



REPUBLIKA HRVATSKA
OPĆINSKI SUD U SPLITU

P-117/2025-12

U I M E R E P U B L I K E H R V A T S K E

P R E S U D A

Općinski sud u Splitu, po sucu toga suda Anti Božinoviću, kao sucu pojedincu, u pravnoj stvari tužitelja NIKOLA SARIĆ, iz Splita, Šibenska 65, OIB: 37330083300 zastupana po opunomoćeniku Miji Jeličiću, odvjetniku u Splitu, protiv tuženika KLINIČKI BOLNIČKI CENTAR SPLIT, Split, Spinčičeva 1, OIB: 51401063283, zastupana po opunomoćeniku Branku Dobriću, dipl. iur., radi naknade štete, nakon održane glavne i javne rasprave zaključene dne 18. ožujka 2026. god. u nazočnosti tužitelja, opunomoćenika tužitelja i opunomoćenika tuženika, dne 15. svibnja 2026. god.,

p r e s u d i o j e

Odbija se tužbeni zahtjev tužitelja koji glasi:

"1. Nalaže se tuženiku, u roku od 15 dana i pod prijetnjom ovrhe, isplatiti tužitelju iznos od 206.825,00 kn sa zakonskom kamatom po eskontnoj stopi Hrvatske Narodne banke koja je vrijedila zadnjeg dana polugodišta koje je prethodilo tekucem polugodištu uvećanoj za pet postotnih poena, koja teče od 18. lipnja 2010. god do 31.07.2015. god., a od 01.08.2015. god. do isplate sa zakonskom kamatom po stopi određenoj uvećanjem prosječne kamatne stope na stanje kredita odobrenih na razdoblje dulje od godine dana nefinancijskim trgovačkim društvima izračunate za referentno razdoblje koje prethodi tekucem polugodišta za tri postotna poena.

2. Nalaže se tuženiku, u roku od 15 dana i pod prijetnjom ovrhe, isplatiti tužitelju iznos od 20.000,00 kn iz osnove imovinske štete u razdoblju od 02. travnja 2010.g do 02. veljače 2011.g. sa zakonskom kamatom koja na mjesečne iznose od po 2.000,00 kn teče od dospijeća svakog mjesečnog iznosa do konačne isplate, a dospijeće se

određuje svakog trećeg u mjesecu za prethodni mjesec, po stopi od 14% godišnje, a u slučaju promjene stope zateznih kamata prema eskontnoj stopi Hrvatske narodne banke koja je vrijedila zadnjih dana polugodišta koje je prethodilo tekućem polugodištu uvećano za 5%-ih poena, te mu ubuduće, počevši od 03. veljače 2011.g. isplaćivati mjesečni iznos od 2.000,00 kn, koji dospijeva svakog trećeg u mjesecu za prethodni mjesec, po stopi od 14 % godišnje, a u slučaju promjene stope zateznih kamata prema eskontnoj stopi Hrvatske narodne banke koja je vrijedila zadnjeg dana polugodišta koje je prethodilo tekućem polugodištu uvećao za 5%-ih poena, s tim što je tuženik dužan dospjele a neisplaćene mjesečne iznose s dospjelim kamatama platiti odjednom, u roku od 15 dana i pod prijetnjom ovrhe.

3. Nalaže se tuženiku, u roku od 15 dana i pod prijetnjom ovrhe, isplatiti tužitelju parnični trošak sa zakonskom kamatom koja teče od objave prvostupanjske odluke pa sve do isplate po stopi određenoj uvećanjem prosječne kamatne stope na stanje kredita odobrenih na razdoblje dulje od godine dana nefinancijskim trgovačkim društvima izračunate za referentno razdoblje koje prethodi tekućem području za 3% poena."

Obrazloženje

1. U tužbi se navodi da je tužitelj primljen na Odjel za urologiju KBC Split na redovan prijem dne 14. siječnja 2010. god. radi operacijskog liječenja desnostrane ingvinalne kile. Sljedećeg dana, 15. siječnja 2010. izvršen je planirani operacijski zahvat. Odmah nakon operacije, od kako je došao k svijesti, tužitelj se osjećao loše. Iako je na to upozoravao liječnike tek se 18. siječnja 2010. pristupilo daljnjem liječenju, ali nažalost na neprimjeren način tako da je već 20. siječnja 2010. došlo do sepse. U JIL tužitelj je prebačen u noći 20. na 21. siječnja 2010. Prilikom liječenja na urologiji, odnosno kod operativnog zahvata ozlijeđeno mu je debelo crijevo, što su liječnici koji su ga pratili, uočili tek trećeg dana nakon operacije. Zbog ozljede debelog crijeva, što je posljedica neadekvatnog liječenja došlo je do istjecanja izmeta u krvotok te zatrovanja krvi. Uslijed sepse, novih kirurških zahvata, a sve zbog neadekvatnog liječenja tužitelj je ostao bez $\frac{1}{2}$ debeloga crijeva, odstranjen mu je desni testis, tanko crijevo mu je izvučeno na kožu, pa mu je zbog neadekvatnog liječenja zdravstveno stanje teško i trajne narušeno za što je temeljem objektivne odgovornosti tuženik dužan nadoknaditi štetu.

1.1. Tužitelj tvrdi da je do oštećenja njegova zdravlja došlo zbog grube nepažnje liječnika KBC Split dok se liječio na odjelu za urologiju. Radi toga je postavio zahtjev za naknadu štete i predložio da se pravni odnos stranaka riješi u izvansudskom postupku. Tuženik je na zahtjev koji je tužitelj postavio 17. lipnja 2010. god. odgovorio svojim pismom od 12. srpnja 2010. god., kojim je otklonio svaku odgovornost za propuste s jedne strane, a s druge strane priznao je da je došlo do posljedica za koje smatra da nisu prouzročene propustima već kirurškim komplikacijama. Takav stav tuženika, s obzirom na navode otpusnoga pisma Odjela za urologiju, gdje je i počinjena liječnika pogreška, potpuno je neutemeljen i predstavlja pokušaj izbjegavanja odgovornosti s jedne strane, a s druge strane prolongiranje obveza naknade štete. Tužitelj zahtijeva pravičnu novčanu naknadu uslijed povrede prava osobnosti i to iz osnove neimovinske štete uslijed pretrpljenih tjelesnih boli iznos od 120.000,00 kn iz osnove pretrpljenog straha iznos od 40.000,00 kn iz osnove duševnih boli zbog

smanjenja životne aktivnosti iznos od 300,000,00 kn te iz osnove duševne boli zbog naruženosti iznos od 50.000,00 kn, ukupno 510.000,00 kn sa zakonskom zateznom kamatom koja teče od 18. lipnja 2010. do isplate.

2. Tuženik se usprotivio tužbi i tužbenom zahtjevu predloživši da se zahtjev odbije kao neosnovan. Porekao je pravnu osnovu odgovornosti i visinu zatražene štete. Čini neprijepornim da se tužitelj liječio kod tuženika u utuženom razdoblju, ali tvrdi da nije točno da su tuženik i njegovi djelatnici neadekvatno i nesavjesno liječili tužitelja. Nije točno da je do oštećenja zdravlja tužitelja došlo zbog grube nepažnje liječnika KBC dok se tužitelj liječio na Odjelu urologije. Djelatnici tuženika liječili su tužitelja po pravilima struke, sukladno suvremenim dostignućima medicinske znanosti –lege artis. Dijagnostički i terapijski postupci te operacijski zahvati obavljeni su prema pravilima struke i u skladu s mogućnostima suvremene medicine. Tužitelj je liječen savjesno i s dužnom pozornošću, bez ikakvih propusta a dodatno učinjeni operacijski zahvati nisu posljedica propusta i pogrešaka već su posljedica kirurških komplikacija koje su poznate u praksi i opisane u medicinskoj literaturi. Opreza radi tuženik poriče i visinu utužene štete po svim stavkama i u cjelini kao previsoko i nerealno zatražene, suprotno orijentacijskim kriterijima VSRH.

3. Tužitelj je u podnesku od 04. veljače 2011. naveo da prema uputama i zahtjevima liječnika, sukladno zdravstvenom stanju koje je uzročno povezano s posljedicama pogrešaka u liječenju, mora koristiti posebnu prehranu, koja je znatno skuplja od uobičajene redovne prehrane koju je ranije uobičajeno imao, te s te osnove ima povećane troškove života u iznosu od 2.000,00 kn mjesečno. U razdoblju od 02.04.2010. kada je otpušten iz KBC, s odjela za kirurgiju, do 02. veljače 2011. s navedene osnove potražuje ukupno 20.000,00 kn, a ubuduće, počevši od 03.02.2011. iznose od 2.000,00 kn mjesečno te proširuje tužbu i postavlja tužbeni zahtjev kojim traži isplatu navedenih iznosa.

4. U podnesku od 22. svibnja 2017. tužitelj precizira tužbeni zahtjev i u odnosu na potraživanje neimovinske štete te potraživanja za tuđu njegu i pomoć pa sada s tih osnova potražuje iznos od 206.825,00 kn sa zateznom kamatom koja teče od 18. lipnja 2010. god. do isplate.

5. Tuženik je smatrao da je tužitelj djelomično povukao tužbu kad je smanjio iznos koji potražuje s osnove neimovinske štete pa se protivio djelomičnom povlačenju.

6. Ovaj sud je presudom br. P2-4746/2010 od 28. ožujka 2024.g od. odbio tužbeni zahtjev.

7. Županijski sud u Zagrebu je rješenjem br. GŽ-3238/2024 od 12. studenoga 2024.g od. ukinuo prvostupanjsku presudu i predmet vratio na ponovno suđenje.

8. U postupku su izvedeni dokazi pregledom odštetnoga zahtjeva tužitelja od 17. lipnja 2010., odgovora tuženika na taj zahtjev od 12.07.2010., otpusnoga pisma Odjela za urologiju KBC Split br. 1909/10 od 14. do 20. siječnja 2010., otpusnoga pisama Odjela za anesteziologiju i intenzivno liječenje KBC Split od 22.01.2010., otpusnoga pisma Klinike za kirurgiju od 22.01.2010., patohistološkog nalaza kliničkog zavoda za patologiju, sudsku medicinu i citologiju KBC Split br. 859/2010 od 22.01.2010., otpusnoga pisma Klinike za kirurgiju od 09.07.2010. do 02.08.2010.,

cjelokupne medicinske dokumentacije priložene spisu, dopisa KBC Split, Odjela za urologiju službi za OPK poslove, pravni poslovi od 06.07.2010., očitovanja predstojnika klinike za kirurgiju KBC Split od 10. studenoga 2010., očitovanja voditelja odjela za anesteziju i intenzivno liječenje KBC Split od 05. studenoga 2010., kartona pacijenta za tužitelja, podataka Doma za starije i nemoćne osobe Lovret Split od 04. prosinca 2007., nalaza i mišljenja medicinskog fakulteta sveučilišta u Rijeci dr. Đordana Bačića, specijalista kirurga od 04. lipnja 2012., očitovanja Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci dr. Đordana Bačića od 03. svibnja 2013., usmenoga očitovanja dr. Đordana Bačića s ročišta od 26. svibnja 2015., nalaza i mišljenja Medicinskog fakulteta dr. Žarka Rašića, spec. kirurgije i dr. Vedrane Petrovečki, spec. sudske medicine od 02. svibnja 2017., usmenoga očitovanja dr. Žarka Rašića i dr. Vedrane Petrovečki s ročišta od 18. prosinca 2017., usmenoga usuglašavanja mišljenja vještaka dr. Đordana Bačića te dr. Žarka Rašića te dr. Vedrane Petrovečki s ročišta od 13. studenoga 2018. god., nalaza i mišljenja Medicinskog fakulteta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, dr. Dunje Degmečić i dr. Gorana Kondže od 28.02.2022., očitovanja Medicinskog fakulteta u Osijeku dr. Gorana Kondže i dr. Dunje Degmečić od 27.12.2023., preslušanjem svjedoka dr. Darija Matića, dr. Ante Ujevića, dr. Vedrana Radonića, dr. Marija Duvnjaka, dr. Zdravka Roje, dopunskoga preslušanja svjedoka dr. Marija Duvnjaka, dr. Zdravka Roje i dr. Darija Matića, usmenim očitovanjem vještaka dr. Gorana Kondže od 23. listopada 2025. god.

