne bola samotná zlomenina.

Pokiaľ by tam ale bola chronická osteomyelitída, tak je malý predpoklad, že by štep, ktorý bol v roku 2010 vložený do ramena, že by sa bol ujal, lebo v teréne chronickej osteomyelitídy väčšinou aj štepy, ktoré sa tam vložia, hnisajú a neujmú sa. Znalec uzavrel, že nevylučuje, že u žalobkyne bol aj akútny zápal kosti, teda akútna osteomyelitída, ktorá však bola antibiotikami zvládnutá tak, že neprešla do chronickej osteomyelitídy, do chronického zápalu kosti, pretože vtedy by bola veľmi malá šanca, že by sa kostný štep prijal. Hlavné problémy, ktoré žalobkyňa má, vyplývajú z jej neurologického poškodenia, nie z pakľbu. Ďalšou skutočnosťou, ktorá u znalca podporuje, že k poškodeniu axilárneho nervu došlo pri úraze, je tá skutočnosť, že žalobkyňa padla na rameno, ale aj na hlavu, pretože pri prvotnom ošetrení mala na lícnej kosti pomliaždeninu na pravej strane, teda pád musel byť dole hlavou a na rameno, čo je relatívne vysoko energetický úraz pri páde priamo na rameno, ak tam vznikne trieštivá zlomenina. Žalobkyňa podľa zdravotných nálezov nemala taký septický stav, ktorý by si vyžadoval akútnu intervenciu vo forme hospitalizácie, alebo infúzneho podávania antibiotík. Žiadny nález, ktorý žalobkyňa mala, nebol taký dramatický, že by bol vyžadoval otvorenie rany, preplachovú drenáž, infúzne podávanie antibiotík a hospitalizáciu. Znalec vylúčil to, že by obrna axilárneho nervu vznikla ako následok infekcie, pretože uviedol, že za jeho praxe odliečil minimálne 10 pacientov s ťažkým zápalom v oblasti ramena, kde boli abscesy v oblasti ramena operačne otvorené, pacienti dostávali preplachovú drenáž, vysoké dávky antibiotík v infúziách, ale ani u jediného pacienta nevznikla paréza axilárneho nervu a to napriek ťažkému zápalu s abscesom v oblasti ramena. Teda on sa s takýmto zdravotným následkom v dôsledku infekcie v oblasti ramena nestretol, pričom mal možnosť pozorovať ďaleko ťažšie zápaly, než aký bol zápal, ktorý prebehol u žalobkyne. Znalec pripustil, že akútny zápal kosti, pokiaľ je pacient dlhodobo prekrytý antibiotikami, môže mať miernejší priebeh, teda nie až taký dramatický priebeh, ako popisoval vyššie, pretože žalobkyňa bola krytá antibiotikami už pri operácii a aj následne. Známky zápalu kosti sa dajú zachytiť najskôr po 2 - 3 týždňoch. Nejaké poškodenie štruktúry kosti môže vzniknúť najskôr po 2 - 4 týždňoch pretrvávajúceho zápalu, u žalobkyne však v zdravotnej dokumentácii nie je popísaný žiadny absces. V čase zhotovenia RTG snímok z 2.9.2003, kde sú v mieste zlomeniny prítomné aj Kirschnerove drôty, nie sú evidentné známky akútneho zápalu, aj keď kvalita snímky nie je optimálna.

62. Znalec sa vyjadril aj k tej skutočnosti, že výsledok kultivácie v lekárskej správe zo dňa 11.9.2003, kde je dopísané „zlatý stafylokok“, nemohol byť v tento deň, keď boli odobraté vzorky, známe, jednoducho vzhľadom na spôsob, akým sú vzorky mikrobiologicky skúmané a odčítané, ako prvý predbežný výsledok môže byť až po 24 hodinách. Teda výsledok kultivácie predbežný, ktorý sa zisťuje telefonicky, nie na papieri, môže byť až po 24 hodinách a citlivosť môže byť najskôr po 48 hodinách. Znalec vysvetlil, že ak MUDr. G. žalobkyňu videl v piatok 12.9.2003 a nechcel riskovať, že sa jej stav zhorší v priebehu víkendu a chcel predpísať silnejšie antibiotikum Oxacilín, ktorý je viazaný na kultiváciu, tak tam zrejme napísal „zlatý stafylokok“, pretože najčastejšou príčinou takýchto bežných infekcií, ktoré vznikajú v oblasti operačných rán, je zlatý stafylokok a je predpoklad, že práve Oxacilín na túto baktériu zaberie. Znalec sa vyjadril aj k príčinám vybratia Kirschnerových drôtov, kde práve vybratím Kirschnerových drôtov malo sa zabrániť vzostupu infekcie do hlbších tkanív bližšie ku kosti, avšak uviedol, že prípadná nestabilita zlomeniny nie je hlavnou príčinou pakľbu. Pokiaľ by šlo o nestabilnú zlomeninu, tak by žalobkyňa vznikol tzv. hypertrofický pakľb, avšak u žalobkyne vznikol atrofický pakľb, ktorý je spôsobovaný zlou cievnu výživou v mieste zlomeniny. Tým, že u žalobkyne vznikol atrofický pakľb, sú lokálne pomery, zlá výživa a nedostatočný perios, infekcia, prípadné vybratie osteosyntetického materiálu, sú len podporným činiteľom, ale nie hlavným. K námietkam žalobkyne, že jej zdravotné následky boli spôsobené aj nesprávnou rehabilitáciou, uviedol, že nepredpokladá, že by pri rehabilitácii žalobkyne sa postupovalo takým drastickým spôsobom, že by dochádzalo pri mieste zlomeniny k nejakým extrémnym pohybom, ktoré by mohli spôsobiť neurogénne poškodenie. Pacient má totiž pri takom cvičení jednak bolesti a tá bolesť bráni tomu, aby sa rehabilitácia vykonávala v nejakom veľkom rozsahu. Rehabilitácia sa vykonáva postupne v určitých malých rozsahoch, aby sa postupne ramenný kĺb rozhýbal. Tiež uviedol, že chronológia RTG snímok je podľa jeho názoru postačujúca a pri priebehu hojenia nehrá úlohu, či sa snímok urobí o týždeň, alebo o dva týždne. Uviedol, že v znaleckom posudku uviedol celú RTG dokumentáciu, ktorá mu bola poskytnutá na ortopedicko - traumatologickej klinike žalovaného a považuje ju za dostačujúcu. Zotrval tiež na svojom závere, že u žalobkyne vylučuje poškodenie celého brachiálneho plexu hornej a dolnej časti, pretože pacienti s takýmto poškodením nosia ruku vedľa seba, nechytia do nej nič. Naopak, u žalobkyne si všimol, že listuje v zdravotnej dokumentácii, ktorú mala pred sebou na stole počas pojednávania a naviac to vyplýva aj z fotografií, ktoré pripojil do súdneho spisu.

63. Žalobkyňa predložila znalcovi aj jej nálezy z roku 2015, ktoré podľa jej názoru svedčili o chronickej osteomyelitíde. Znalec po nahliadnutí do nich konštatoval, že v danom CT vyšetrení ramennej kosti bolo

vyslovené len podozrenie na chronickú osteomyelitídu, ale nebolo potvrdené v operačnom náleze počas operácie. Pokiaľ sa žalobkyňa podrobila následnej operácii v roku 2015, uviedol, že v prepúšťacej správe z následnej operácie sa nekonštatuje, že by sa jednalo o chronickú osteomyelitídu. Keby takýto stav bol zistený, nebola by sa vložila do miesta ramenného kĺbu nová dlahá, keďže pri operácii bola stará dlahá vymenená za novú dlahu. Naopak, materiál by bol daný preč, bola by sa vykonala preplachová drenáž, bola by liečená antibiotikami a to u žalobkyne robené nebolo. V súvislosti s námietkami žalobkyne, uvedenými v jej vyjadrení k znaleckému posudku, znalec už len opakoval predtým uvedené závery. Znalec vo svojej výpovedi uviedol, že nemôže potvrdiť, že by žalobkyňa bola utrpela nozokomiálnu nákazu, skôr priebeh liečby preto nesvedčí, pretože pokiaľ by infekcia prenikla do ramena už pri samotnej operácii, prejavila by sa infekcia do 2 - 4 dní. Teda prvé prejavy zápalu by sa u žalobkyne vyskytli už pri jej prepustení domov. Nevedel preto potvrdiť, či infekcia vznikla počas hospitalizácie, alebo až po prepustení žalobkyne do domácej liečby a kontamináciou operačnej rany v domácom prostredí, keďže ani obväz na operačnej rane nie je vzduchotesne uzavretý a sterilný. Znalec pripustil, že zápal v oblasti, kde je potrebná nejaká reparácia, či už zlomeniny, alebo tkanív, negatívne ovplyvňuje hojenie a reparačné procesy už tým, že v oblasti zápalu vzniká aj určitý opuch a dôjde k zmene prekrvenia, avšak nepredpokladá, že by príčinou poškodenia axilárneho nervu bol zápal v oblasti ramena. Aj keď prípadný zápal mohol zohrať určitú negatívnu úlohu, jeho názor je taký, že o osude nervu bolo rozhodnuté už v počiatočných štádiách hneď po úraze a že jeho poškodenie vzniklo pri páde, alebo tlakom úlomkov kosti, keď sa zlomila. Zdravotné nálezy žalobkyne nesvedčia o závažnom zápale v oblasti ramena a nesvedčia ani pre vznik nejakého abscesu. Keby u pacientky došlo k chronickej osteomyelitíde, je pre ňu veľmi typická fistulácia, teda komunikácia v tkanivách, ktorou si hnis hľadá cestičku a ktorou vyteká na povrch ramena. Znalec pripustil, že v oblasti krvného výronu, ku ktorému došlo v mieste zlomeniny vytečením krvi z poškodených tkanív, vznikol nejaký zápal, ktorého priebeh bol ovplyvnený antibiotickou liečbou a keby nebol adekvátne liečený, u žalobkyne by bol vznikol absces, alebo ďalšia komplikácia, bola by mala septické teploty, rameno by bolo výrazne deformované a masívne by z rany vytekala hnis, hlavne z operačnej rany, nielen okolo Kirschnerových drôtov. Zo zdravotnej dokumentácie však nič také nevyplýva. V celom spisovom materiáli znalec nenašiel jeden pozitívny výsledok mikrobiologickej kultivácie s citlivosťou na antibiotiká. Preto nie je možné spochybniť, že žalobkyňa bola dobre liečená antibiotikami, ak výsledky kultivácie boli negatívne a teda vyvolávajúci agens, ktorý spôsobil zápal, je neznámy. Pokiaľ žalobkyňa operovala s tým, že jej RTG malo byť zhotovené pri vyberaní Kirschnerových drôtov 11.9.2003 MUDr. E., z dokumentácie vyplýva, že samotná operácia žalobkyne, teda vybratie drôtov, bolo robené pod RTG zosilovačom s tým však, že pokiaľ tento röntgen nemá pamäť, tak sa RTG snímok podľa vyjadrenia znalca nevyhotovoval.