9. Tužitelj je zatražio trošak postupka. Tuženik nije zatražio parnični trošak.

10. Tužbeni zahtjev nije osnovan.

11. Između stranaka nije prijeporno da se tužitelj u utuženom razdoblju liječio kod tuženika. Prijeporno je jesu li liječnici tuženika neadekvatno i nesavjesno liječili tužitelja i je li do oštećenja zdravlja tužitelja došlo zbog greške i nepažnje liječnika KBC Split dok se tužitelj liječio na Odjelu za urologiju. Prijeporno je je li u liječenju tužitelja u KBC Split bilo propusta i pogrešaka te jesu li posljedice koje je pretrpio tužitelj prouzročene pogreškama i propustima u liječenju.

12. Na prijeporne okolnosti sud je izveo dokaze pregledom cjelokupne medicinske dokumentacije priložene spisu, preslušanjem predloženih svjedoka, liječnika u KBC Split, te vještačenjem po vještacima-liječnicima i profesorima Medicinskog fakulteta, Sveučilišta u Rijeci, Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu i Medicinskog fakulteta Josip Juraj Strossmayer u Osijeku.

13. Svjedok dr. Dario Matić u vrijeme kada se tužitelj liječio u KBC Split bio je odjelni liječnik na Klinici za kirurgiju. Sjeća se da su ga pozvali u operacijsku dvoranu Klinike za urologiju tuženika, i to kolege na konzilijarni pregled tužitelja. Kada je pristupio operacijskoj dvorani vidio je da kolege s kirurgije, dr. Duvnjak, dr. Saratlija i dr. Roje, plastični kirurg, vrše operacijski zahvat nad tužiteljem. U sali je bio i dr. Cindro, tada predstojnik Odjela za urologiju koji je nadgledao operacijski zahvat. Nakon što se približio operacijskom stolu vidio je da je pacijent otvoren te da su mu liječnici zarezali i otvorili prvu operacijsku ranu. Primijetio je da iz rane curi crijevni sadržaj, nakon čega je preuzeo operacijski zahvat i tužitelju otvorio trbušnu šupljinu kako bi utvrdio uzrok curenja crijevnog sadržaja iz nje. Utvrdio je postojanje ozljede početnog dijela debelog crijeva i krenuo u saniranje te ozljede tako da je odstranio desni dio debelog crijeva. Zbog zagađene trbušne šupljine primarno se nije moglo izvesti spajanje crijeva nego

je pacijentu izvučeno tanko crijevo na kožu. Ističe da nije uobičajeno prilikom vršenja operacijskog zahvata ingvinalne kile da se dogodi ovo što je ranije opisao. Pretpostavlja da se radilo o tzv. sliding kili gdje je debelo crijevo činilo dio stijenke kilne vreće, te je prilikom podvezivanja kilne vreće došlo do ozljeđivanja stijenke debelog crijeva. Nakon što je operacijski zahvat dovršen, s obzirom da je pacijent bio u životnoj opasnosti i s potrebom za strojnom ventilacijom, tužitelj je odmah nakon zahvata prebačen na jedinicu intenzivnog liječenja. Po prebačanju s jedinice intenzivnog liječenja na Odjel za kirurgiju, što je bilo, po svjedokovu sjećanju, nakon dva dana, preuzeo je kompletnu brigu o tužitelju i viđao ga narednih šest mjeseci svaki dan. U tom daljnjem tijeku liječenja, tužitelj se sporo ali postupno oporavljao te je na kućnu njegu otpušten za otprilike dva mjeseca. Šest mjeseci kasnije izvršen je novi operativni zahvat nad tužiteljem, kojim je uspostavljen kontinuitet crijeva. Taj je zahvat bilo nužno napraviti s obzirom na prethodni operacijski zahvat. Tužitelj je zadnji put bio na kontroli otprilike dva mjeseca prije davanja svjedokova iskaza. Dalje navodi da bi prosječno pažljivi liječnik morao prepoznati sliding kilu prilikom vršenja operacijskog zahvata, a operacija kile u pravilu spada u rutinske operacije, ali kao i svaka operacija može biti jednostavna i složena, no komplikacije koje su se javile u tužiteljevom slučaju vrlo su rijetke. Nakon operativnog zahvata koji je on izvršio nad tužiteljem, tužitelju je u drugoj operaciji odstranjen desni testis, a operativni zahvat izvršili su urolozi. Tužitelj je, u trenutcima kada je svjedok pristupio u operacijsku salu bio životno ugrožen zbog toga što je imao difuznu upalu potrbušne maramice i proširenu infekciju trbušne i torakalne stijenke. Uobičajena dužina reza kod operacije kile je cca 10 cm dok je tužitelju bilo napravljeno dodatnih 3-4 reza od oko tridesetak centimetara po svakom rezu radi sprečavanja širenja infekcije. Mogućnost da unatoč pozornosti i stručnom radu liječnika dođe do perforacije-ozljede crijeva povećava to što debelo crijevo čini dio stijenke kilne vrećice. U slučaju ozljede kakva se dogodila pri prvoj operaciji tužitelju u pravilu bi se morala nastala ozljeda prepoznati odmah na operaciji i zbrinuti šivanjem mjesta ozljede.

14. Svjedok dr. Matić ostao je u cijelosti kod svog iskaza i prilikom dopunskog preslušanja. Ponovio je da se oštećenje debelog crijeva dogodilo pri prvoj operaciji. Nadalje, izjavio je da je uobičajeno da vrstu kile koju je imao tužitelj operiraju urolozi.

15. Svjedok dr. Ante Ujević bio je voditelj Odjela za anesteziju i intenzivno liječenje u KBC Split u vrijeme kada su na tužitelju obavljene opisane operacije. Nije mu poznato stanje u kojemu je bio tužitelj kad je primljen na odjel jer tada nije bio nazočan pa se ne može izjasniti o tužiteljevom zdravstvenom stanju u tom vrijeme. No, kada je došao zahtjev ravnatelja bolnice za očitovanje, pregledao je kompletnu medicinsku dokumentaciju iz koje je utvrdio da je tužitelja, kada je došao na odjel za anesteziju i intenzivno liječenje, liječila dr. Mileva Frankić, što je bilo od 3,5 sata ujutro do završetka njezine smjene u 8 ujutro, kada je brigu oko pacijenta preuzeo dr. Markić. to je sve što je svjedoku poznato o predmetnoj stvari. Nije se mogao izjasniti ni o teme zbog čega je tužitelj primljen na Odjel za anesteziju.

16. Svjedok dr. Vedran Radonić bio je, u razdoblju kad je tužitelj liječen u KBC Split, predstojnik Klinike za kirurgiju i kao takav odgovorna osoba za sve pacijente koji su se nalazili na tom odjelu. Kao odgovornoj osobi moralo mu je biti poznato stanje svakog pojedinog pacijenta, pa mu je tako bilo poznato i stanje tužitelja. Poznato mu je da je 20. siječnja 2010. god. dr. Matić izveo operaciju nad tužiteljem kako bi mu isprao trbušnu šuplinu, izvadio oštećeno crijevo van dok se ne smiri upala trbušne

šupljine, te drenirao istu. Liječnik je uspješno izvršio navedeni operativni zahvat i tako spasio tužiteljev život jer je tužitelj doista, prije nego ga je dr. Matić operirao bio u izravnoj životnoj opasnosti zbog sterokolarnog peritritisa. Nakon navedene operacije tužitelj je bio smješten na Odjel za anesteziju i intenzivno liječenje, nakon čega je premješten u kiruršku intenzivnu jedinicu gdje ga je nastavio liječiti dr. Matić, s obzirom da je kao operater bio izravno odgovoran za njegov daljnji tijek liječenja. Osim dr. Matića, tijekom tužiteljeva liječenja pratio je čitav tim doktora i to konkretno svjedok kao Predstojnik Klinike za kirurgiju, zatim dr. Viđak, šef Kirurške intenzivne njege, dr. Ujević, šef Odjela za anesteziju i intenzivno liječenje. Svjedok je tužitelja, tijekom njegova boravka u Klinici za kirurgiju, svakodnevno viđao, a pacijentovo se zdravstveno stanje postupno, uz odgovarajuće liječničke mjere, poboljšavalo. Operacija koja je nad tužiteljem izvršena u siječnja 2010. bila je nužna i njena svrha bila je "potapanje stome". Naime, s obzirom da je tijekom operacije kile došlo do ozljeđivanja debelog crijeva, što je prouzročilo sterokolarni peritoritis, operater nije mogao, prilikom vršenja prvog operativnog zahvata, zašiti tako ozlijeđeno debelo crijevo, jer je od vremena ozljeđivanja prošao predug period (duže od 6 sati), zbog čega je operater izveo stomu odnosno izvadio debelo crijevo na prednju trbušnu stjenku. Međutim, takvo stanje ne može potrajati, bilo je potrebno da se tužitelj oporavi da bi se izveo drugi operativni zahvat vraćanja stome i povezivanja crijeva. To je bilo nužno za oporavak tužitelja i da mu se uspostavi normalno funkcioniranje crijeva. Rijetko se, prilikom operacije kile, događa ozljeda debelog crijeva.

17. Svjedok dr. Mario Duvnjak od 2000. god. liječnik je Odjela za urologiju tuženika. Sjeća se tužitelja i zna da je bio primljen na Odjel za urologiju 14. siječnja 2010. godine i da je sutradan trebao operirati ingvinalnu kilu. On je određen da izvrši taj operativni zahvat zajedno s kolegom Vrsalovićem. 15 siječnja 2010. godine izvršili su operativni zahvat na tužitelju i, koliko se mogao sjetiti, sve je proteklo u najboljem redu i na uobičajen način. Ništa neuobičajeno ni izvanredno nije primijetio prilikom vršenja samog zahvata. Radilo se o rutinskom operativnom zahvatu. Sjeća se da je operacija izvršena u petak u jutarnjim satima, navečer je od kuće nazvao bolnicu i raspitao se kakvo je stanje pacijenta, obavijestili su ga da je tužitelj u redu. S obzirom na takve informacije, preko vikenda nije kontaktirao bolnicu jer to nije smatrao potrebnim. U ponedjeljak, 18. siječnja 2010., kada je došao na posao kolege su ga, a i sam tužitelj, obavijestili da se pacijent ne osjeća dobro zbog čega su mu kolege, dežurne preko vikenda, dali antibiotike, zbog određene upalne reakcije. Odmah je pregledao tužitelja, napravljen je i rendgen nativnog abdomena iz kojega je bilo vidljivo postojanje određene upalne reakcije u odnosu na trbušnu stjenku no ne i na trbušnu šupljinu. Budući se tužiteljevo stanje tijekom ponedjeljka nije poboljšavalo, a tužitelj je u večernjim satima postao febrilan, svjedok je shvatio da nešto nije u redu, ponovno pregledao tužitelja i uočio da iz područja operacijske rane curi svježa krv. Odlučio je na tužitelju napraviti drugi operativni zahvat, u timu s dr. Vrsalovićem. Cilj te druge operacije bio je ustanoviti zbog čega tužitelj krvari iz operacijske rane. Naime, kao liječniku poznato mu je da svako krvarenje predstavlja podlogu za infekciju, a to su svakako željeli izbjegnuti, i naravno zaustaviti krvarenje. Operacija je protekla uredno na način da su sanirali difuzna krvarenja u trbušnoj stjenci. Ujedno su napravili incizije trbušne stjenke do iznad razine infekcije, Očekivao je da se stanje tužitelja nakon druge operacije mora poboljšati. Prilikom vršenja drugog operativnog zahvata nije pronađen nikakav uzrok krvarenju, a kada su otvorili operacijsku ranu nisu vidjeli nikakav sadržaj koji bi upućivao na nekakvu ozljedu unutarnjih organa. Nakon druge operacije tužitelju su učinjene laboratorijske pretrage krvi, iz kojih je svjedok vidio da su upalni parametri

(CRP) opali u odnosu na prethodni nalaz krvi koji je napravljen u jutarnjim satima ponedjeljka. Iz toga je zaključio da se pacijent očito oporavlja i da upalni proces ide u sanaciju. Sljedeći dan tužitelj je bio bolje po svim objektivnim parametrima osim što je još bio febrilan, a to je bilo uobičajeno kod opisane infekcije. U srijedu se međutim, iako mu je padala povišena tjelesna temperatura, tužitelj stalno žalio na bol. Kada je to saznao, svjedok je pristupio ponovnim i daljnjim pretragama i pregledima, napravio rendgen tužiteljevih pluća, na temelju čega je postavljena sumnja na postojanje upalnog procesa u području pluća. S obzirom da se tužitelj žalio na bolove, da su mu bili povišeni upalni parametri a imajući u vidu da je rendgen pluća bio onakav kakav je opisan, posumnjao je da postoji opasnost da se kod tužitelja razvije sepsa. To je bio razlog zašto je, prethodno se konzultiravši s voditeljem Odjela za urologiju dr. Cindrom, koji je taj dan bio dežuran, odlučio da se tužitelja treba hitno operirati. U operacijskom timu bili su svjedok i dr. Cindro, s tim što su u operacijsku dvoranu pozvali i plastičnog kirurga dr. Roju. Kada su započeli operaciju i otvorili operacijsku ranu vidjeli su da kroz unutarnji ingvinalni prsten dolazi fekalni sadržaj, hitno su pozvali dežurnog abdominalnog kirurga dr. Matića koji je pronašao leziju crijeva i napravio desnu hemikolektomiju, uz ispiranje trbušne šupljine i vađenje crijeva na kožu. Nakon takvog operativnog zahvata tužitelj je, koliko se može sjetiti, iz operacijske dvorane odveden u jedinicu intenzivnog liječenja, na daljnji oporavak. Nakon toga nije više bio u kontaktu s tužiteljem na način da ga je liječio, ali poznat mu je tijek njegovog oporavka. Napominje da je tužitelj imao urednu peristaltiku, a u srijedu je imao čak i urednu stolicu, zbog čega svjedok nije posumnjao u postojanje bilo kakve ozljede crijeva. Lezija koju je utvrdio i sanirao dr. Matić nalazila se na debelom crijevu. Na upit o razlogu zbog kojega je nastala lezija na debelom crijevu svjedok je odgovorio da se najvjerojatnije radi o ishemiji. Tužitelju su antibiotici davani nakon proteka vikenda odnosno u ponedjeljak, utorak i srijedu. Upalni procesi koje je opisao u svom iskazu odvijali su se u trbušnoj stjeci.

18. Dr. Duvnjak je u dopunskom preslušanju ostao kod svog iskaza. Naveo je nadalje da je zaposlenik KBC Split od 2000. ili 2001. kao liječnik na Odjelu urologije. Na tom odjelu bilo je uobičajeno, u vrijeme kada je operacija izvršena nad tužiteljem, da se vrše takve operacije. Jedan dio specijalista urologa radili su i kao kirurzi, a specijalist urolog može operirati ingvinalnu kilu i po svojoj stručnosti i po odluci Ministarstva zdravstva i po zakonu. Odjel urologije ima dvije, a odjel kirurgije sedam operacijskih dvorana, pa pretpostavlja da je na odjelu za kirurgiju obavljeno više operacija kile nego na odjelu urologije. Prije operacije tužitelja, svjedok je osobno odradio pedesetak operacija iste vrste, a na 150 do 200 operacija bio je asistent ili je operirao pod nadzorom mentora, odnosno starijeg i iskusnijeg urologa ili kirurga. Pacijent odlučuje na koji će odjel bolnice ići i gdje će biti izvršena operacija kile. Pacijent ima pravo izabrati i liječnika koji će izvršiti zahvat, čak može izabrati da se operira u drugoj medicinskoj ustanovi. Operacija ingvinalne kile nije isključivo kirurška djelatnost već takve operacije mogu vršiti i urolozi. On je specijalist urolog i ima subspecijalnost litijaze (vađenje kamenca), koju ima od 2016. god.

19. Svjedok dr. Zdravko Roje specijalist je plastične i rekonstrukcijske kirurgije, koji je u utuženom razdoblju bio zaposlenik tuženika na Odjelu za plastičnu kirurgiju. U svome iskazu naveo je da je dne 20. siječnja 2010. god., negdje oko 12 sati, možda i nešto kasnije, bio pozvan na konzilijarni pregled na Odjel za kirurgiju KBC Split. U to vrijeme voditelj je odjela bio dr. Cindro, koji ga je osobno pozvao da pregleda pacijenta Nikolu Sarića, koji se liječio na njihovom odjelu. Pacijent je bio smješten u njihovom

apartmanu, a nekoliko dana ranije, kako mu je rekao dr. Cindro, bio je operiran od desnostrane ingvinalne kile. Dr. Cindro mu je rekao da je dr. Duvnjak kod pacijenta Sarića napravio operaciju desnostrane preponske kile i da je 24 sata nakon toga opće stanje pacijenta bilo promijenjeno u smislu napetosti desne strane prepone kao i povišene temperature. U toku vikenda dežurni kirurzi na urologiji su napravili reviziju operacijske rane i prema riječima dr. Cindra našli su samo u rani jedan hematoma kojeg su drenirali i druge kirurške postupke nisu tada trebali poduzeti. Na dan kada je došao na konzilijarni pregled tužitelja, utvrdio je da je njegovo opće stanje loše, bio je visoko febrilan, njegova preponska regija i cijela desna strana prema prsnom košu i pazuhu bila je napeta i zacrvenjena. U kirurgiji se kaže da se radi o celulitisu trbušne stijenke i desne prepone. Kada je pogledao desni testis, on je bio natečen i napet. Cijela desna strana prsnog koša i bočna strana bila je napeta pa je u prisutnosti dr. Cindra taj dio na više mjesta ubo iglom i kroz iglu se moglo osjetiti da je kroz stjenku izlazio plin. Osim toga, pri palpaciji tog dijela tijela također se moglo zaključiti da se radi o postojanju plina u potkožju na cijeloj desnoj strani tijela. Kako je pacijent primao infuzijsku terapiju, antibiotike, antikoagulanse i drugu intenzivnu terapiju za liječenje septičkog šoka, dogovorio se s dr. Cindrom da žurno moraju ići u salu da bi vidjeli što se događa u preponi kao i cijeloj strani trbuha. Operacija je obavljena u ranim popodnevnim satima i na toj operaciji su bili nazočni dr. Cindro, dr. Roje kao njegov prvi asistent i dr. Duvnjak. Anesteziolog je bila dr. Bura koja je dvije godine prije davanja iskaza svjedoka umirovljena zbog napunjenih godina starosti. Nakon odgovarajuće pripreme, pristupili su hitnom kirurškom zahvatu, gdje je prvo skinuo šavove iz desne prepone, nakon čega se ukazalo potkožje u cijeloj toj zoni operacijskog reza. Bilo je vidljivo postojanje gnojnog sadržaja koji je mirisom ukazivao da se radi o fecesu koji je prema kirurškoj anatomiji jedino mogao doći u ranu iz trbuha. Kako je pacijentov desni skrotum bio napet, to su rez iz prepone proširili prema desnom skrotumu i pri tom su utvrdili nekrozu cijelog potkožja i površne fascije (fascija je vezivna ovojnica koja umotava mišićne strukture). Zbog te infekcije, koju liječnici nazivaju nekrotizirajući fascitis, bilo je potrebno poduzeti odstranjenje desnog testisa koji je već bio odumro zbog žestoke infekcije u tom dijelu skrotuma. U isto vrijeme ili možda prije, s unutrašnjeg dijela trbušnog zida, skinuta je mersilenska mrežica. Ona je biološki materijal sastavljen od niti mersilena koje su uobličene u mrežicu i koju kirurzi koriste za pojačanje oslabljene trbušne stijenke. Nekrotizirajuća infekcija, osim što se širila u desni skrotum, širila se u zoni između površnog i dubokog dijela stijenke i trbušnog koša sve do desnog pazuha. Tu se radilo o širenju nekrotizirajućeg fasciitisa od desne prepone u desnu slabinsku regiju i gore prema trbuhu i prsnom košu, a sve u smjeru desnog pazuha. Kod eksploracije unutrašnjeg individualnog prstena iz trbuha je i dalje izlazio gusti gnojni sadržaj koji je mirisao na fekaliju. Svjedoku dr. Roji i dr. Cindru bilo je jasno o čemu se radi i zajednički su se dogovorili da operaciju u trbuhu mora napraviti abdominalni kirurg koji je u to vrijeme obavljao službu na Klinici za kirurgiju KBC Split. Pojasnio je da je služba na Klinici za kirurgiju organizirana tako da posao obavljaju strogo po specijalističkim obavezama. Dakle, svjedok dr. Roje je imao ovlasti raditi operaciju na mekim tkivima, a operaciju u trbuhu je trebao obaviti abdominalni kirurg. Žurno je bio pozvan dr. Matić, koji se sa sobom doveo i svoju instrumentarku iz hitne službe. Pri toj novoj operaciji svjedok je ostao kao asistent dr. Matiću. Neposredno nakon njihovog dolaska na Križine, nastavili su operaciju u trbuhu, pristupili operaciji trbuha rezom od sinfize do prsne kosti. Prilikom otvaranja trbuha iz njega je i dalje izlazio gnojni sadržaj, dakle radilo se o difuznom peritonitisu (upali trbušne jame u kojoj su smješteni trbušni organi). Prilikom čišćenja trbuha utvrdili su da u desnom dijelu trbušne jame ima najviše gnojnog sadržaja i da iz crijeva izlazi