64. Žalobkyňa tvrdila, že má svoju súkromnú dokumentáciu, aj RTG snímky, ktoré si dala zhotoviť a ktoré jej potvrdili zápal kosti. Je nutné však konštatovať, že žalobkyňa takúto RTG dokumentáciu, o ktorej tvrdila, že preukazuje jej zlý zdravotný stav a chronický zápal kosti, nikdy nepredložila ani súdu, ani znalcom. Pokiaľ tvrdila, že znalcom ju predložiť chcela a on ju odmietal, mohla to napraviť tým, že by bola doložila RTG dokumentáciu do spisu a súd by sa s týmito tvrdeniami žalobkyne vysporiadal. Takto ich možno hodnotiť len ako účelové tvrdenia podobne, ako tvrdenia žalobkyne a svedkyne Tvarožnej o vysokých teplotách po prepustení domov, ktoré ale nemajú oporu v zdravotnej dokumentácii.

65. Na návrh žalujúcej strany súd ustanovil znalca MUDr. I. E., súdneho znalca v odbore zdravotníctvo a farmácia, odvetvie neurológia, ktorý vo veci podal znalecký posudok č. 01/18.

66. V znaleckom posudku znalec vychádzal z obsahu súdneho spisu anatomickeho atlasu tam uvedeného a vyšetrenia žalobkyne. Na základe objektívneho vyšetrenia žalobkyne znalec konštatoval, že u žalobkyne došlo k lézii nervus axilaris vpravo ťažkého stupňa, ktorý bol hodnotený osobitne ako periférny nerv, aj keď je súčasťou brachiálneho plexu. Konštatoval léziu plexus brachialis vpravo v hornom type ťažkého stupňa a léziu plexus brachialis vpravo v dolnom type stredne ťažkého stupňa ako aj iatrogénnu léziu nervus fibularis vľavo. Zo záverov znaleckého posudku MUDr. E., ktorý opakovane konštatoval výpovede a znalecké posudky predtým ustanovených znalcov MUDr. F. a MUDr. Š. a nálezy zdravotnej dokumentácie žalobkyne, vyslovil MUDr. E. v závere svojho znaleckého posudku odpovede na otázky zadané súdom.

67. Na prvú otázku ohľadne typu zdravotného poškodenia neurologického charakteru u žalobkyne po úraze dňa 10.8.2003 odpovedal, že u žalobkyne z neurologického hľadiska došlo ku ťažkej paréze nervus axilaris vpravo a disociovej paréze plexus brachialis v hornom type ťažšieho stupňa, v dolnom

type ľahšieho stupňa. Na otázku, čo spôsobilo toto neurologické poškodenie, odpovedal, že je nutné vidieť ho v dvoch rovinách a to:

a) paréza nervus axilaris vpravo, kde tento periférny nerv je súčasťou brachiálneho plexu a je uložený v bezprostrednej blízkosti trieštivej zlomeniny pravej ramennej kosti, tak u tohto nervu pri páde došlo k jeho pohmoždeniu, čo býva častou komplikáciou úrazov v tejto oblasti. Vzhľadom na to, že došlo k trieštivej zlomenine ramennej kosti a v tejto oblasti bolo viac úlomkov, ktoré vyvovali významné krvácanie, čo vyvolalo následné podanie transfúzie. Operatér MUDr. T. vo výpovediach uviedol, že počas operácie nevidel prerušenie nervov a vedením operačného procesu ich ani neporušil. Pohmoždený nerv sa v priebehu liečenia za priaznivých okolností zotaví a opäť nadobudne svoju funkciu. V prípade žalobkyne však došlo ku zápalovému procesu nielen povrchovému, ale aj hĺbkovému, čo pripúšťa aj znalec MUDr. F. v zápisnici o pojednávaní Okresného súdu v Martine z 2.3.2016. Aj znalec MUDr. Š. uviedol vo svojom posudku, že zdravotné poškodenie sa zhoršilo v dôsledku nozokomiálnej infekcie mäkkých tkanív a v dôsledku zlého kostného hojenia žalobkyne, s čím znalec MUDr. E. súhlasil. Pomerene atypický obraz v priebehu hojenia je spôsobený takmer kontinuálnym podávaním antibiotickej liečby, pohmoždené vlákna nervus axilaris nemali dobré podmienky na regeneráciu, preto došlo k ich odumretiu a sekundárnej atrofizácii svalstva, ktoré nervus axilaris zásobuje a samozrejme aj k poruche citlivosti v tejto oblasti. Čiže pohmoždenie vlákien nervus axilaris a následné zápalové prostredie, v ktorom sa nachádzali, zabránilo ich regenerácii a viedlo k ich odumretiu.

b) paréza plexus brachialis je diferencovaná, horný typ vykazuje ťažký stupeň poškodenia, dolný typ vykazuje stredne ťažký stupeň poškodenia. K tomuto poškodeniu podľa znalca dochádzalo postupne po extrahovaní Kirschnerových drôtov dňa 11.9.2003, cieľom čoho bolo zabránenie ďalšej infekcie. S poukazom na skutočnosť, že 23.9.2003 MUDr. E. doporučil ortézu, eventuálne rehabilitáciu, znalec MUDr. E. konštatoval, že pacientka s podozrením na zápalový dej s nasadenými antibiotikami konštatovaním poklesu hlavy humeru s relatívne voľnými sekvestrami ramennej kosti, ktorá mala pred necelými dvomi týždňami extrahované fixačné Kirschnerové drôty, lebo ju ohrozovali rozšírením infekcie vo vnútri zlomeného ramena, bola odoslaná na rehabilitáciu údajne s cieľom rozcvičenia a diferenciacie od neurologického poškodenia. V tomto štádiu liečenia došlo pasívnymi aj aktívnymi rehabilitačnými cvičeniami k mechanickému poškodeniu prebiehajúcej nervovej pletene v okolí (viď obrázok 3 a 4), ktorá v zápalovom prostredí následkom nozokomiálnej infekcie hlbokých štruktúr bola veľmi fragilná. Znalec poukázal na skutočnosť, že na prehľadne anatomických obrázkoch, ktoré pripojil do znaleckého posudku, je viditeľná blízkosť nervových štruktúr s úrovňou v mieste trieštivej zlomeniny. Táto blízkosť a intenzita rehabilitácie diferencuje rozdielne poškodenie hornej a dolnej časti nervovej pletene, vedúcej k paréze plexus brachialis viac horný typ, menej dolný typ. Zároveň konštatoval, že v prvotných vyšetreniach neboli ortopédmi konštatované poruchy citlivosti a hybnosti ruky a predlaktia, k poškodeniu brachiálneho plexu jednoznačne dochádzalo neskoršie a postupne. Tomu zodpovedajú aj neurologické opakované komplexné vyšetrenia vrátane EMG vyšetrení, kde najskôr bola popísaná významná lézia nervus axilaris vpravo dňa 21.11.2003, potom postupne sa zvyrazňujúca paréza brachiálneho plexu. V tejto súvislosti znalec zdôraznil, že atrofický proces svalstva je spôsobovaný poruchou inervácie postihnutých svalov a nie naopak, ako je uvedené znalcami, aj ortopédmi, teda že by atrofizované svalstvo spôsobovalo atrofizáciu periférneho nervstva. Periférne nervy v brachiálnom plexe majú okrem motorických aj senzitivnu a vegetatívnu zložku, ktorá je tiež poškodená. Pacientke bola rehabilitačná liečba pre výrazné bolesti opakovane prerušovaná a dochádzala na ortopedické kontroly.

68. Na otázku, ako bolo predmetné neurologické poškodenie pravej hornej končatiny žalobkyne liečené a zodpovedala liečba závažnosti a poruche zdravotného poškodenia žalobkyne, či bola indikácia k operácii dňa 10.8.2003 u žalobkyne správna a či liečba bola poskytnutá lege artis, znalec odpovedal, že indikácia k operácii bola jednoznačne správna a vedená lege artis. Tvrdil však, že jednoznačne sa jednalo o nozokomiálnu infekciu mäkkých tkanív a nielen o povrchový zápal. Antibiotiká s ohľadom na citlivosť boli vedené dlhodobo. Rehabilitácia bola nasadená predčasne, čo viedlo k poškodeniu pravého brachiálneho plexu a tiež k nedostatočnému hojeniu zápalu hĺbkových štruktúr. Vzhľadom k RTG, CT, CTAG a MR a scintigrafickým nálezom ako aj k nehojeniu kosti znalec stav hodnotil tiež ako chronickú osteomyelitídu. Poukázal, že vo svojich výpovediach MUDr. F. pripúšťa akútnu osteomyelitídu, zvládnutú antibiotikami, ktorá síce neprešla do chronickej osteomyelitídy, ale zároveň si protirečí, lebo konštatuje, že štep, ktorý sa z nohy zobral, vyrobil vlastne ďalšiu komplikáciu. Toto neprijatie štepu vlastne potvrdzuje prítomnosť chronického zápalového deja a aj predchádzajúce a neskoršie RTG a scintigrafické a CT vyšetrenia ako aj nevytváranie sa kalusu, nehojenie kosti a vznik pakíbu ho nepriamo potvrdzujú. Takéto závery

znalca boli ale vyvrátené pri jeho výpovedi na pojednávaní, kde bol konfrontovaný s odborným názorom MUDr. F..

69. Ďalej znalec odpovedal na to, že úraz zo dňa 10.8.2003 zanechal u žalobkyne z hľadiska neurologického následky:

- a) ťažkú léziu nervus axilaris vpravo
- b) parézu pravého brachiálneho plexu horný typ ťažkého stupňa
- c) parézu brachiálneho plexu dolný typ stredne ťažkého stupňa
- d) iatrogénnu parézu nervus fibularis vľavo

70. Uvedené následky sú trvalé a nemenné, spôsobené boli mechanizmami a zápalovými dejmi uvedenými v bode 2 a 3 posudku. Poškodenie nervus fibularis vľavo vznikol pri odoberaní kostného štepu použitého k riešeniu pakiľbu pravého ramena.

71. Na 5. otázku, či zdravotné následky neurologického poškodenia sú následkom nesprávnej liečby, alebo nesprávneho postupu pri operácií, alebo mechanického poškodenia spôsobeného úrazovým dejom, alebo mechanického poškodenia nervov počas operácie, alebo pri extrahovaní vnútorných fixátorov, nozokomiálnej skutočnosti, prípadne inej skutočnosti, znalec odpovedal, že zdravotné následky neurologického poškodenia nie sú spojené vedením nesprávneho postupu pri operácií 10.8.2003, ani neboli spôsobené počas extrahovania vnútorných fixátorov, sú čiastočne ale spôsobené mechanickým poškodením bezprostredne pri úraze a to na 50 %, a na 50 % sú podľa znalca spôsobené zápalovým poškodením z nozokomiálnej nákazy, získanej pri prvej operácií.

72. Znalec v 6. otázke konštatoval, že žalobkyňa bola infikovaná zlatým stafylokokom v dobe prvej operácie bezprostredne po úraze, čo nevylučujú ani znalci vo svojich znaleckých posudkoch a následných výpovediach. Jedná sa o nozokomiálnu infekciu. Uvedený záver napriek neprítomnosti dôkazu agens vyplýva z klinických záverov včasnosti vzniku zápalových prejavov a nutnosti nasadenia antibiotickej liečby, ktorá napriek dlhodobému užívaniu nebola plne úspešná.

73. K tomuto znaleckému posudku sa žalujúca strana vyjadrila podaním z 26.4.2018, ktoré vyjadrenie, aj keď ho podával právny zástupca žalobkyne, obsahovalo subjektívne hodnotenie a vyjadrenie žalobkyne k jednotlivých nálezom lekárov a v tomto podaní ale tiež žalobkyňa žiadala, aby znalec MUDr. E. určil bodové ohodnotenie bolestného a sťaženia spoločenského uplatnenia k neurologickým následkom, ktoré konštatoval vo svojom znaleckom posudku.

74. Žalovaná strana sa vyjadrila k znaleckému posudku MUDr. E. podaním z 2.5.2018 a na rozdiel od žalobkyne s jeho závermi nesúhlasila. Žalovaná strana vytýkala znaleckému posudku predovšetkým tú skutočnosť, že znalec odpovedal aj na otázky týkajúce sa nielen neurológie, ale aj otázky týkajúce sa úrazovej chirurgie, keď v bode 2 posudku znalec rozoberá mechanizmus vzniku poranenia, teda traumatologicky aspekt, pričom v celej odpovedi sa odvoláva na stanovisko iných znalcov a nepredkladá žiadnu objektívnu skutočnosť, z ktorej vychádza v svojich záveroch a uvádza skutočností, ktoré nie sú pravdivé a nie sú ničím podložené v danom prípade a ani celkovo. Žalovaný poukázal, že z traumatologického hľadiska je známe a typické, že trakčné lézie vo oblasti hornej končatiny spôsobujú traumatické poškodenie presne takého typu, aké je uvedené, teda ťažké poškodenie plexus brachialis horného typu a stredne, alebo ľahké poškodenie dolného typu. Ide o typický úraz pri pádoch z výšky, alebo pádoch z motoriek a bicyklov. Záver, že k takémuto poškodeniu došlo postupne, a to hlavne spôsobom ako uvádza znalec, nie je ničím objektívne podložený. Z hľadiska medicínskeho nie je v reálnom živote na takýto vznik žiaden podklad a pre takýto záver nemal znalec žiadne objektívne dôkazy, čo robí jeho záver nepreskúmateľným. Záver znalca, že k poškodeniu nervov došlo pri rehabilitácii, považoval žalovaný za nesprávny, nakoľko počas uvedeného obdobia nebola pohybová liečba realizovaná metodikami, ktoré mohli spôsobiť neurogénne poškodenie na pravej hornej končatine. Pri cvičení bol plne tolerovaný subjektívny a objektívny nález bolesti a edém u pravej hornej končatiny a možnosti aktívneho a pasívneho rozsahu pohyblivosti v pravom ramennom kĺbe. Pri dodržaní týchto zásad nemohlo dôjsť v žiadnom prípade k iatrogénnemu poškodeniu nervus axilaris. Pre

neprimeraný priebeh procesu rehabilitácie bola rehabilitačná liečba opakovane prerušená so žiadosťou o traumatologické a neurologické konzílium. Po diagnostikovaní nervovej lézie nervus axilaris na EMG 21.11.2003 bola rehabilitácia zameraná na jej reedukáciu a stimuláciu nervus axilaris. Preto žalovaný vylučuje akýkoľvek kauzálny vzťah rehabilitácie k periférnemu neurogénemu poškodeniu pacientky. Nie je zrejme, na základe čoho znalec dospel k uvedenému záveru a nebolo to znalcom nijakým spôsobom dokázané a medicínsky zdôvodnené. Poškodenie nervov pri rehabilitácii vylúčili obaja znalci z odvetvia ortopedie MUDr. Š. i MUDr. F.. Znalec sa vyjadroval k niektorým otázkam, ktoré môžu zodpovedať len znalci z chirurgických odborov a nie znalec z odboru neurológie, ktorý je nechirurgický odbor a nie je zrejme, na základe čoho zo strany znalcov bol určený percentuálny podiel, ktorým určil, že zdravotné následky neurologického poškodenia sú podľa znalca spôsobené z 50 % mechanickým poškodením a z 50 % zápalovým poškodením. Uvedené zistenie znalca nie je preskúmateľné, nakoľko nie je zrejme, čo bolo podkladom pre vyššie uvedené tvrdenie z jeho strany, teda, na základe čoho dospel k takémuto záveru. Nie je možné súhlasiť s tým, že na poškodení plexus brachialis sa podieľal zápal, ktorý znalec označuje ako nozokomiálnu nákazu, pričom v celom znaleckom posudku pre takéto označenie nie je dôkaz. Symptomatika nervového poškodenia na začiatku bola prekrytá ťažkou poruchou funkcie v oblasti ramenného zhybu, ktorá vznikla samotnými úrazovými mechanizmami a následným komplikovaným hojením (subluxačné postavenie ramena, výrazná bolestivosť a algicky podmienené šetrenie pravej hornej končatiny). Preto poškodenie nervov nebolo skôr klinicky zjavné. Žalovaný uviedol, že v júli 2004 bola pacientka na EMG vyšetrení so záverom lézia brachiálneho plexu vpravo ťažkého stupňa. V etiológii tohto nervového poškodenia zohralo úlohu viacero faktorov, a to samotný úraz ramena s kompresívne trakčným mechanizmom poškodenia brachiálneho plexu dominujúcim poškodením nervus axilaris (tento nerv je tvorený časťou nervových vlákien brachiálneho plexu, následný poúrazový opuch mäkkých tkanív ramena, opakované chirurgické intervencie, lokálny zápalový proces - lokálna infekčná komplikácia v priebehu hojenia) a dominantnú úlohu zohral vývoj komplexného regionálneho bolestivého syndrómu (algodistrofického syndrómu - RTG verifikovaná lokálna osteoporóza, neuropatická bolesť, poškodenie senzitivných a motorických vlákien brachiálneho plexu, vegetatívne a trofické zmeny v inervačnej zóne brachiálneho plexu, na vzniku ktorého sa mohli podieľať vyššie uvedené faktory). Takýto chorobný stav, teda komplexný regionálny bolestivý syndróm s následným závažným poškodením funkcie plexu s chronickou neuropatickou bolesťou, ťažkou poruchou funkcie končatiny však môže niekedy vzniknúť aj pri relatívne nezávažnom traumatickom poškodení ramena s nekomplikovaným priebehom hojenia. Na základe vyššie uvedených skutočností považoval žalovaný znalecký posudok MUDr. I. E. za nekompetentný, nepreskúmateľný a neodborný. Nedostatočne je zdôvodnený a žiadal, aby nebol podkladom pre rozhodnutie súdu. Závery tohto znaleckého posudku sú totiž v rozpore s doteraz podanými znaleckými posudkami v predmetnej veci, a to bez akéhokoľvek odborného zdôvodnenia.

75. Následne v podaní zo dňa 24.8.2018 žalovaná strana žiadala, aby za účelom odstránenia nesúlady podaných znaleckých posudkov bol vypočutý MUDr. E., prípadne aby boli vzájomne konfrontovaní všetci znalci, podávajúci v predmetnej veci znalecké posudky. V tomto podaní, keďže žalovaná strana spochybňovala závery MUDr. E., podľa ktorých sa na neurologickom poškodení žalobkyne mohol podieľať nielen samotný úrazový dej, ale aj rehabilitácia a zápalový proces, považovala bodovanie neurologických poškodení žalobkyne za neúčelné. Navyac správne poukázala žalovaná strana na to, že žalobkyňa svoje nároky vo vzťahu k žalovanému uplatnila len v súvislosti s následkami úrazu a liečby pravej hornej končatiny po traume utrpenej 10.8.2003 a nie v súvislosti s poškodením nervus fibularis v súvislosti s odobratím kostného štepu v júni 2010 u žalobkyne.

76. Súd sa stotožňoval so závermi žalovanej strany ohľadne arbitrárnosti znaleckého posudku MUDr. E. v jeho napadnutých záveroch zo strany žalovanej, keďže aj súd musel konštatovať, že svoje závery znalec nezdôvodnil a preto vyzval ešte znalca, aby sa vyjadril k písomným vyjadreniam strán k jeho znaleckému posudku.