gnojni sadržaj. Cekum je dio crijeva na prijelazu iz tankog u debelo crijevo. Od cekuma prema gore, na desnoj strani gdje je smješteno uzlazno debelo crijevo, mogla se zamijetiti nekroza stijenke crijeva pa je dr. Matić poduzeo operaciju-desnu hemiktelokomiju koja je uobičajena operacija za odstranjenje odumrlog dijela crijeva. Cijela desna strana trbušne jame bila je otečena i ispod peritonuma se mogao dijagnosticirati gnojni sadržaj. Ta zona se u kirurgiji zove retroperitoneum, što je dio stražnje strane trbušne jame koji se nalazi s vanjske strane unutarnje ovojnice trbušne jame. Infekcija u tom dijelu je također napredovala sve do rebranog luka i vanjske strane prsnog koša. Kroz cijelo to vrijeme dr. Bura sa svojim ing. anesteziologije je održavala pacijenta na aparatu, tako da su kirurzi mogli nesmetano obaviti operaciju. Tijekom rada, svjedok i dr. Matić su razgovarali o ozbiljnosti slučaja, ali se riječi dr. Matića bez obzira na težinu slučaja nisu obistinile jer je pacijent ipak preživio ovo teško i po život opasno stanje. Nakon obavljenog posla, pacijent je bio probuđen i prebačen u JIL. Dr. Matić i svjedok su se dogovorili da se pacijent nadalje nastavi liječiti u JIL-u na Firulama.

20. Dr. Roje je u dopunskom preslušanju ostao kod svoga iskaza. Dodao je da je kroz svoj radni staž izvodio, između ostaloga, operacije različitih vrsta kila, što je u opisu njegove specijalizacije. Abdominalna kila je kila vezana za prednji dio trbušnog zida. Zavod za plastičnu kirurgiju radio je na dva lokaliteta, prvo na Križinama a potom na Firulama. Dok je zavod bio na Križanima, operacije abdominalne kile najčešće su vršili plastični kirurzi u suradnji s abdominalnim kirurzima. U slučaju tužitelja, nakon operacije izvršene su dvije revizije, obje na urologiji. Prvu reviziju izvršili su dr. Duvnjak i dr. Vrsalović, a drugu svjedok, dr. Cindro i dr. Matić. Dr. Matić je, nakon otvaranja trbuha i ispiranja, utvrdio da na cekumu postoji otvor, oko 2x2 cm iz kojega je u trbušnu šupljinu izašao crijevni sadržaj koji je bio glavni uzrok gnojne upale i pojave nekrotizirajućeg fascilitisa, anaerobne infekcije trbušne stijenke. Potrebno je određeno vrijeme da bi se infekcija mogla manifestirati te se nakon 24 sata od operacije nije moglo reći da se infekcija razvila. Pravila struke nalažu da se preponski lipom podveže. Svaka intervencija na crijevnoj stijenci, zbog tankoće stijenke, može biti fatalna, što je u slučaju tužitelja i bio razlog za ozljedu crijeva pri prvoj operaciji, a što nije prepoznato od strane operatera.

21. U postupku je nalaz i mišljenje o načinu liječenja tužitelja u KBC Split izradio Medicinski fakultet u Rijeci po dr. Đordanu Bačiću, specijalistu kirurgu i profesoru na katedri za kirurgiju toga fakulteta. U svome nalazu i mišljenju vještak dr. Bačić naveo je sljedeće:

21.1. Tužitelj Nikola Sarić je hospitaliziran dana 14. siječnja 2010. godine na Klinici za urologiju na lokalitetu Križine zbog rutinske operacije desnostrane preponske kile za koju je znao oko godinu dana. Prije dolaska u bolnicu obavio je sve rutinske preglede i pregled anesteziologa. Radi se o šezdesetogodišnjaku koji boluje od povišenog krvnog tlaka, ima giht, proširene vene, sumnju na blago jetreno oštećenje i hiperplaziju prostate. Takve su dijagnoze česte u šezdesetogodišnjaka i ne povisuju bitno rizik za operacijski zahvat. Slijedećeg dana, 15. siječnja je podvrgnut operacijskom zahvatu kada je učinjena plastika trbušne stijenke uporabom mrežice. Tijekom zahvata je odstranjen jedan lipom funikulusa, kilna vreća je potopljena bez otvaranja, plasirana je mrežica, učinjena hemostaza te rana pošivena. Zahvat je protekao bez incidenta. Na dan zahvata pacijent je urednog tijeka. Slijedećeg dana, 16. siječnja ima jedan šub temperature do 38,2 C što nije neuobičajeno nakon

operacijskih zahvata. Dana 17. siječnja i dalje ima povišenu temperaturu pa se uvede antibiotska terapija i to tri antibiotika koji pokrivaju široki spektar bakterija. Dana 18. siječnja bolesnik počinje pokazivati znakove teške upale koji se uočavaju promjenom laboratorijskim vrijednostima kao npr. izrazit porast upalnog parametra CRP, porastom vrijednosti ureje i kreatinina što govori u prilog poremećaju bubrežne funkcije, blagim poremećajem u koagulogramu i na koncu RTG nalazom koji pokazuje potkožni emfizem koji je znak upale potkožja nekom anaerobnom bakterijom. Na koncu i pad u krvnoj slici može značiti znakom upale. S obzirom da bolesnik nije imao bolan abdomen, da je rad crijeva bio uredan, da snimka abdomena na prazno nije pokazivala slobodnog zraka u abdomenu te da je iz rane izašlo oko 200 ccm krvi, liječnici su zaključili da se radi o infekciji rane izvana te su ranu revidirali i učinili dodatne veće incizije kože i potkožja kako bi se spriječilo širenje infekcije. Napominje da po opisu operacije nije bilo sumnjivog sadržaja u rani koje bi ponukalo operatore da posumnjaju na unutartrbušni incident. Slijedećeg dana je bolesnik subjektivno bio bolje. Laboratorijski je vidljiv pad vrijednosti CRP-a no ostali parametri kao pad krvne slike, porast fibrinogena, pad vrijednosti ukupnih proteina i albumina u krvi pokazuju da je bolesnik i dalje u stanju teške upale. Dobio je koncentrirane eritrocite i svježe smrznutu plazmu. Učinjena je urinokultura i hemokultura koje su bile sterilne. Dodatno pogoršanje stanja se primjećuje slijedećeg dana, 20. siječnja, kada se bolesnik počinje žaliti na bolove. Uočava se porast CRP-a, porast fibrinogena, daljnji pad u vrijednostima hemoglobina i hematokrita. Bolesnik postaje oliguričan (umanjeno mokri) i pokazuje znakove sepse (trovanja krvi). Abdomen i dalje miran, bez znakova za akutni abdomen, a na poticaj ima i jednu stolicu. Snimka abdomena na prazno i dalje ne pokazuje znakove paralize crijeva kao niti zrak u abdomenu. Na desnom plućnom krilu u gornjim partijama se vide mrljasta zasjenjenja. Infektolog u terapiju empirijski dodaje još jedan antibiotik u visokim dozama. Stanje se i dalje pogoršava te se u večernjim satima istog dana donese odluka o reoperaciji. Na tom je zahvatu primijećeno da iz jednog dijela rane izlazi crijevni sadržaj te je hitno pozvan abdominalni kirurg. Do dolaska su liječnici učinili dodatne rezove kože i potkožja na trbušnoj i grudnoj stijenci uz odstranjenje upalno promijenjenog tkiva. Abdominalni kirurg je otvorio širom abdomen te je pronašao crijevni sadržaj u trbušnoj šupljini s upalom potrbušnice i desnog retroperitoneuma. Vidio je perforacijski otvor (rupu) u predjelu cekuma (početni dio debelog crijeva) veličine 2x2 cm. Odstranio je dio debelog crijeva do poprečnog dijela kojega je slijepo zatvorio, a tanko crijevo je izveo na kožu u vidu jednocijevne ileostomije. Isprao je trbušnu šupljinu, otvorio retroperitonealni prostor desno te postavio drenažu. Po svršetku, zahvat nastavljaju urolozi koji zbog izrazitih upalnih promjena čine desnostranu semikastraciju (odstranjenje desnog testisa, pasjemenika i sjemenskog snopa. Odstranjeni dio crijeva je poslat na patohistološki izvid, a nalaz govori u prilog upalnim promjenama crijeva i mezenterija sa zastojem u krvnim žilama kao i upalnim promjenama na površini testisa i njegovih struktura i ovojnice. Po operacijskom zahvatu bolesnik je smješten u jedinicu intenzivnog liječenja najprije u Križinama, a kasnije na lokalitetu Firule. Dana 29. siječnja su u općoj anesteziji pošivene rane kože i potkožja na trbušnoj i grudnoj stijenci. Dana 05. veljače je premješten na odjel. Kontrolni pregledi computeriziranom tomografijom trbuha (29. siječnja i 05. veljače) pokazuju manju nakupinu gnoja u donjem desnom trbuhu koja se spontano prazni na ranu. Na odjelu se redovito previja i oporavlja uz pomoć fizikalne rehabilitacije. Dana 02. travnja je otpušten iz bolnice uz preporuku redovitih kontrola, previjanja rana i uzimanja visokokalorijskih pripravaka tri puta dnevno zbog bržeg oporavka. Dana 09. srpnja je ponovno primljen u bolnicu, a 12. srpnja je reoperiran kada je učinjena rezidba priraslice, manja resekcija dijela

tankog crijeva koje je bilo ugroženo po rezidbi priraslica i uspostava kontinuiteta crijeva. Dana 02. kolovoza 2010. je otpušten iz bolnice u dobrom stanju. Po završetku liječenja je u nekoliko navrata posjetio psihijatra, ali nema niti jedan nalaz na uvid. U kartonu je navedena dijagnoza F 48 koja govori u prilog neuropskim smetnjama, u terapiji ima niske doze anksiolitika što je imao i prije spornog zahvata.

21.2. Svaki operacijski zahvat ma koliko ga mi smatrali rutinskim je bremenit mogućim komplikacijama koje mogu biti lakše i teže. Ako se zbroje sve moguće komplikacije kod operacije preponske kile njihov ukupni postotak po literaturnim navodima kreće se od 17%-50%. Najčešće komplikacije su krvarenje iza zahvata (5,6%-16%). Površinska infekcija rane je komplikacija koja se javlja kod 1-3% operiranih, a duboka infekcija u 0,3%-0,6%. Ozljede unutrašnjih organa su izuzetno rijetke iako se opisuju u literaturi. Obično se vežu za uklještene kile. Nešto su češće kod laparoskopske tehnike tzv. TAPP gdje se kreću do 0,21 %.