77. Svoje odborné názory sa pokúsil MUDr. I. E. obhájiť vo svojom vyjadrení z 15.12.2018, kde zdôvodňoval, prečo odpovedal aj na otázky, ktoré sú vyhradené chirurgom - traumatológom. Opakovane poukazoval na vyjadrenie MUDr. T. - operátora, ktorý uviedol, že keď vyšetroval žalobkyňu ambulantne pred operáciou, nezistil žiadne neurocirkulačné poškodenia a axiálny, aj brachiálny nerv pri operácii videli a nepozorovali žiadne prerušenia týchto nervov. Až neskôr bolo v novembri 2003 popísané pri prvom EMG vyšetrení poškodenie nervus axilaris a 19.7.2004 bola EMG vyšetrením popísaná lézia plexus brachialis, pričom v tom období už žalobkyňa 11 mesiacov rehabilitovala. Citoval z odbornej

literatúry a uviedol, že pri dislokácii úlomkov pri zlomenine dochádza k prerušeniu ciev v dreni kosti a v okostnici, vzniká krvný výron a dislokáciou úlomkov sa môžu poškodiť okolité orgány, svaly sa môžu devastovať, nervy poškodiť natiahnutím, alebo pretrhnutím, cievy sa môžu pomliaždiť, alebo pretrhnúť. Poškodenie tepien môže spôsobiť ischemiu tkaniva s následnou nekrózou, až gangrénou. Kompartment syndróm vzniká z útlaku mäkkých tkanív v uzavretom fasciálnom priestore, pričom dochádza k ischemii svalov s následnou deštrukciou kontraaktívnych vlákien, fibrotizáciou a nekrózou. Nebezpečným dôsledkom je predovšetkým ischemické poškodenie periférnych nervov v intrafasciálnom priestore. K ďalším komplikáciám zlomeniny patria spomalené hojenie kosti, zhojenie v nesprávnom postavení následkom nesprávne repozície, či redislokácie, zápalové komplikácie, keď infekcia býva väčšinou bakteriálna a najčastejšie sa vyskytuje pri otvorených zlomeninách, alebo ako komplikácia operačného výkonu. Paraartikulárne osifikácie, ktoré vznikajú najmä pri hrubom násilí pri opakovaných repozíciách a násilnej rehabilitácii. Profesor I. dokázal, že ak ponúkneme neurónom vhodné mikroprostredie, sú schopné tieto neuróny obnoviť svoje poškodené axilony. Pri regenerácii periférneho nervu sa veľmi veľký význam prikladá tzv. Schwannovým bunkám a okolitému mikroprostrediu. K poškodeniu nervových pletení v oblasti brachiálneho plexu preto podľa názoru znalca došlo z 50 % poškodením mikroprostredia, v ktorom už boli distendované nervové vlákna, v ktorom sa už distendované nervové vlákna nachádzali a kde dochádzalo k poškodeniu vedenia vláknami podobne, ako k tomu dochádza pri rôznych metabolických a toxických poškodeniach a z 50 % mechanickým poškodením pri rehabilitačnom procese, kde dochádzalo k napínaniu už vulnérabilných metabolicky poškodených vlákien, ktoré mali aj zníženú flexibilitu. Jednoznačne došlo bezprostredne pri úraze ku distenzii vlákien nervus axilaris, čo pri takýchto úrazoch býva prvotné. Zrejme nedošlo k jeho neurotmesis, čo uviedol operatér MUDr. T., ale vzhľadom ku nevhodnému mikroprostrediu sa ako prvá lézia prejavila a na EMG potvrdila lézia nervus axilaris. Vzhľadom k výpovedi operatéra MUDr. T. nesúhlasil s tvrdením žalovaného, že symptomatika nervového poškodenia na začiatku bola prekrytá ťažkou poruchou funkcie v oblasti ramenného zhybu, lebo neurocirkulačné pomery boli ním hodnotené bez poškodenia. Úvaha, či by bolo možné, že aj bez zápalového procesu by bolo došlo k podobnému rozvoju, až afunkčnosti pravej hornej končatiny, neobstojí, lebo je jednoznačné, že ku komplikáciám hojenia došlo. Súhlasil však s namietaním žalovaného a vzdal sa hodnotenia osteomyelitídy a hojenia kosti.

78. Súd uskutočnil konfrontáciu znalcov MUDr. I. E. a MUDr. E. F. na pojednávaní dňa 12.6.2019. Na začiatku obaja znalci zotrvali na záveroch svojich znaleckých posudkov. Z vyjadrenia MUDr. E. vyplynulo, že sa oboznamoval so spisovým materiálom a zdravotnou dokumentáciou tam pripojenou a žalobkyňu aj vyšetril, pričom z vyjadrenia znalca MUDr. E. vyplynulo, že u žalobkyne už nevykonával EMG vyšetrenie. Hoci podľa vyjadrenia MUDr. F. objektivizovať nález v oblasti brachiálneho plexu je možné jednoznačne za pomoci ihlového EMG vyšetrenia, ktorým sa dá vyšetriť každý jeden sval, z pohľadu, či tam obrna svalu je, alebo nie je. MUDr. F. zotrval aj na svojom konštatovaní, že u žalobkyne prebehol infekčný agens, pričom je sporné, či šlo o zlatý stafylokok, alebo inú baktériu a či šlo o nozokomiálnu nákazu.

79. MUDr. F. opätovne poukázal na skutočnosť, že krvný výron, ktorý nastal u žalobkyne v dôsledku trieštivej zlomeniny ramennej kosti, zľahčuje podmienky pre vznik zápalu, avšak nie je možné presne zistiť, či ten zápal vznikol počas operácie, alebo či prenikol pozdĺž Kirschnerových drôtov, ktoré boli prepichnuté cez kožu a boli tam malé ranky, cez ktorú vonkajšie prostredie pokožky komunikovalo s vnútorným prostredím. Podobný zápal v okolí fixačných materiálov vzniká aj pri iných, dokonca ťažších ortopedických operáciách, avšak podľa názoru MUDr. F.L. zápal, ktorý prebehol u žalobkyne, nebol tak vážneho charakteru v oblasti ramena, aby spôsobil nervové poškodenie. Podľa jeho názoru o nervovom poškodení bolo rozhodnuté už pri páde poškodenej. Axilárny nerv poškodil miesto zlomeniny. Žalobkyňa, keď padla na rameno a kosti sa zlomili, keďže axilárny nerv obťáča chirurgický kľúčok zlomeniny, kde bola zlomená kosť, tak pri páde, keď došlo k posunu úlomkov, došlo k poškodeniu tohto nervu. Akého charakteru to poškodenie bolo, sa už nikdy nezistí, pretože nerv, aj keď má zachovanú kontinuitu, jeho vnútro, jeho vlákna môžu byť poškodené tak, že sa nezreparujú. To, či keby nebol v mieste zlomeniny prebehol aj zápal, či by sa bol obnovil nerv, alebo nie, to už nikto nedokáže zodpovedať. Avšak zo svojich skúseností môže skonštatovať, že u pacientov, ktorí mali takýto typ zlomeniny, nemali zápal v ramene a nepodstúpili žiadnu operáciu, len mizivé percento dosiahlo regeneráciu predmetného nervu. Takmer u všetkých zostala obrna axilárneho nervu trvalá a deltový stav nefunkčný.

80. V reakcii na prednes MUDr. F., MUDr. E. uviedol, že pri svojom posudku z hľadiska konštatovania záverov EMG vyšetrenia sa spoliehol na vyslovené závery v priebehu liečby žalobkyne MUDr. G., ktorý je zamestnancom žalovaného, a ktorého považuje za zdatného odborníka. Podľa jeho názoru vzhľadom

na výpoveď MUDr. T. bol aj napriek zlomenine nervus axilaris zrejme parciálne zachovaný, aj keď si je vedomý, v akom anatomickom prostredí v blízkosti kosti prechádza a až neskôr došlo k tomu, že bola skonštatovaná jeho paréza a aj paréza brachiálneho plexu. O tri mesiace po úraze bol atrofizovaný musculus deltoideus, čiže podľa jeho názoru došlo tam k nejakému poškodeniu, odumretiu prakticky a to podľa neho spôsobilo zlé prostredie, v ktorom sa nervus axilaris nachádzal, čo zabránilo jeho reštitúcii. MUDr. E. nevedel konkrétne odpovedať na otázku, z akého dôvodu konštatoval, že šlo o zápal v hlbokých štruktúrach ramena v blízkosti kosti. Konštatoval len, že pacientka opakovane prichádzala na kontroly s bolesťami a so zvýšenými teplotami a boli jej ordinované antibiotiká. Podľa MUDr. E. hlbokými štruktúrami sú už svaly a nervy prechádzajúce pod kožou.

81. V tejto súvislosti MUDr. F. konštatoval, že pri prijímaní pacienta s obdobným úrazom ramena aký mala žalobkyňa, kde je predpoklad zlomeniny, sa bežne prijímajúci lekár pýta pacienta na to, či vie ohnúť lakťom, alebo hýbať prstami, čo je celé vyšetrenie neurologické na traumatologickej ambulancii. Potom je pacient odoslaný na röntgen, kde sa zistí, o aký typ zlomeniny ide. Klinicky pri zlomenej ramennej kosti v chirurgickom krčku, a to trieštivej, nie je možné vyšetriť deltový sval, dokonca je to nežiaduce, lebo deltový sval sa upína dole pod zlomeninou a ak pacient sa snaží zdvihnúť končatinu, tak vlastne dislokuje tú zlomeninu, čiže takéto vyšetrenie by on nikdy pacientovi nerobil, len aby zistil, či je deltový sval funkčný, alebo axilárny nerv funkčný, alebo nefunkčný. Aj z hľadiska prognózy, ak by lekár v deň prijatia pacienta s obdobnou zlomeninou, akú má žalobkyňa, zistil, že nerv je poškodený, nič s tým nemôže urobiť, lebo v tej chvíli je to neriešiteľná vec. Prioritne je totiž nutné liečiť zlomeninu. MUDr. F. trval na svojom závere, že zápal nebol závažný, že by bol spôsobil také ťažké poškodenie nervu, pretože vo svojej praxi videl niekoľko ramien, ktoré boli zhnisané, v ktorých bol absces, kde sa robila preplachová drenáž, vypúšťalo sa z neho pol litra hnisu a žiadny z týchto pacientov nemal nervus axilaris, alebo plexus brachialis. Pričom šlo o pacientov, ktorí mali závažný zápal v oblasti ramena, kde vyteklo obrovské množstvo hnisu a pacientovi bola 4 - 5 dní vykonávaná preplachová drenáž. On naopak u žalobkyne v jej zdravotnej dokumentácii nenašiel, že by jej bola niekedy robená incízia, čiže vypustenie hnisu, nejaká drenáž a podobne. Boli jej síce vymenené antibiotiká a vybrali sa Kirschnerové drôty, ale žiaden závažnejší zásah, ktorý by bol vynútený závažnejším zápalom v tom ramene nie je v jej dokumentácii spomenutý.

82. Pri svojom výsluchu ďalej MUDr. E. zotrval na tvrdení, že aktívnymi rehabilitačnými cvičeniami došlo k mechanickému poškodeniu prebiehajúcej nervovej pletene v okolí, ktorá v zápalovom prostredí následkom nozokomiálnej infekcie hlbokých štruktúr bola veľmi fragilná. Podľa neho sa tam napínali nervy, ktoré nemali normálnu štruktúru. S tým ale nesúhlasil MUDr. F., ktorý uviedol, že anatomicky je plexus brachialis od zlomeniny krčku ramennej kosti tak vzdialený, že je technicky nemožné, aby došlo pri rehabilitácii k poškodeniu plexus brachialis, ak by takáto vec bola technicky možná, tak by boli komplikácie pri každej regresii ramena. Poukázal totiž na skutočnosť, že niekedy je nutné uskutočniť reoperáciu pacienta, ktorý nemá absolútne pohyb medzi lopatkou a ramennou kosťou, pričom pri uspatí v celkovej narkóze sa ruka tohto pacienta zoberie a násilne sa mu rozcvičí, dokonca tak, že počuť ako praskajú zrasty a niektoré úpony svalov a šliach a napriek tomu, že je to veľmi častý výkon, on sa ešte nestretol s tým, že by pacient po takomto zákroku mal niekedy parézu plexus brachialis. Preto uviedol, že si už nevie predstaviť, čo by pri rehabilitácii až s pacientom museli robiť, aby mu ňou bola spôsobená paréza plexus brachialis. Ďalšou vecou je, že by sa musel prepichnúť biceps a svalstvo, ktoré obaľuje ramennú kosť, aby sa úlomok kosti dostal do brachiálneho plexu, ktorý je v pazuche, pričom v pazuche žalobkyne neprebíhal žiadny zápal. Lokálny zápal bol sústredený okolo ramennej kosti, teoreticky mohol ovplyvniť axilárny nerv, avšak v žiadnom prípade ten zápal nebol takého rozsahu, aby ovplyvnil plexus brachialis. MUDr. F. vylúčil, že vzhľadom na anatomické umiestnenie plexus brachialis, že by ten mohol byť ovplyvnený nejakým zápalom, alebo rehabilitáciou u žalobkyne, nakoľko od miesta zlomeniny je vzdialený.

83. MUDr. E. na toto vyjadrenie reagoval konštatovaním, že potom nie je možné vysvetliť, ako došlo k poškodeniu plexus brachialis. Podľa neho však nedošlo k poškodeniu nervového zväzku kosťou. Na druhej strane ale MUDr. E. nedokázal a nevedel vysvetliť, v čom spočívala rehabilitácia žalobkyne, pokiaľ sa podľa jeho názoru podpísala na poškodení brachiálneho plexu.

84. MUDr. F. jednoznačne konštatoval, že nepripúšťa, aby rehabilitačný pracovník si dovolil s pacientom robiť také pohyby, pri ktorých by mohlo dôjsť k poškodeniu nervovej pletene plexus brachialis a nestretol sa s tým, aby pri trakčnom mechanizme pri ťahu, alebo natiahnutí, čo aj úrazom, došlo k

poškodeniu v priebehu nervovej pletene. Konštatoval, že pri ťažkom trakčnom mechanizme dochádza niekedy k vytrhnutiu koreňov z miechy, čo už je neriešiteľný problém. Pri veľkej trakkii za končatinu dôjde k vytrhnutiu nervov, ale nikdy sa nestretol s tým pri úraze, že by došlo v priebehu plexus brachialis k poškodeniu týchto nervov. Rehabilitačný pracovník robil so žalobkyňou len asistované pohyby, pridržiaval jej ruku a robil pasívne pohyby len natoľko, aby sa kĺb postupne rozhýbal. Na druhej strane ale uviedol, že má vysvetlenie, ako došlo k poškodeniu plexu a totiž, že k čiastočnému poškodeniu plexus brachialis došlo už pri úraze, len nebol diagnostikovaný. Mechanizmus je totiž taký, že axilárny nerv obchádza zo zadnej časti ramennú kosť a potom vchádza do svalu. Preto spochybňuje aj vyjadrenie operátora, že videl priebeh nervus axilaris, pretože z predného prístupu k zlomenine ho ani vidieť nemôže. Môže vidieť vlákna v svalu, ale na to by potreboval skoro operačný mikroskop. Totiž axilárny nerv vychádza vzadu pod deltovým svalom, vychádza z neho v strednej časti a v prednej časti je rozkonárený na drobné vetvičky nervov. Pri prednom prístupe ho nie je možné dobre vidieť, pretože je na úrovni 1 mm a jeho jednotlivé vetvičky rovnako, ako plexus brachialis, je neviditeľný z takéhoto prístupu na rameno. Z vyjadrenia MUDr. F. vyplynulo, že plexus brachialis sa nachádza pod pazuchou. Podľa názoru MUDr. F. pri úraze došlo k poškodeniu nervus axilaris a čiastočne aj k poškodeniu plexus brachialis takým mechanizmom, že pri páde na rameno došlo k zlomenine a zlomený úlomok ramennej kosti vbehol do vnútra a pritlačil plexus brachialis medzi kosť, rebrá a hrudník. Pri takomto mechanizme mohlo dôjsť k pomliaždeniu plexus brachialis. To, že poškodenie plexu nebolo zistené okamžite, je záležitosť toho, že pri EMG vyšetrení pravdepodobne nebol vyšetrovaný hneď celý plexus brachialis, ale vyšetrenie bolo zamerané len na deltový sval.

85. Na popis takéhoto mechanizmu možného poškodenia plexus brachialis MUDr. E. pri svojej výpovedi nedokázal reagovať. Poukazoval len na závery MUDr. G. z EMG vyšetrení žalobkyne a uviedol, že žalobkyňa bola rok v antibiotickej liečbe. MUDr. E. pri tom poukazoval na skutočnosť, že žalobkyňa bola s nezhojenou kosťou odoslaná na rehabilitáciu, avšak takýto postup obhajoval MUDr. F., ktorý poukázal na skutočnosť, že je nutné s rehabilitáciou začať zavčas, aby ramenný kĺb nestuhol, a to aj za cenu, ak by na ňom vznikol paklb. Pretože keby žalobkyňa mala iba paklb a nemala by neurogenné poškodenie axilárneho nervu, bola by na tom ďaleko lepšie, ako je v súčasnosti.

86. MUDr. F. sa potom podrobnejšie vyjadril k otázkam kostného hojenia v prípade, ak v mieste hojenia kosti prebieha zápalový proces, alebo ak hojenie prebieha v prostredí zlej kostnej výživy. Uviedol, že pokiaľ by u žalobkyne vznikla osteomyelitída, ktorá by prešla do chronickej osteomyelitídy, vykazovala by jej kosť isté charakteristické znaky, ktoré popísal, pričom konštatoval, že si prezrel všetky röntgenové snímky žalobkyne do roku 2010 a nenašiel na nich typické známky pre chronickú osteomyelitídu. Dokonca pri implantácii kostného štepu v roku 2010 by určite tento implantát nebol vkladany do zápalového prostredia.

87. MUDr. E. následne pri svojom výsluchu nedokázal logicky zdôvodniť svoj záver, že zápal, ktorý vznikol u žalobkyne, bol spôsobený jednoznačne nozokomiálnou infekciou a nedokázal súdu ani vysvetliť zrozumiteľným spôsobom, ako sa mohol zápal podpísať na znefunkčnení nervus axilaris a na následky spôsobené na brachiálnom plexe. Po vyjadreniach MUDr. E., ktorý konštatoval permanentnú antibiotickú liečbu u žalobkyne, súd nadobudol presvedčenie, že MUDr. E. nemal dostatočný prehľad o období, v ktorom žalobkyňa antibiotickú liečbu brala, pretože z jej zdravotnej dokumentácie vyplynulo, že ich brala 9 týždňov od operácie. Potom zmienka o antibiotickej liečbe nie je, okrem situácií, keď bola žalobkyňa antibioticky krytá počas reoperácií. Po poukázaní MUDr. F. na skutočnosť, že následne bolo CRP žalobkyne v norme, čo MUDr. E. potvrdil a konštatoval, že potom vlastne nemôže vysvetliť, že ak vnútorné prostredie bolo v poriadku, prečo sa poškodila postupne aj nervová pleten plexus brachialis. Nedokázal odpovedať na otázku, či plexus brachialis mohol byť poškodený takým úrazovým mechanizmom, aký popísal MUDr. F. v diskusii pri konfrontácii s ním a zotrval na tvrdení, že MUDr. T. a „všetci“ videli, že pacientka hýbala rukou (pred operáciou 10.8.2003). Nepripustil, že mohlo ísť len o jednoduché vyšetrenie pohybov prstov a podobne, ako vysvetlil MUDr. F. a ktoré pripúšťal vtedajší zdravotný stav žalobkyne.

88. MUDr. F. v súvislosti so svojimi závermi ohľadne toho, že podľa neho zápal nemohol spôsobiť poškodenie nervus axilaris, ani brachialis, poukázal na skutočnosť, že v čase prvého EMG vyšetrenia nebola diagnostikovaná paréza plexus brachialis, len axilárneho nervu a pri vyšetrení približne o rok a pol už bola skonštatovaná paréza brachiálneho plexu. V tomto období sa ale u žalobkyne nič podstatné nedialo, pretože zápal odznel hneď v prvých týždňoch po hospitalizácii. Plexus brachialis je relatívne

ďaleko od samotnej ramennej kosti. Ak by aj pripustil, že v oblasti ramennej kosti dochádzalo k nejakému zápalu v samotnej kosti, alebo v mieste zlomeniny, to miesto je stále ešte veľmi izolované od priebehu plexus brachialis. Ak bolo vyšetrenie zamerané len na axilárny nerv, nie na celý plexus brachialis, nie je možné vylúčiť, že v tom čase už bol plexus brachialis poškodený, len poškodenie nebolo zdiagnostikované. V tejto súvislosti MUDr. F. poukázal na skutočnosť, že 21.11.2003, čiže približne 15 týždňov od operácie, bol podľa záznamov EMG vyšetrovaný len musculus deltoideus a nie celý plexus. Naviac MUDr. F. svoje závery ohľadne toho, že prípadný zápalový proces nemohol spôsobiť poškodenie nervov, ktoré bolo u žalobkyne zistené, podložil aj tou skutočnosťou, že za predpokladu, že by skutočne nejaký zápal prebiehal, bol by sa šírila smerom dole v smere zemskej gravitácie a šírila by sa po vnútornej strane ramena, nie po vonkajšej strane v oblasti deltového svalu po prednej strane ramena.

89. MUDr. F. následne vysvetlil priebeh plexus brachialis a uviedol, že žalobkyňa ako pacientka, má deficit, hlavne v hornej časti brachiálneho plexu. Teda samotný plexus musel byť ovplyvnený nie nižšie, ako v pazuche. Keby mala poškodený plexus už dole nižšie, tak by mala výpadok len jednotlivých nervov, ktorým je tvorený. Keďže výpadok u žalobkyne je pozorovaný hlavne v hornej časti plexus brachialis, musela mať poškodený v hornej časti pletene a práve z toho dôvodu považuje za najpravdepodobnejšiu príčinu poškodenia plexus brachialis vtlačenie pletene medzi rebro a ramennú kosť pri páde žalobkyne na bok.