21.3. Kod tuženika je učinjena operacija desnostrane preponske kile po metodi Lichtenstein (uporabom mrežice) koja je jedna od standardnih metoda operacijskog liječenja takvih kila. Operacijski zahvat je protekao uredno kao i cijeli dan operacije. Od prvog poslijeoperacijskog dana do trećeg poslijeoperacijskog dana počinju se pojavljivati znaci infekcije zbog čega se započne sa širokospektarskom antibiotskom terapijom. Trećeg poslijeoperacijskog dana zbog krvarenja, znakova upale (utvrđene klinički, laboratorijski i rendgenski) koja je moguća po operaciji kile rana je revidirana te su učinjeni i dodatni kirurški rezovi kože i potkožja zbog sprječavanja širenja upale. S obzirom da je i klinički i rendgenološki abdomen bio miran, a peristaltika uredna, nije bilo potrebe za eksploracijom trbušne šupljine. Nakon kratkog poboljšanja, opet se događa pogoršanje stanja sa znacima trovanja krvi te se petog poslijeoperacijskog dana po učinjenoj reviziji rane uoči da je problem vjerojatno u abdomenu. Pozvani abdominalni kirurg nalazi rupu u početnom dijelu debelog crijeva. Zahvat kojega je tada učinio je jedini zahvat koji je u takvoj situaciji bilo moguće učiniti zbog životne ugroženosti bolesnika. Dodatno je zbog upale učinjena i desnostrana semikastracija. Mehanizam nastanka ozljede crijeva je teško odrediti. Po izjavi dr. Matića vidimo da isti smatra da je do perforacije crijeva došlo tijekom zahvata za razliku od operatera dr. Duvnjaka koji smatra da je ishemija (slaba prokrvljenost) dovela do perforacije crijeva.

21.4. Vještak smatra da ukoliko je na crijevu bila učinjena perforacija tijekom zahvata, simptomi sepse bi se pojavili unutar 24 sata. Bolesnik bi prvi poslijeoperacijski dan imao sve znakove trovanja krvi kao i znakove akutnog abdomena (nesnosna bol u trbuhu koja kliničaru ukazuje na akutno zbivanje u trbuhu i zahtijeva hitno otvaranje trbušne šupljine) s paralizom crijeva. Na rendgenskoj snimci abdomena na prazno bio bi prisutan srp zraka u trbušnoj šupljini. Po opisu operacije kile vidimo da kilna vreća nije otvarana nego samo potopljena. Odstranjen je jedan lipom koji je uvijek ispred potrbušnice te je nemoguće ozlijediti crijevo njegovim odstranjenjem. Ono što upada u oči je dodatna hemostaza (zaustavljanje krvarenja) koja se vrti termički električnim nožem. Najvjerojatnije je kod te akcije došlo do prijenosa topline ili iskrenja na već "potopljeno" crijevo ili na jednu od hranilica na što operater nije imao utjecaja. Taj čin je doveo najprije do manjka cirkulacije u tom segmentu crijeva, naknadno do nekroze i gangrene segmenta s izlaskom bakterija koje su prouzročile infekciju (najprije lokalnu pa kasnije opću) i septično stanje, a na kraju je na tom mjestu nastao perforacijski otvor (rupa) s izlivanjem crijevnog sadržaja u trbušnu šupljinu. Takav mehanizam

objašnjava sporo napredovanje simptoma bez znakova za akutni abdomen i bez znakova slobodnog plina u trbušnoj šupljini.

Iz svega gore narečenog mišljenja sam da se radi o vrlo teškoj i izuzetno rijetkoj komplikaciji s teškim posljedicama po tužitelja zbog koje je liječenje bilo dugotrajno s trajnim posljedicama. S obzirom na mehanizam i dinamiku događaja smatram da je tuženik liječen adekvatno.

21.5. Tužitelj je po operaciji desnostrane preponske kile koja je izvršena od strane liječnika iz Odjela za urologiju zbog komplikacija bio životno ugrožen i podvrgnut dodatnim zahvatima i dugotrajnom liječenju. Stoga smatram da je šteta u zdravstvenom smislu uzročno-posljedično vezana za operacijski zahvat desnostrane preponske kile.

21.6. Iako postoji uzročno posljedična veza, tijek bolesti je posljedica teške komplikacije i nije uzorkovan medicinskom pogreškom niti nepažnjom liječnika Odjela za urologiju.

22. Nalazu vještaka dr. Đordana Bačića prigovorio je tužitelj, a vještak se na njegove prigovore očitovao 03. svibnja 2013. u pisanom odgovoru kako slijedi:

22.1. Kako je navedeno u vještvu "Ako se zbroje sve moguće komplikacije kod operacije preponske kile njihov ukupan postotak po literaturnim navodima se kreće od 17%-50%...Površinska infekcija rane je komplikacija koja se javlja kod 1%-3% operiranih, a duboka infekcija u 0,3%-0,6%". Svaka infekcija rane će dovesti do povišenja tjelesne temperature. Tada se daje antibiotska terapija, a rana se revidira kako bi se evakuirao eventualni gnojni sadržaj. Govoriti o septičkom stanju unutar 24 sata po operaciji preponske kile je preuranjeno.

22.2. Analgetici koji se spominju (Voltaren i Analgin) pomažu smanjiti bol, ali u slučaju kada bolesnik ima sterokoralni peritonitis sa slikom akutnog abdomena ne mogu biti u stanju kupirati bol. Najčešće ni najjači analgetici, oni prvog reda to nisu u stanju, nego bolesnika treba hitno operirati. Stoga, ukoliko su ti analgetici uspjeli kupirati bolno stanje, nije se tada radilo o slici akutnog abdomena.

22.3. Oba lijeka imaju antipiretski učinak (snižavaju temperaturu), koji je privremen i u kliničkoj ustanovi oni ne mogu prikriti sliku i težinu stanja. Bol i tjelesna temperatura su samo dva od niza parametara koji se prate kako bi se ocijenilo stanje bolesnika u poslijeoperacijskom tijeku.

22.4. Razvija se takozvani sterokoralni peritonitis (upala potrbušnice uzrokovana crijevnim sadržajem) koji vrlo brzo dovodi do sepse, septičkog šoka i smrti ako se odmah ne prepozna. Crijeva u roku od nekoliko sati po istjecanju crijevnog sadržaja postaju paralitična, aperistaltična –prestaju raditi. Što kod tužitelja nije bio slučaj. Moram dodatno objasniti da su uzroci paralize crijeva brojni i nastaju zbog intraabdominalne patologije (brojna stanja unutar abdominalne šupljine je mogu izazvati), zbog retroperitonealnih promjena i upala (velike krvne žile, gušterača.....), i zbog ekstraabdominalnih razloga (ozljede kičmenog stupa, metabolične promjene, neurološka oboljenja, razni lijekovi koji mogu paralizirati crijeva...)

22.5. Paraliza crijeva nikada ne nastaje zbog mobilizacije omentuma u trenutku upale. Cekum je slobodni dio debelog crijeva. Nema nikakve mogućnosti da bi takva perforacija prošla bez pneumoperitoneuma, to jest bez prisustva slobodnog zraka u abdomenu jer ne postoji nikakva barijera koja bi slobodni plin mogla zaustaviti. To znači da stijenka ne može nikako biti locus minoris resistentiae. Logično je dakle, pretpostaviti da je došlo do sljepljivanja promijenjenog (vjerojatno termički oštećenog) dijela crijeva za stijenku (parijetalni peritoneum) te da su bakterije koje su izazvale potkožni emfizem i fascitis najprije izazvale lokalizirani peritonitis, prošle peritonealnu barijeru i izazvale upalu fascija i potkožja te retroperitoneuma (kako sam opisao u vještačenju). Zato je simptomatologija bila spora (a ne sporna). Kod perforacije debelog crijeva s trenutnim razlijevanjem crijevnog sadržaja u abdomen ne postoji antibiotska terapija koja bi mogla usporiti simptomatologiju.

22.6. Glede lipomatoze kolona. Spominju se subserozni ili submukozni lipomi. Dakle, masno tkivo koje se nalazi u stijenci crijeva koje je obavijeno visceralnim peritoneumom (serozom9). Oni anatomski nikako ne mogu pripadati kilnoj vreći nego crijevu. Da bi se vidjela stijenka crijeva treba otvoriti peritoneum, dakle kilnu vreću, što po opisu operacije, ali i po metodi Lichstenstein se ne čini. Stijenka crijeva se toliko razlikuje od strukture kilne vreće da ju je nemoguće ne zamijetiti. Radilo se o preperitonealnom lipomu, dakle lipomu koji se nalazi izvan trbušne šupljine što je uobičajeno pronaći kod operacije kile.

U opisu operacije kod prve revizije rane je navedeno da je vršena hemostaza elektrokauterom (zaustavljanje vidljivih manjih krvarenja iz rane termičkim instrumentom). Posljedica termičke lezije je direktno oštećenje tkiva i oštećenje mikrocirkulacije što za posljedicu ima ishemiju pa nekrozu, gangrenu, a kod crijeva naknadno i perforaciju. Za takvo što treba proći nekoliko dana što ovisi o intenzitetu ozljede. Ukoliko je ozljeda minimalna, može se tkivo i oporaviti zahvaljujući kolateralnoj cirkulaciji i sposobnosti zarastanja. Ovdje ne treba navoditi nikakvu literaturu jer se radi o elementarnim činjenicama koje se opisuju i u udžbenicima za srednju medicinsku školu. Napominjem, a to smatram izuzetno važnim, da prijenos struje i topline kroz tkiva ne može predvidjeti niti jedan kirurg, a nemoguće ga je zamijeniti na samom zahvatu. Iako uvijek postoje iznimke, ishemijski kolitis je stanje koje se u pravilu vezuje za stariju životnu dob zbog oslabljene cirkulacije i najčešće zahvaća lijevi kolon i slezenski pregib koji se nalazi ispod lijevog rebranog luka. Ta bolest ima svoju simptomatologiju, rijetko se viđa, može izazvati nekrozu crijeva s perforacijom i akutnim abdomenom, ali najčešće dolazi do samoizlječenja. Tužitelj Nikola Sarić nije imao ishemijski kolitis! Glede patohistološkog izvida mogu reći da sam i sam uočio da perforacija nije opisana (s tom činjenicom se može manipulirati do granice da što nije opisano ne postoji i bazirati cijelo vještvo upravo na toj činjenici). Ipak, treba uzeti u obzir stanje preparata koje je došlo do patologa, da li je perforacijski otvor bio označen i da li je na uputnici za patohistološki izvid bilo naznačeno da se radi o perforacijskom otvoru koje zahtjeva dodatnu analizu. Zato taj nalaz nisam uzeo u obzir. U obzir sam uzeo jedino iskaz abdominalnog kirurga dr. Matića koji je taj otvor vidio i za kojega ne sumnjam da je bio uzrokom i razlogom za intervenciju na dan kada je ista učinjena. I dalje tvrdim da je perforacijski otvor nastao naknadno zbog mehanizma koje opisujem u vještvu i sada.