90. Nakoniec pri svojom výsluchu MUDr. E. na otázku žalovanej strany pripustil, že v čase, keď žalobkyňa bola odosielaná na rehabilitáciu v súvislosti so zdravotným stavom zisteným 23.9.2003 MUDr. E. (že žalobkyňa bola bez febrílií, rana kľudná, bez preteplenia), nebola takto zistenému stavu rehabilitácia kontraindikovaná.

91. MUDr. F. ešte vysvetlil, že nález konštatovaný v deň operácie operatórom MUDr. T. (periféria bez nervocirkulačných porúch) znamená, že v oblasti koncovej časti končatiny nie sú viditeľné zmeny prekrvenia, teda ruka nie je bledá, kde by bolo podozrenie, že je tam poškodená nejaká cieva a súčasne pacient hýbe prstami. Podľa toho samozrejme nie je možné overiť hybnosť v ramene, keď je zrejmé, že ide o komplikovanú zlomeninu v tejto oblasti. Naviac MUDr. F. poukázal na skutočnosť, že pokiaľ by sa na poškodení nervov na pravej ruke žalobkyne mal podieľať zápal, ten zostupuje dole podľa zákonov gravitácie a poškodenie nervov u žalobkyne v dôsledku takéhoto zápalu by nastalo smerom dole k dlani. Poškodenie ale je zistené opačným smerom, teda poškodenie smeruje hore na deltový sval a lopatkové svaly.

92. V závere dokazovania žalovaná strana už len pripojila vyjadrenie MUDr. E. G., H., zamestnanca žalovaného, ktorý robil EMG vyšetrenia žalobkyne, na ktoré odkazoval znalec MUDr. E.. Ten podal vyjadrenie 12.7.2019. V tomto vyjadrení uviedol, že 21.11.2003, keď bola žalobkyňa k nemu odoslaná na EMG vyšetrenie, bola realizácia EMG vyšetrenia sťažená pre poruchu funkcie v oblasti ramenného zhybu v dôsledku úrazu a jeho komplikovaného hojenia. Prítomné bolo subluxačné postavenie ramena, výrazná bolestivosť a algicky podmienené štetrenie pravej hornej končatiny. Preto bolo možné urobiť len obmedzené EMG vyšetrenie, konkrétne ihlové vyšetrenie musculus deltoideus vpravo, ktorý ako jediný sval v oblasti ramenného pletenca javil klinické známky ťažkého poškodenia. Ihlové vyšetrenie ostatných svalových skupín nebolo robené. EMG vyšetrením ostatných svalov v danej lokalite by bolo možné detekovať oslabenie svalovej sily, ale nebolo by možné s istotou diferencovať, či oslabenie funkcie je z dôvodu štetrenia končatiny pre bolesť, poruchy funkcie z obmedzenia traumatologického pôvodu, alebo z dôvodu ľahkého neurogénneho poškodenia. V júli 2004 už žalobkyňa na EMG vyšetrení bola so záverom lézia brachiálneho plexu vpravo ťažkého stupňa. V tomto období bol už plne vyvinutý klinický obraz širšieho nervového poškodenia lézie plexus brachialis. V etiológii tohto od úrazu progredujúceho nervového poškodenia zohralo úlohu viacero faktorov, úraz, poúrazový edém, opakované chirurgické intervencie, lokálny zápalový proces, ale dominantnú úlohu zohral vývoj komplexného regionálneho bolestivého syndrómu, algodistrofického syndrómu. Na záver konštatoval, že poškodenie brachiálneho plexu s dominantnou léziou nervus axilaris súvisí priamo s úrazovým mechanizmom a bolo prítomné už od samotného úradu. Presná detekcia nervového poškodenia bola limitovaná lokálnym nálezom, ktorý znemožňoval detailné EMG vyšetrenie. V progresii nervového poškodenia zohral významnú úlohu vývoj algodistrofického syndrómu, ale aj v prípade už včasného potvrdenia rozsiahlejšieho nervového poškodenia lézia plexus brachialis by následne terapeuticky proces bol identický ako pri mononeuropatii nervus axilaris. V závere MUDr. G. pripojil záznamy z vyšetrenia z 21.11.2003, ktoré obsahoval samotný spis, ale aj nálezy z 19.7.2004.

93. Po vykonanom dokazovaní súd dospel k týmto skutkovým záverom:

94. Žalobkyňa dňa 10.8.2003 pri páde z rebríka utrpela trieštivú dislokovanú zlomeninu chirurgického krčka pravej ramennej kosti, poškodenie pravého axilárneho nervu ťažkého stupňa, pomliaždenie a odreninu na pravej polovici tváre. Tento úraz zanechal u žalobkyne trvalé následky v podobe poškodenia pravého axilárneho nervu ťažkého stupňa a pŕkľbu na pravej ramennej kosti, ktorý sa zhojil po operácii v júni 2010, výrazné obmedzenie aktívnej hybnosti pravého ramenného kľbu, ktorého príčinou je ťažká obrna pravého axilárneho nervu ako aj samotné poúrazové zmeny v oblasti ramenného kľbu, čože zmeny v oblasti rotátorovej manžety, poškodenie chrupky ramenného kľbu a obmedzenie hybnosti lakťového kľbu vzhľadom na výrazné oslabenie svalov ramena, ktoré boli znalcom MUDr. F. hodnotené ako stredného stupňa a obmedzenie hybnosti pravého zápästia, ktoré bolo hodnotené ako ľahkého stupňa. Vzhľadom na podaný neurologický posudok v časti diagnostiky žalobkyne, s ktorým súhlasil pri konfrontácii znalcov aj MUDr. F., je nutné vychádzať aj zo záverov, ktoré stanovil MUDr. E. a totiž, že žalobkyňa utrpela parézu pravého brachiálneho plexu v hornom type ťažkého stupňa a v dolnom type stredne ťažkého stupňa. S takýmto kategorizovaním parézy brachiálneho plexu nakoniec súhlasil aj MUDr. F., ktorý poukazoval na skutočnosť, že sám videl vykonávať žalobkyňu pohyby lakťom a rukami, čo v prípade úplnej parézy plexu brachialis by nebolo možné. Konštatoval však, že presnú diagnostiku by bolo možné dosiahnuť len za pomoci opätovného kontrolného EMG vyšetrenia.

95. Pokiaľ ide príčiny týchto zdravotných poškodení a v tejto súvislosti súd udáva, že odber kostného štepu a zdravotné následky s tým spôsobené neboli predmetom tohto konania, nakoľko predmetom konania bola liečba žalobkyne, ktorá prebehla od úrazu maximálne po podanie žaloby na súd a úkony žalovaného v súvislosti s poskytovaním liečebnej starostlivosti v tomto období, tak v tomto prípade súd nevychádzal, ani pokiaľ ide o neurogénne poškodenia žalobkyne, zo znaleckého posudku MUDr. E..

96. Súd už vyššie konštatoval, že znalecký posudok MUDr. E. bol z pohľadu súdu podaný príliš arbitrárne a z jeho záverov nebolo zrejmé, o aké skutočnosti znalec svoje závery opiera, najmä pokiaľ ide o intenzitu zápalového procesu, o spôsobenie zápalového procesu nozokomiálnou nákazou, o kontinuálne poberanie antibiotík a pokiaľ šlo o závery ohľadne predčasne indikovanej a nevhodne vedenej rehabilitácie. Tieto skutočnosti sa potom odhalili v priebehu výsluchu samotného MUDr. E., pri ktorom bolo zrejmé, že mu unikli mnohé skutočnosti zo zdravotnej dokumentácie žalobkyne, ktoré popisoval tak on, ako aj MUDr. F. v nálezovej časti svojho znaleckého posudku.

97. Naopak, výpoveď MUDr. F., či už prvá výpoveď, ktorú uskutočnil krátko po podaní znaleckého posudku, alebo potom, ktorú uskutočnil v roku 2019 a pri ktorej sa konfrontoval so závermi MUDr. E., bola konzistentná, vychádzala z podrobnej znalosti zdravotnej dokumentácie žalobkyne, bola logická, pokiaľ ide o hodnotenie prípadného postupu zápalového procesu, pre súd zrozumiteľná. Podľa presvedčenia súdu tento znalec prejavil rozsiahle odborné vedomosti, ale aj rozsiahle skúsenosti pri liečbe úrazov horných končatín a pri ich prípadných zápalových, či neurologických komplikáciách. Súd preto neprihliadal na závery posudku MUDr. E., nakoľko o správnosti podaného posudku mal pochybnosti, ktoré sa najviac prejavili pri súbežnom výsluchu oboch znalcov.

98. Súd preto dospel k presvedčeniu, že pokiaľ ide o jednotlivé zdravotné poškodenia, ktoré boli u žalobkyne zistené, tak tie boli spôsobené samotným charakterom úrazu a to mechanického poškodenia spôsobeného úrazovým dejom tak, ako to vo svojom posudku a následne aj vo svojej výpovedi konštatoval MUDr. F.. Poškodenie pravého axilárneho nervu ťažkého stupňa pri trieštivej zlomenine bolo aj podľa presvedčenia súdu, dôsledkom samotnej zlomeniny. V tejto súvislosti súd rovnako nahliadal do obrázkov anatomického znázornenia v priebehu nervov a svalov, ktoré sú prílohou znaleckého posudku MUDr. F. a kde je umiestnenie axilárneho nervu blízko ramenného kľbu evidentné. Z operačnej správy žalobkyne bolo zistené, že žalobkyňa utrpela trieštivú zlomeninu, ktorá bola ošetrovaná otvorenou repozíciou, pričom pri otvorení priestoru bolo zistené veľké množstvo hematómu a pri ktorom bola zistená trieštivá zlomenina chirurgického krčka ramennej kosti, pričom táto siahala nielen do hlavy kľbu, ale aj distálne s niekoľkými drobnými, aj väčšími úločkami držiakmi len na perioste. Teda šlo o skutočne vážnu zlomeninu. Preto je pre súd veľmi prijateľný a logický záver, že na poškodení nervus axilaris mal rozhodujúci vplyv samotný úrazový mechanizmus.

99. Pokiaľ ide o poškodenie brachiálneho plexu, ktoré konštatoval znalec MUDr. E. a pripustil ho aj znalec MUDr. F. napriek tomu, že diagnostika by vyžadovala ešte ďalšie EMG vyšetrenie, tak v tejto súvislosti súd považuje za veľmi logické vysvetlenie pravdepodobnej príčiny poškodenia tohto nervového zväzku, mechanizmus, ktorý vo svojej výpovedi popísal MUDr. F. a totiž pritlačenie zväzku nervov, ktoré sú tvorené laktovým nervom, radiálnym a stredovým nervom mediamus o rebrá a zlomenú ramennú kosť pri páde žalobkyne. Aj z posledného vyjadrenia MUDr. G., ktoré bolo súčasťou posledného písomného podania žalovanej strany a je uvádzané vyššie, vyplynulo, že 21.11.2003 bolo vykonané EMG vyšetrenie a to konkrétne ihlové vyšetrenie len musculus deltoideus vpravo, ktorý javil klinické známky ťažkého poškodenia. Ihlové vyšetrenie ostatných svalových skupín robené vtedy nebolo. Preto je veľmi pravdepodobné, že už pri samotnom úrazovom deji došlo k poškodeniu nervov tvoriace brachiálny plexus mechanizmom úrazu a zdiagnostikované toto poškodenie bolo až neskôr v roku 2004 pri ďalšom EMG vyšetrení tak, ako vyplýva zo zdravotnej dokumentácie žalobkyne a vyjadrenia MUDr. G., zamestnanca žalovaného. Aj keď znalec MUDr. E. zotrval na záveroch svojho znaleckého posudku a konštatoval, že sú odôvodnené tým, že samotný operatér MUDr. T. pri operácii 10.8.2003 konštatoval, že žalobkyňa má zachované neurocirkulačné pomery, tak je prijateľné konštatovanie ortopéda MUDr. F., ktorý vysvetlil, akým spôsobom operatér môže pri takomto type zlomeniny, aký mala žalobkyňa, k takému záveru dôjsť a totiž, že len zisťuje, či končatina v dolnej časti je zásobená krvou a či pacient v dolnej časti končatiny, teda prstami, dlaňami dokáže vykonávať pohyb (a ten dokáže žalobkyňa vykonávať aj dnes). Nie je možné vzhľadom na charakter zlomeniny v takýchto prípadoch uskutočniť dôsledné neurologické vyšetrenie, pretože samotná fraktúra ramena to neumožňuje.

100. Súd sa ale najmä nestotožnil s názorom žalobkyne, ktorý bol podporený záverom MUDr. E. ohľadne toho, čo spôsobilo neurologické poškodenie zistené u žalobkyne. MUDr. E. konštatoval, že zdravotné následky neurologického poškodenia sú čiastočne spôsobené mechanickým poškodením bezprostredne pri úraze a z 50 % zápalovým poškodením z nozokomiálnej nákazy, získanej pri prvej operácii. S takýto názorom sa súd nestotožňuje, pretože takýto názor je v rozpore s údajmi v zdravotnej dokumentácii žalobkyne, aj so závermi dvoch predchádzajúcich znalcov, MUDr. Š. a MUDr. F.. Predovšetkým je veľmi sporné, či žalobkyňa pri operácii 10.8.2003 získala nozokomiálnu nákazu a nakazila sa baktériou stafylokokus aureus. Je nutné totiž konštatovať, že stery z rany boli prvýkrát odobraté dňa 11.9.2003, teda 32. deň od operácie, keď boli extrahované po incíziách 3 z 5 Kirschnerových drôtov. S poukazom na výsledky mikrobiologického skúmania odobratej vzorky, ktorou nebol potvrdený zlatý stafylokok, súd konštatuje, že napriek dokazovaniu nemal ustálené, že žalobkyňa skutočne sa nakazila zlatým stafylokokom a vzhľadom na časový odstup zápalového procesu od operácie je otázne (ak sa touto baktériou kontaminovala jej operačná rana), či sa tak stalo už v nemocničnom zariadení. Nebol totiž verifikovaný mikrobiologickým skúmaním takýto bakteriálny kmeň, ktorý je charakteristický pre ortopedicko - traumatologickú kliniku žalovanej nemocnice. Je totiž nutné konštatovať, že zmienka o zlatom stafylokokovi sa nachádza prvýkrát v záznamoch MUDr. G., ktorý žalobkyňu vyšetřil 12.9.2003 a vzhľadom na zápal prebiehajúci v oblasti operačnej rany rozhodol o zmene dovtedy používaných antibiotík na Oxacilín, ktorý bol ale viazaný na kultivačné výsledky. Samotný MUDr. G. vysvetlil, že bez toho, aby mu bol známy výsledok kultivácie zo vzoriek odobratých deň predtým, zapísal do zdravotnej dokumentácie žalobkyne záznam o zlatom stafylokokovi. Nález, ktorý žalobkyňa postupne predkladala, však svedčia o tom, že záznam o zlatom stafylokokovi je dopisovaný pravdepodobne tou istou osobou na záznam z 11.9.2003 a na záznam MUDr. E. zo dňa 16.9.2003. Súd dáva do pozornosti fotokópie týchto záznamov z č.l. 36 a 107, kde na tom istom ambulantnom zázname podpísanom MUDr. E. 11.9.2003 a 16.9.2003 je pravdepodobne tou istou osobou dopísané, a to na zázname z č.l. 36 - „zlatý stafylokok“ a na zázname z č.l. 107 dátum 13.9. - „robený ster z rany kultivo - zlatý stafylokok“. Súd je toho presvedčenia, že tieto záznamy boli dopísané pravdepodobne na kópii počítačom tlačených záznamov z dokumentácie vedenej žalovaným - osobou z prostredia žalobkyne. Podľa presvedčenia súdu sa s týmito záznamami manipulovalo a súd má pochybnosti, že tak urobila zdravotná sestra v ambulancii MUDr. G. údaje v roku 2005 ako následne žalobkyňa v ďalšej fáze konania k týmto obsahovým nezrovnalostiam vysvetľovala. Preto napriek tomu, že v zdravotnej dokumentácii žalobkyne sa takýmto spôsobom a takýmto záznamami (ktoré sú pred súd nanajvýš pochybné), zjavila zmienka o zlatom stafylokokovi, je nákaza touto baktériou u žalobkyne pochybná, pretože táto nákaza nebola u žalobkyne potvrdená mikrobiologicky a navyiac z výpovede MUDr. G. vyplynulo, akým spôsobom sa prvá zmienka o zlatom stafylokokovi do zdravotnej dokumentácie žalobkyne dostala. Súd však nechce spochybňovať závery znalca MUDr. F., ktorý uviedol, že je možné, že šlo nákazu práve touto baktériou vzhľadom na dobrú odozvu na antibiotiká po tom, čo žalobkyňa začal byť ordinovaný od 12.9.2003 Oxacilín, teda zmenené antibiotiká. Navyiac však znalec MUDr. F.,

o ktorého odborné závery súd oprel svoje skutkové zistenia, uviedol, že vzhľadom na odstup času od operácie a prvé zápalové prejavy na strane žalobkyne je sporné, či šlo vôbec o nozokomiálnu nákazu získanú v zdravotníckom zariadení žalovaného, aj keď to nie je možné vylúčiť. Súd, pokiaľ ide o verifikovanie nozokomiálnej nákazy, nemôže vychádzať podľa presvedčenia súdu zo subjektívnych a možno aj účelovo podaných vyjadrení a výpovedí sestry žalobkyne, samotnej žalobkyne a manžela žalobkyne. Je nutné vychádzať zo zdravotnej dokumentácie a konštatovať, že prvé prejavy popísané v zdravotnom stave žalobkyne svedčiace pre zápal v oblasti operačnej rany sú až záznamy od 26.8.2003, teda od 16. dňa od operácie, keď sa prvýkrát začína spomínať hnisavá secernácia a až 17. deň od operácie sa popisujú pri kontrole vykonanej MUDr. C. C. teploty pacientky (ráno dňa 27.8.2003 = 37,2 °C). Vzhľadom na vyjadrenie znalca MUDr. F., že nozokomiálna nákaza by sa prejavila už v nemocnici, maximálne 3 - 14 dní pre súd zostáva stále sporné a nepreukázané, že k infekcii v oblasti operačnej rany došlo u žalobkyne v zdravotníckom zariadení, a že táto infekcia bola spôsobená zlatým stafylokokom. Samotný priebeh liečby žalobkyne po operácii, jej teploty zaznamenané v zdravotnej dokumentácii, popis rán a skutočnosť, že od záznamu z 23.9.2003 až po reoperačnú liečbu žalobkyne od 19.4.2004 do 30.4.2004 sa v záznamoch žalobkyne nenachádza zmienka o poberaní antibiotík, nesvedčia pre hlboký vážny zápal. Z tohto pohľadu sa potom ako nekompetentné javia vyjadrenia MUDr. E., ktoré zaznievajú počas jeho výsluchu, že pacientka bola takmer do roku 2010 v permanentnej antibiotickej liečbe a záver znalca o ťažkom zápale v mieste operačnej rany, ktorý podľa neho spôsobil neurologické poškodenie žalobkyne. Prejavy takéhoto ťažkého zápalu nevyplývajú zo zdravotnej dokumentácie žalobkyne tak, ako na to poukázal MUDr. F., aj keď konštatoval, že vzhľadom na antibiotickú liečbu, ktorá prebiehala podľa zdravotnej dokumentácie do 23.9.2003, bol zápal dobre zvládnutý a nie je preukázané, že by bol postihol hlboké štruktúry a prenikol až ku kosti, aj keď sa to jednoznačne vylúčiť nedá. Zo záverov MUDr. F. ale vyplynulo, že u žalobkyne nebol preukázaný ani akútny, ani chronický zápal kostí, ako o tom koniec koncov svedčia jeho závery ohľadne operácie vykonanej v roku 2010 po odbere kostného štepu. Pokiaľ žalobkyňa poukazovala na niektoré svoje nálezy, kde sa uvádza suspektná osteomyelidíta, súd poukazuje na skutočnosť, že touto terminológiou sa vyjadruje, že možnosť tejto diagnózy tu je, avšak diagnóza potvrdená nie je a podľa výsledkov dokazovania u žalobkyne nikdy potvrdená nebola. Preto sa súd prikláňa k názoru, že ak aj zápal prebehol, nebol tak významný a tak rozsiahly, že by sa mohol podieľať na poškodení brachiálneho plexu a nervus axilaris. Pre takýto záver nakoniec hovorí aj vysvetlenie, ktoré poskytol MUDr. F., že v prípade, že by bol zápal rozsiahly, bol by sa v smere zemskej príťažlivosti po mäkkých tkanivách v ruke žalobkyne šíril smerom k dlani, smerom k laktu a teda bol poškodil jednotlivé nervy, ktoré sa následne spájajú do plexu brachialis. Žalobkyňa má však najväčšie poškodenie v oblasti nad pazušnou jamkou a nie v dolnej časti končatiny. Týmto spôsobom do horných častí by sa zápal, pokiaľ by tam bol nejaký rozsiahly zápal, nešíril, a preto je skutočne najpravdepodobnejší záver, že k poškodeniu brachiálneho plexu došlo pri samotnom úrazovom deji. Súdu z vlastnej rozhodovacej činnosti je známy obdobný prípad iného pacienta na inej končatine, kde bola preukázateľne diagnostikovaná chronická osteomyelidíta a je skutočne z dokazovania v tomto prípade súdu známe, že jej prejavy sú také, aké opisoval MUDr. F. vo svojej výpovedi, to znamená vytváranie abscesov, fistulácia, vysoké teploty a podobne. Nič také zo zdravotnej dokumentácie žalobkyne nevyplýva. Preto je nutné uzavrieť, že ak aj zápal bol, bol antibioticou liečbou zvládnutý. Nebol rozsiahly a nezasahoval do hlbokých štruktúr, aj keď to vylúčiť nemožno, avšak preukázané to nie je. Na vzniku pakľbu u žalobkyne sa podľa vykonaného dokazovania podieľala zlá kostná výživa s tým, že u žalobkyne došlo k tzv. hypotrofickému pakľbu, ktorý je charakteristický pre prípady, keď je kosť zle vyživovaná v dôsledku charakteru zlomeniny. Naopak, ak by bol pakľb spôsobený luxáciou v oblasti zlomeniny a teda predčasným vybratím fixačného materiálu, ako udával MUDr. F., bol by vznikol z hypertrofický pakľb, teda zväčšený v dôsledku nadmernej produkcie kostného tkaniva, ktoré je produkované v miestach, kde úlomky kostí nie sú dobre fixované. K takémuto pakľbu však u žalobkyne podľa vyjadrenia znalca nedošlo. Naviac znalec MUDr. F. do svojho znaleckého posudku pripojil aj röntgenové snímky žalobkyne až do 19.1.2012 a uviedol, že na týchto röntgenových snímkach nie sú prejavy, ktoré by svedčili pre hlboký chronický zápal kosti, teda pre zápal veľkého rozsahu, ktorý by sa mohol podieľať na nervovom poškodení žalobkyne a prípadne na vzniku pakľbu.