22.7. Nesporna je činjenica da je bolesnik na koncu postao septičan zbog bakterija koje su navedene i koje jesu najvjerojatnije crijevnog podrijetla, ali one su prodrle iz crijeva mehanizmom kojeg sam objasnio u vještvu. Slobodna perforacija

crijeva za koju se pokušava tvrditi da je nastala na prvom zahvatu dala bi izrazito burnu simptomatologiju koja bi zahtijevala hitnu intervenciju nakon nekoliko sati od zahvata i ne bi ju bilo moguće previdjeti niti klinički niti rendgenološki (jer bi već prvi RTG nalaz pokazao slobodni zrak u abdomenu-ispod ošita, kako je i ranije navedeno). Ponavljam da ne postoji takav antibiotik koji bi usporio tijek događaja koje je izazvano neprepoznom perforacijom debelog crijeva. Upalni parametar CRP je vrlo bitan parametar ali nespecifičan i ponekad je vrlo visok i kod lokaliziranih infekcija, u poslijeoperacijskom tijeku, upalnim bolestima crijeva...Što je viši, to je infekcija „jača“. Uvid u septičnost bolje daju vrijednosti laktata, toksičnih granula, ali ja u spisu taj podatak nisam našao tako da je o stanju sepse od samog početka nemoguće govoriti. Sedimentacija eritrocita (SE) je još nespecifičnija tako da se ona u kliničkoj praksi gotovo više i ne koristi kao ozbiljan parametar. U zaključku smatram da je vještvo učinjeno po svim pravilima vještva i struke. Smatram da ovim vještvom nisam nikoga zaštitio niti ikoga oštetio. U cijelosti stojim iza vještva te stoga nemam što promijeniti u zaključcima. Smatram također da je postotak tjelesnog oštećenja realan, a glede duševne boli koje je tužitelj pretrpio se nisam izjasnio ni ne namjeravam jer time zadirem u drugu struku za koju nemam znanja niti kompetenciju.

23. Vještak Bačić se na prigovore tužitelja očitovao i usmeno na ročištu od 26. svibnja 2015. Ostao je pri svom prvobitnom nalazu glede mehanizma nastanka ozljede ističući da bi klinička slika, da je ozljeda nastala odmah na prvom zahvatu, bila toliko burna i dinamična da bi zahtijevalo reoperaciju odmah. S obzirom na kliničko stanje bolesnika, na rendgenske slike, nije se radilo o akutnom abdomenu, međutim došlo je do razvoja septičnog stanja što je životno ugrožavajuća situacija. Smatra da po medicinskoj dokumentaciji i opisu operacije kontakt s oštrim predmetom nije bio moguć prilikom prvog operacijskog zahvata. Ističe da izvještaj operacije uvijek piše operater.

24. Na pitanje, a s obzirom na zaključak da je do ozljede došlo prijenosom topline, kako bi izgledala rana odnosno bi li ona imala karakter opekline i je li to verificirano nalazima daljnjeg liječenja, dr. Bačić je odgovorio da je najlogičnije objašnjenje upravo prijenos topline i termička ozljeda crijeva odnosno malih ozljeda. U takvom slučaju, kad bi se odmah vidjelo na trbuhu, to bi bila bijela točkica, ali crijevo nije bilo vidljivo s obzirom da je pokriveno potrbušnicom. Događa se da taj dio koji je vjerojatno sada loše ishranjen postaje ishemičan tj. bez krvi, i to je aseptična upala. U pravilu se takvo crijevo naknadno može oporaviti zbog povratka cirkulacije ili ishemija može ići dalje u nekrozu, odnosno gangrenu, odnosno pacijent može umrijeti, a kad umre ostane otvor gotovo ravnih i pravih rubova. Pretpostavka je da se ishemično crijevo zalijepilo za potrbušnicu koja je postala slaba točka, anaerobis crijeva odnosno bakteris crijeva s obzirom da nemaju više barijeru koja ih brani, što je sluznica, prelaze na potrbušnicu i na površinu izazivajući infekciju prvo rane, a s obzirom da je potkožje podložno i rahlo razvoju anaeroba tj. bakterija, infekcija se proširila po trbušnoj stijenci i na rendgenu dala sliku potkožnog emfizema. S obzirom na dinamiku kliničke slike, ovo bi bilo najlogičnije objašnjenje. Nadalje, pojašnjava da je u septičnom stanju unutar 24 sata po operaciji preponske kile preuranjeno govoriti s obzirom na parametre medicinske dokumentacije koji nisu dovoljni za dijagnozu sepse pa čak ni SIRS-a. Objašnjava zatim da je liječenje tužitelja analgeticima započelo u prvom danu nakon operacije zbog toga jer se bol neminovno javlja nakon svake operacije zbog čega se analgetici redovito daju te se radi o normalnoj terapiji. Tužitelju su davani slabiji analgetici, uobičajeni kod manjih operativnih zahvata. Na pitanje što bi bilo potrebno

da se nakupljanje zraka pod kožu, što je uočeno treći dan na RTG-u protumači kao unutarnja ozljeda, odgovorio je da je to nemoguće jer je tlak u abdomenu nizak i on ne može proći tu barijeru. Unutarnja ozljeda ne može na tom dijelu crijeva izazvati emfizem. Visokim stupnjem vjerojatnosti procjenjuje mogućnost nastanka ozljede koju je istaknuo kao način nastanka oštećenja tužiteljeva organizma. Trećeg poslijeoperacijskog dana, zbog simptomatologije i oćeg stanja, odnosno sumnje na septično stanje, učinjeni su adekvatni zahvati, bez potrebe za otvaranjem abdomena.

25. Na prijedlog tužitelja provedeno je vještaćenje i po vještacima, profesorima Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, dr. sc. Žarku Rašiću, specijalisti kirurgije i dr. sc. Vedrani Petrovećki, specijalisti sudske medicine. Ovi vještaci su u svom nalazu od 02. svibnja 2017. god. naveli sljedeće:

25.1. Tužitelju Sarić Nikoli (r.05.07.1950.) je dana 15.01.2010. učinjen operacijski zahvat-plastika preponske kile po Lichtensteinu tj. postavljena je mrežica radi pojačanja stražnjeg zida preponskog kanala. U operacijskom protokolu je navedeno kako se radilo o indirektnoj, kliznoj (sliding) kili, te kao usputan nalaz utvrdi se preperitonealni lipom. Kila se prikazala i kroz kilnu vreću se naziralo crijevo. Kilna vreća se zatvorila i potopila, te slijedila plastika stražnjeg ingvinalnog zida. 16.01.2010.-postaje febrilan do 38,2 C, utvrđeni su počeci infekcije u području postoperativne rane te je uvedena antibiotska terapija s tri antibiotika. Dana 18.01.2010.-postaje febrilan do 38,4 C, a palpacijski u području desne strane trbušne stjenke postoji krepitacija. U području operacijske rane verificira se hematoma (krvni podljev). radi se prvi puta CRP-a koji iznosi 413,5 mg/L. U operacijskoj dvorani učini se revizija operacijske rane i evakuacija hematoma-krvnog ugruška iz područja rane, te se učine incizije na prednjoj i boćnoj trbušnoj stijenci. Prema operacijskom protokolu-odstranjeni su konci, kože potkožja i fascije. Nije nađeno vidljivog mjesta krvarenja. Stražnji zid ingvinalnog kanala s postavljenom mrežicom je uredan. Dana 20.01.2010.-CRP 324,9 mg/L. Konzilijarno pregledan po infektologu, koji korigira antibiotsku terapiju. Pristupi ponovnom operacijskom zahvatu, tijekom kojega je nađena lezija debelog crijeva. Radi toga je učinjena desnostrana hemikolektomija, uz formiranje ileostome, ispiranje trbušne šupljine i postavljanje drenaže. Odstranjen desni testis. Nakon toga je smješten u JIL, provode se odgovarajuće mjere intenzivnog lijećenja. U poboljšanom stanju premješta se na odjel gdje boravi do 02.04.2010. Novim operacijskim zahvatom zatvorena je ileostoma i uspostavljen crijevni kontinuitet između tankog i debelog crijeva.

25.2. Vještaci smatraju kako postoji uzroćno posljedićna veza između operacijskog lijećenja desnostrane ingvinalne kile tužitelja koju su izvršili lijećnici Odjela za urologiju tuženika i štete koju je tužitelj pretrpio u vidu oštećenja zdravlja.

25.3. U konkretnom slučaju, prilikom lijećenja tužitelja na Odjelu za urologiju tuženika, tijekom operacijskog zahvata nadnevka 20.01.2010. utvrđeno je, a kako proizlazi iz medicinske dokumentacije:

- u otpusnom pismu iz KBC Split Klinika za kirurgiju-list spisa "H" navedeno je kako je na cekumu verificiran perforacijski otvor velićine 2x2 cm.
- u oćitovanju Odjela za urologiju list spisa 9/6B, navedeno je kako je abdominalni kirurg ustanovio perforaciju crijeva
- u operacijskom protokolu 20.10.2010.-list spisa 232-navedeno je "identificira se ozljeda cekuma".

Iz navedenog se može zaključiti da je došlo do ozljede debelog crijeva koji nije bio predmet samog operacijskog zahvata-rješavanje preponske kile, što predstavlja liječničku grešku.

Kao posljedica navedene perforacije nastupila je difuzna upala potrbušnice (sterkoralni peritonitis) i okolnih struktura što je predstavljalo direktnu opasnost po život tužitelja. Iz tog razloga je u operativnom zahvatu nadnevka 20.10.2010. godine trebalo biti odstranjeno uzlazno debelo crijevo i bila je formirana privremena stoma na trbušnoj stijenci.

25.4. Nakon saniranja upale potrbušnice privremena je stoma operativnim zahvatom uklonjena i uspostavljen je kontinuitet i prohodnost tankog i debelog crijeva.

26. Na nalaz vještaka dr. Rašića i dr. Petrovečki prigovorio je tuženik te su se vještaci na ročištu od 18. prosinca 2017. očitovali na prigovore.

27. Vještaci su istaknuli da djelatnici/liječnici tuženika tijekom operativnog postupka na tužitelju nisu postupali sukladno pravilima struke. Tijekom operativnog zahvata došlo je do ozljeđivanja crijeva, što nije očekivani ishod operativnog zahvata, a osim toga, poslije operativnog zahvata liječnici nisu ni posumnjali da je moglo doći do ozljeđivanja, nego je to prepoznato tek pet dana po ozljeđivanju, od strane specijaliste kirurga, subspecijaliste abdominalne kirurgije. Prepoznata je lezija debelog crijeva i nastup upale potrbušnice koji je u konačnici rezultirao odstranjenjem desne polovice debelog crijeva, oblikovanjem stome i postavljanjem drena. Osim toga, od strane plastičnog kirurga trebalo je učiniti i odstranjivanje nekrotičnog tkiva u prostoru iza potrbušnice s incizijama, a u cilju drenaže upalnog procesa u prostoru iza potrbušnice. Bio je, uz to, odstranjen i desni testis i epididimis. Tijekom tog operativnog zahvata kirurzi su utvrdili u području crijeva otvor veličine 2x2 cm. Do ozljede crijeva tijekom operacije kakva je učinjena na tužitelju može doći, međutim neprepoznavanje navedene komplikacije, neprepoznavanje ozljede i kasno rješavanje ozljede predstavlja neadekvatni postupak, odnosno u ovom slučaju pogrešku. Do ozljede crijeva došlo je tijekom operacijskog zahvata izvršenog 15. siječnja 2010. Do perforacije crijeva jedino je mogli doći u periodu između operacije od 15. siječnja 2010. i 18. siječnja 2010., ali uzimajući u obzir vremenski period koji je bio potreban da dođe do porasta vrijednosti CRP-a, jer on ne raste odmah već kroz određeni vremenski interval, ukazuje se da je do perforacije došlo tijekom prvog operacijskog zahvata 15. siječnja 2010. Tijekom operacijskog zahvata moguće je da se ozljede crijeva, a ključ je u prepoznavanju ozljede i njeno zbrinjavanje odmah po nastanku. Tijekom operacijskog zahvata potrebno je prepoznat ozljedu, koja u tom trenutku predstavlja komplikaciju liječenja, te, ukoliko se ozljeda prepozna i na odgovarajući način tijekom zahvata sanira, tada se ne može govoriti o pogrešci u liječenju, međutim, ukoliko se ozljeda ne prepozna tijekom operacijskog zahvata već pet dana nakon toga, govori se o pogrešci. Iz onoga što je navedeno u opisu operacijskog zahvata od 20. siječnja 2010., vještaci se nisu mogli izjasniti je li došlo do termičke ozljede crijeva ili zbog djelovanja s nekim oštrim predmetom. Jedini način verificiranja ozljede crijeva mogući je izlazak crijevnog sadržaja iz crijeva što ne mora uvijek postojati ako je crijevo pripremano za operacijski zahvat i nema veće količine crijevnog sadržaja. Drugi način utvrđivanja ozljede crijeva je pomni pregled operiranog područja.