101. Žalobkyňa svoj nárok opierala proti žalovanému o ustanovenie § 420 a nasledujúcich Občianskeho zákonníka upravujúcich zodpovednosť za škodu.

102. Podľa § 420 ods. 1 Občianskeho zákonníka, každý zodpovedá za škodu, ktorú spôsobil porušením právnej povinnosti.

103. Podľa § 420 ods. 2 Občianskeho zákonníka, škoda je spôsobená právnickou osobou, alebo fyzickou osobou, keď bola spôsobená pri ich činnosti tými, ktorých na túto činnosť použili. Tieto osoby sami za škodu takto spôsobenú podľa tohto zákona nezodpovedajú; ich zodpovednosť podľa pracovnoprávných predpisov nie je tým dotknutá.

104. Podľa § 420 ods. 3 Občianskeho zákonníka, zodpovednosti sa zbaví ten, kto preukáže, že škodu nezavinil.

105. V § 420 je upravená všeobecná zodpovednosť fyzickej a právnickej osoby, pričom základným predpokladmi pre vznik takejto zodpovednosti je porušenie právnej povinnosti, teda existencia protiprávneho úkonu, vznik škody ako majetkovej újmy, teda protiprávneho následku, existencia príčinnej súvislosti medzi protiprávnym úkonom a škodou ako protiprávnym následkom a zavinenie toho, kto škodu svojim protiprávnym úkonom spôsobil.

106. Ide o zodpovednosť za predpokladané zavinenie, z čoho vyplýva, že zavinenie vo forme nedbanlivosti nie vo forme úmyslu sa pričítava subjektu, ktorý svojím protiprávnym úkonom spôsobil škodu inému. Ide o vyvrátiteľnú právnu domnienku, ktorá sa považuje za existujúcu až do doby, kým sa nepreukáže opak. Škodca sa má možnosť zbaviť zodpovednosti preukázaním toho, že škode nemohol zabrániť pri vynaložení všetkého úsilia, ktoré bolo možné od neho spravodlivo požadovať.

107. V prípade žalobkyne podľa presvedčenia súdu aj po doplnenom dokazovaní absentovali všetky vyššie vymenované predpoklady zodpovednosti žalovaného za vznik zdravotných následkov u žalobkyne mimo existencie škody na zdraví vo forme tých zdravotných následkov, ktoré zanechal priamo úraz z 10.8.2003. Podľa presvedčenia súdu nebolo preukázané, že by žalobkyni bola nesprávnym spôsobom poskytnutá liečebná starostlivosť, nebolo jednoznačne preukázané, že by sa žalobkyňa bola pri operácii a v zdravotníckom zariadení nakazila baktériou stafylokokus aureus, že by zápal, ktorý u žalobkyne v oblasti operačnej rany prebiehal, mal vplyv na poškodenie brachiálneho plexu a nervus axilaris, aj keď je pravdou, že prebiehajúci zápal neposkytoval najoptimálnejšie podmienky pre regeneráciu už poškodených nervov samotným úrazom mechanizmom. Podľa presvedčenia súdu nebolo preukázané napriek záveru MUDr. E., že na neurologickom poškodení žalobkyne sa podieľala predčasná rehabilitácia. Samotný znalec na poslednom pojednávaní pri svojom vylúčení na otázku zástupkyne žalovaného pri náleze z 23.9.2003 pripustil (č.l. 936), že pri takomto náleze doporučenie rehabilitácie, ktorá bola potrebná, aby sa zabránilo celkovému stuhnutiu ramena, nebolo kontraindikované. Navyše v konaní nebol produkovaný dôkaz, z ktorého by bolo zistené do podrobnosti, akým spôsobom boli rehabilitácie žalobkyne vedené a preto vysloviť záver, že rehabilitácia sa podieľala na nervovom poškodení žalobkyne tak, ako to urobil MUDr. E., je podľa presvedčenia súdu nezodpovedné a je to konštatovanie, ktoré nemá oporu v obsahu zdravotnej dokumentácie žalobkyne a ani v ďalšom dokazovaní. Vzhľadom na tieto závery súd dospel k presvedčeniu, že žalovaný neporušil žiadnu povinnosť, v dôsledku ktorej by došlo k trvalým následkom na zdravotnom stave žalobkyne v súvislosti s jej úrazom z 10.8.2003 a liečbou poskytnutou do podania žaloby. Žaloba žalobkyne za takýchto okolností bola nedôvodná a súd ju v celom rozsahu zamietol.

108. Podľa ust. § 255 ods. 1 C.s.p. súd žalovanej strane priznal právo na náhradu účelne vynaložených trov konania a rovnako priznal právo na náhradu trov konania aj štátu, ktorý v konaní niektoré trovy dokazovania znášal. Štát uplatnil trovy konania podľa ust. § 259 C.s.p., keďže zo štátnych prostriedkov hradil niektoré náklady znaleckého dokazovania. U trov, ktoré štátu vznikli pred 1.7.2016, keď vstúpil do účinnosti Civilný sporový poriadok, súd priznal štátu právo na náhradu týchto trov vo vzťahu k žalobkyni podľa ust. článku 4 ods. 2 s poukazom na ust. článku 4 ods. 1 C.s.p. a to v súlade s princípom všeobecnej spravodlivosti a s princípom náhrady trov konania neúspešnou stranou sporu.

Poučenie:

Proti tomuto rozhodnutiu je prípustné odvolanie, ktoré sa podáva v lehote 15 dní od doručenia rozhodnutia na súde, ktorý ho vydal.

Podľa § 363 C. s. p. v odvolaní sa popri všeobecných náležitostiach podania uvedie, proti ktorému rozhodnutiu smeruje, v akom rozsahu sa napáda, z akých dôvodov sa rozhodnutie považuje za nesprávne (odvolacie dôvody) a čoho sa odvolateľ domáha (odvolací návrh).

Podľa § 364 C. s. p. rozsah, v akom sa rozhodnutie napáda, môže odvolateľ rozšíriť len do uplynutia lehoty na podanie odvolania.

Podľa § 365 ods. 1 C. s. p. odvolanie možno odôvodniť len tým, že

- a) neboli splnené procesné podmienky,
- b) súd nesprávnym procesným postupom znemožnil strane, aby uskutočňovala jej patriace procesné práva v takej miere, že došlo k porušeniu práva na spravodlivý proces,
- c) rozhodoval vylúčený sudca alebo nesprávne obsadený súd,
- d) konanie má inú vadu, ktorá mohla mať za následok nesprávne rozhodnutie vo veci,
- e) súd prvej inštancie nevykonal navrhnuté dôkazy, potrebné na zistenie rozhodujúcich skutočností,
- f) súd prvej inštancie dospel na základe vykonaných dôkazov k nesprávnym skutkovým zisteniam,
- g) zistený skutkový stav neobstojí, pretože sú prípustné ďalšie prostriedky procesnej obrany alebo ďalšie prostriedky procesného útoku, ktoré neboli uplatnené, alebo
- h) rozhodnutie súdu prvej inštancie vychádza z nesprávneho právneho posúdenia veci.

Podľa § 365 ods. 2 C. s. p. odvolanie proti rozhodnutiu vo veci samej možno odôvodniť aj tým, že právoplatné uznesenie súdu prvej inštancie, ktoré predchádzalo rozhodnutiu vo veci samej, má vadu uvedenú v odseku 1, ak táto vada mala vplyv na rozhodnutie vo veci samej.

Podľa § 365 ods. 3 C. s. p. odvolacie dôvody a dôkazy na ich preukázanie možno meniť a dopĺňať len do uplynutia lehoty na podanie odvolania.

Podľa § 366 C. s. p. prostriedky procesného útoku alebo prostriedky procesnej obrany, ktoré neboli uplatnené v konaní pred súdom prvej inštancie, možno v odvolaní použiť len vtedy, ak

- a) sa týkajú procesných podmienok,
- b) sa týkajú vylúčenia sudcu alebo nesprávneho obsadenia súdu,
- c) má byť nimi preukázané, že v konaní došlo k vadám, ktoré mohli mať za následok nesprávne rozhodnutie vo veci alebo
- d) ich odvolateľ bez svojej viny nemohol uplatniť v konaní pred súdom prvej inštancie.

Ak povinný dobrovoľne nesplní, čo mu ukladá vykonateľné rozhodnutie, oprávnený môže podať návrh na vykonanie exekúcie podľa osobitného zákona.