28. Budući da su nalazi vještaka bili različiti, sud ih je pozvao na usuglašavanje mišljenja, a na ročištu od 13. studenoga 2018., nakon što su izvršili uvid u nalaze i očitovanja, vještaci su ostali pri svojim nalazima i mišljenjima i usmenim očitovanjima.

29. S obzirom da su u postupku od strane dvaju medicinskih fakulteta dana dva vještva sa suprotnim zaključcima i da usuglašavanje vještaka nije uspjelo jer su vještaci ostali pri svojim nalazima, sud je zatražio mišljenje drugih vještaka, odnosno proveo je dokaz novim medicinskim vještačenjem i to po liječnicima i profesorima s Medicinskog fakulteta Sveučilišta J.J. Strossmayera u Osijeku.

30. Vještaci medicinskog fakulteta u Osijeku, dr. sc. Dunja Degmečić, kao predsjednik povjerenstva i dr. sc. Goran Kondža kao član povjerenstva, u svome su nalazu od 28. veljače 2022. naveli slijedeće:

30.1. Jasna je veza učinjenoga operacijskog zahvata, ingvinalne hernioplastike i štete koju je pretrpio tužitelj u vidu oštećenja zdravlja. Nakon početne operacije bile su potrebne još tri operacije kako bi se popravilo stanje pacijenta a sve su posljedica prve operacije. Operacija ingvinalne kile je povezana s određenim stupnjem komplikacija koje idu od površnih infekcija rane, dubokih infekcija i infekcija mrežice, tromboembolijskim komplikacijama, intraoperacijskim ozljedama krvnih žila i živaca, ozljedama visceralnih organa, tj. debelog crijeva, tankoga crijeva, trbušne maramice i mokraćnoga mjehura i kroničnim postoperacijskim bolovima. Prema mišljenju europskog kirurškog udruženja ta se oštećenja nastala tijekom operacije i poslije operacije ne smatraju liječničkom greškom nego komplikacijom vezanom za operacijski postupak.

30.2. U sudskom spisu su iskazi ravnatelja KBC Split, predstojnika Klinike za kirurgiju, anesteziju i urologiju koji su se očitovali iskazima da ne smatraju da je tijekom liječenja tužitelja počinjena liječnička greška tj. nemar u liječenju tužitelja. Urolog je izvršio operaciju ingvinalne hernije a prema dokumentaciji čini se da je imao određenih teškoća, spominje se zaustavljanje krvarenja u operacijskoj rani koristeći se termičkim sredstvom, elektrokauterom. Na drugoj operaciji je evakuiran hematoma iz rane uz čišćenje gnoja i drenažu a na trećoj operaciji je potvrđena ozljeda donje epigastrične arterije koja je bila u operacijskom području tijekom prve operacije. Do tada je korigirana anemija s nekoliko doza koncentriranih eritrocita uz dodatak humane plazme, što je iznimno rijetko nakon operacije hernije ukoliko nije bilo prisutno krvarenje za vrijeme inicijalne operacije. Vještaci su mišljenja da je tijekom operacije bila potrebna izdašna hemostaza zbog ozljede donje hipogastrične arterije i/ili vene i da je to razlog da je u postoperacijskom tijeku došlo do nekroze kolona, cekuma.

30.3. Vještaci su mišljenja da operacijski izvještaj nakon inicijalne operacije sadrži neke činjenice koje ukazuju na postupak s kolonom. Pojava većeg lipoma u ingvinalnom kanalu je razumljiva, on je uzrok nastanka klizne kile i gotovo uvijek je prisutan u ingvinalnom kanalu. Donekle je nejasan postupak s kilom, negdje se spominje da je zatvorena a negdje da je vraćena u abdominalnu šupljinu i da nije otvarana. Kod sklizne kile se najčešće kila ne otvara a ako se otvara pazi se na debelo crijevo i kasnije se zatvori samo peritoneum pazeći da ne dođe do strangulacije crijeva. Kirurg koji ima iskustva s rješavanjem klizne ingvinalne hernije nema teškoća s rješavanjem kilnog sadržaja a u stručnoj literaturi opisane su komplikacije u vidu nekroze i perforacije kolona. Urolog je u operacijskom izvještaju jasno naveo da je

prepoznala kliznu kilu, način kako je postupio s kilnom vrećom što govori da je operirao prema pravilima struke i da nije učinjena liječnička greška koja bi se eventualno prepoznala da uopće nije znao da se radi o kliznoj kili i da je postupio nepromišljeno u zbrinjavanju kilne vreće što je već isključeno. Prema suvremenim stavovima herniologa nema većeg broja intraoperacijskim komplikacijama kod indirektnih kila i kod kliznih kila, klizna kila se ne smatra težom operacijom od indirektnih kila iako je u praksi uvriježeno suprotno mišljenje. Razlog tomu je što su klizne kile najčešće većih dimenzija i time teže za kvalitetniju plastiku stražnjeg zida ingvinalnog kanala.

30.4. Jače crvenilo rane se pojavilo već sutradan nakon operacije, uveden je antibiotik. Dva dana kasnije se pristupa prvoj reoperaciji kada je drenirana infekcija ali nije riješen uzrok infekcije, perforacija cekuma. Operaciji je prisustvovao urolog koji je izveo prvu operaciju što govori da je sudjelovao u donošenju odluka i da nema govora o nebrizi liječnika.

30.5. U trećoj operaciji je otvoren abdomen, mobiliziran cekum i pronađen perforacijski otvor na cekumu. Na cekumu nema šavova, nije šivan na prvoj operaciji, otvor se proširio u postoperacijskom tijeku. U patološkom nalazu nema opširnijeg opisa cekuma nema opisa rubova perforacije niti govora o krvarenju u stijenci cekuma, vjerojatni je razlog jaki peritonitis koji je patologa upućivao na upalni razlog resekcije i na tome je bazirao svoje izvješće. Kirurg je izabrao najsigurniji postupak, resekciju cekuma bez anastomoze tankog crijeva, što govori o težini upalnih zbivanja u regiji abdomena i trbušne stijenske s propagacijom u retroperitoneum, a urolog je učinio orhidektomiju kako bi spriječio propagaciju infekcije. Operaciji je prisustvovao urolog operater što govori da nije ostavio svog pacijenta u teškim trenucima i da je sudjelovao u liječenju što ponovno isključuje liječničku grešku.

Hernijska kirurgija je opterećena s brojnim sudskim zahtjevima za odštetu. Nakon hernijske kirurgije postoji i mortalitet što nije u ovom slučaju sudske tužbe. Vrlo su rijetke visceralne ozljede kod elektivnih zahvata makar iskusni herniolozi imaju komplikacija nakon resekcije crijeva kod hernioplastike. U sudskim postupcima se procjenjuje šteta nanjena pacijentu zbog kirurške komplikacije ali se gotovo nikada ne traži ocjena vještaka da li je počinjena liječnička greška, nepažnja u liječenju. Povjerenstvo za sudska vještačenja Medicinskog fakulteta u Osijeku je održalo sastanak i zajednički zaključilo da prilikom liječenja gospodina Sarića nije počinjena liječnička greška već se radi o posljedicama komplikacija ingvinalne hernioplastike.

31. Na prigovore tužitelja na njihovo vještvo, vještaci s Medicinskog fakulteta u Osijeku očitovali su se u svom pisanom očitovanju od 27. prosinca 2023. U očitovanju navode da područje rada specijalista urologije uključuje rješavanje preponske kile, urolozi su educirani za hernijsku kirurgiju tijekom specijalizacije a izvode zahvate hernija na svojim klinikama shodno organizaciji. Tako se i u Osijeku izvode hernioplastike na Klinici za urologiju kako sam naveo u ranijem vještačenju sklizna kila nije povezana s većim komplikacijama nego "obična" indirektna kila tako i urolog nije obavezan uključiti abdominalnog ili plastičnog kirurga u operacijski zahvat.

U svakom boljem udžbeniku potrebnom za specijalizaciju iz urologije nalazi se i poglavlje o kirurškom rješavanju hernije. Ne rade svi urolozi hernijsku kirurgiju, među njima postoje neki kojima je to veći interes i zato se odlučuju za te zahvate. Zbog većeg broja kirurga i urologa danas se najčešće operacije kile izvode na zavodima za jednodnevnu kirurgiju gdje te zahvate izvode opći ili abdominalni kirurzi.

31.1. Korištenje elektroautera može dovesti do komplikacija ako se nepravilno koristi za hemostazu na površini debelog crijeva. Svaki kirurg ili urolog ima dovoljno iskustva da ocijeni kolika je energija potrebna za hemostazu na pojedinom organu ali se ipak događaju komplikacije u vidu kasnije nekroze tkiva, kao i u slučaju operacije kod tužitelja.

31.2. Vještaci Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Osijeku ostaju kod iznesenog stava u nalazu od 28. veljače 2022. da nije učinjena liječnička greška prilikom izvođenja hemostaze.

31.3. Produženo vrijeme potrebno za prepoznavanje komplikacija je zasigurno dovelo do produženog oporavka pacijenta nakon reintervencije. Pristupilo se reoperaciji kada je bilo jasno da je komplikacija ozbiljna i da zahtijeva reintervenciju iz toga razloga što se infekcije kod operacije hernije rijetko reoperiraju ranije od trećeg dana od operacije kao u ovom slučaju.

31.4. Vještaci su pročitali iskaze preslušanih svjedoka dr. Marija Duvnjaka, dr. Zdravka Roje i dr. Darija Matića i mišljenja su da su oni u skladu s iznesenim mišljenjima u vještačkom nalazu i nemaju potrebu komentirati njihove iskaze. U svemu ostaju kod svojeg nalaza i mišljenja.

32. Na prijedlog tužitelja usmeno se na ročištu na njegove prigovore očitovao sudski vještak dr. Goran Kondža s Medicinskog fakulteta u Osijeku.

33. Vještak je u usmenom očitovanju utvrdio da kod komplikacije krizne kile nije moguće očekivati komplikacije na debelome crijevu. Zatim, da se na kliznoj kili ne događa veći broj komplikacija u odnosu na običnu kilu, a za vrijeme operacije potrebno je obratiti pozornost na okolne organe. Naveo je da su vještaci podatke o operaciji dobili iz operativnog izvješća operatera. U izvješću nije decidirano napisano koje mjesto krvari niti jačina krvarenja, ali je navedeno da nešto krvari i da je to krvarenje zaustavljeno. Na pitanje je li tijekom operativnog zahvata došlo do ozljeđivanja debelog crijeva i je li to očekivani ishod operativnoga zahvata ingvinalne kile, vještak je odgovorio da su na tužitelju izvršene tri operacije. Interval od prve do zadnje je pet dana. Ukoliko se debelo crijevo značajno ozlijedilo za vrijeme prve operacije, komplikacije bi se prepoznale u roku od 6 sati zato što otvor debelog crijeva izaziva masivnu upalu koja naruši stanje pacijenta i zahtijeva intervenciju. Kako je u konkretnom slučaju prošlo pet dana od operacije, drugi je mehanizam štetnoga djelovanja na debelo crijevo koji se ne može povezati s djelovanjem elektrokoagulacije jer da je nastalo otvaranje stijenke debelog crijeva dovelo bi do perforacije i septičnog stanja.

33.1. Vještak je na pitanje kada se kod tužitelja prvi put uočavaju upalni procesi i na koji način odgovorio da su neke naznake bile 16. siječnja, a 17. siječnja one nestaju, više ih nema. Ne slaže se sa zaključkom dr. Žarka Rašića i dr. Vedrane Petrovečki da do ozlijede crijeva, tijekom operacije kile, može doći, a da je neprepoznavanje komplikacije, neprepoznavanje ozlijede i kasno rješavanje neadekvatan postupak odnosno liječnička pogreška. Na pitanje kojim medicinskim kriterijima opravdava stav da se neprepoznavanje ozlijede debelog crijeva smatra komplikacijom, a ne liječničkom pogreškom, odgovorio je kako ozljeda nije nastupila istoga trena i nije se dogodilo da kirurg nije prepoznao ozljedu. Vještak se ne slaže sa

zaključcima profesora Medicinskog fakulteta u Zagrebu da je do ozlijeđe crijeva došlo tijekom prve operacije, ističući da ako se u obzir uzme vrijeme koje je proteklo od prve operacije do rješavanja ozlijeđe, nije mogla nastupiti ozljeda prilikom prve operacije jer bi za njezine posljedice bilo potrebno kraće vrijeme. Nije mogla nastupiti ozljeda koja bi se kasnije zakomplicirala. Drži da je neobično da su pacijentu dane četiri doze krvi i plazme, a to se radi kod operacija koje imaju komplicirani tijek. Nije mogao odgovoriti na pitanje je li, nakon što je 16.01.2016. god uočena febrilnost, rađen laboratorijski nalaz krvi ili neki drugi nalaz, a da takve nalaze treba napraviti kada se u liječničkoj viziti procijeni da su potrebni. 17.01.2010. god. tužitelj je bio afebrilan, što znači da nije imao povišenu temperaturu pa se u takvom slučaju, kada nema znakova koji ukazuju na komplikacije, ne čine laboratorijski nalazi. Terapija radi smanjenja boli i uvođenje antibiotika u terapiju dogodilo se jer se mislilo da se radi o upalnom procesu operacijske rane. Kasnije se pokazalo da to nije točno. Visoka vrijednost CRP-a kod tužitelja mogla je nastupiti u roku od 6 sati a i ranije u odnosu na izlivanje crijevnoga sadržaja u abdomen. Iz medicinske dokumentacije ne vidi se zašto se tužitelju davala obilna transfuzija, a nadoknada krvi vrši se kad se laboratorijski utvrdi niska razina hemoglobina i hematokrita, čemu je moguće više uzroka, a najčešći je gubitak krvi pacijenta tijekom operacije. Na pitanje radi li se o zakašnjenom zahvatu, ako je druga operacija započela u 21:40 sati dne 18.01.2010. god., vještak je odgovorio da je za njega to kasno. Dodao je da se za operacije kakva je bila druga operacija tužitelja, ne poziva infektolog, a abdominalni kirurg zove se ako se uoči izliveni crijevni sadržaj. Pacijent je u 06:05 sati 18.01.2010. god. bio u lošem stanju koje je zahtijevalo djelovanje, a kod druge operacije trbušna stijenka pacijenta bila je otvorena. Nakon druge operacije konstatirano je da je stražnji zid hernijskog kanala uredan i da nema sumnjivog sadržaja. Uzrok infekcije je sama operacijska rana, a potječe od unosa tijekom prve operacije, što je pretpostavka, jer se drugo nije dokazalo. Tužitelj je od strane infektologa bio pregledan 21.01.2010. god.. Kod treće operacije evidentan je bio smrdljivi sadržaj što je ukazivalo na komplikacije cekuma zbog čega je uključen abdominalni kirurg koji je pregledao tužiteljevu trbušnu šupljinu. U operacijskom izvješću nakon učinjene treće operacije 20.01.2010. god kirurg nije napisao kolika je perforacija na cekumu i nije opisao stanje cekuma. Perforacijski otvor na cekumu prepoznat je kod treće operacije, a da je bilo moguće prepoznati ga, bio bi prepoznat kod druge operacije. Parametri laboratorijskog nalaza bili su ugrožavajući nakon prve operacije zbog površne infekcije rane. Ima situacija kada se pacijenti operiraju dva ili tri puta da bi se utvrdio stvarni uzrok loših parametara.

33.2. Vještak dr. Goran Kondža u cijelosti je ostao kod nalaza i mišljenja vještaka Medicinskog fakulteta u Osijeku od 28. prosinca 2023. god..

34. U postupku su provedena tri vještačenja na okolnost postoji li uzročno posljedična veza između operacijskog liječenja desne strane ingvinalne kile tužitelja koji su izvršili liječnici Odjela za urologiju tuženika i štete koju je tužitelj pretrpio u vidu oštećenja zdravlja te je li prilikom liječenja tužitelja na Odjelu za urologiju tuženika počinjena medicinska pogreška odnosno je li do oštećenja zdravlja tužitelja došlo uslijed nepažnje liječnika toga odjela. Vještačenja su provedena od strane tri medicinska fakulteta u Hrvatskoj, Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci, Medicinskog Fakulteta Sveučilišta u Zagrebu i Medicinskog fakulteta Sveučilišta Josip Juraj Strossmayer u Osijeku.

35. Sva tri vještačenja proveli su liječnici i profesori Medicinskih fakulteta, odgovarajućih specijalnosti. Nalazi i mišljenja sva tri medicinska fakulteta jasna su i opširno obrazložena, a vještaci su, prije davanja nalaza i mišljenja pregledali i analizirali cjelokupnu medicinsku dokumentaciju koja se odnosi na liječenje i boravak tužitelja u KBC Split, u razdoblju od 14.01.2010. do 02. 04. 2010. Vještaci su, nakon izrade nalaza i mišljenja, u sva tri slučaja, opširno odgovorili na prigovore stranaka i na sva pitanja koja su stranke dodatno postavile. Vještaci su, prilikom vještačenja, uzeli u obzir i iskaze svjedoka, liječnika koji su sudjelovali u operacijama izvedenim na tužitelju i uopće u liječenju tužitelja u KBC Split u razdoblju od 14.01.2010. do 02.04.2010.

36. Prema nalazu dr. Đordana Bačića s Medicinskog fakulteta u Rijeci postoji uzročni posljedična veza između operacijskog liječenja tužitelja koju su izvršili liječnici Odjela za urologiju tuženika i štete koju je tužitelj pretrpio, ali tijekom bolesti odnosno šteta koja je nastala za tužiteljevo zdravlje posljedica je teške komplikacije i nije prouzročena medicinskom pogreškom liječnika Odjela za urologiju.

37. Prema nalazu vještaka dr. Žarka Rašića i dr. Vedrane Petrovečki s Medicinskog fakulteta u Zagrebu postoji uzročno posljedična veza između operacijskog liječenja desnostrane ingvinalne kile tužitelja koju su izvršili liječnici Odjela za urologiju tuženika i štete koju je tužitelj pretrpio u vidu oštećenja zdravlja, a do oštećenja zdravlja tužitelja došlo je zbog liječničke pogreške.

38. Prema nalazu vještaka dr. Gorana Konđže i dr. Dunje Degmečić s Medicinskog fakulteta u Osijeku postoji uzročno posljedična veza između operacijskog liječenja desnostrane ingvinalne kile tužitelja koju su izvršili liječnici tuženikova Odjela za urologiju i štete koju je tužitelj pretrpio u vidu oštećenja zdravlja, ali prilikom liječenja tužitelja nije počinjena liječnička pogreška već se radi o posljedicama komplikacija ingvinalne hernioplastike.

39. Od tri vještačenja, odnosno tri izrađena nalaza i mišljenja, dva nalaza, onaj Medicinskog fakulteta u Rijeci i Medicinskog fakulteta u Osijeku, nalaze da prilikom liječenja tužitelja na Odjelu za urologiju tuženika nije počinjena liječnička pogreška niti je do štete došlo zbog nepažnje liječnika već je šteta nastala tužitelju posljedica teških komplikacija ingvinalne hernioplastike, nastalih i pored pažnje koju su liječnici imali prilikom obavljanja operacija i liječenja tužitelja. Treći nalaz, onaj vještaka s Medicinskog fakulteta u Zagrebu nalazi suprotno, da je upravo zbog liječničke pogreške liječnika na Odjelu urologije tuženika došlo do oštećenja tužiteljeva zdravlja.

40. Budući da su u postupku vještačila tri Medicinska fakulteta, odnosno vještaci-liječnici i profesori tih fakulteta, koji su odabrani za vještačenje, sud je imao nalaze i mišljenja tri jednakopravna vještaka, od kojih su dva utvrdila kako nije bilo pogreške u liječenju tužitelja, a jedan da je bilo pogreške. Sudu je preostalo prihvatiti nalaz i mišljenje dva podudarna vještva i smatrati utvrđenim da do oštećenja tužiteljeva zdravlja nije došlo zbog pogreške liječnika tuženika ili zbog njihove nepažnje u radu. Prema tim nalazima pogreške ili nepažnje liječnika na Odjelu za urologiju tuženika nije bilo.

41. Budući da liječnici tuženika, kako proizlazi iz dva podudarna nalaza i mišljenja vještaka (Medicinski fakultet u Rijeci i Medicinski fakultet Josip Juraj

Strossmayer u Osijeku), nisu učinili pogrešku ili postupali s nepažnjom, nema odgovornosti tuženika za štetu koju je pretrpio tužitelj. Naime, nisu se ispunile pretpostavke iz čl. 1045. Zakona o obveznim odnosima (Narodne Novine br. 35/05,41/08) za odgovornost tuženika za štetu koju je pretrpio tužitelj.

42. Radi navedenoga valjalo je odbiti tužbeni zahtjev kao neosnovan.

43. Sud je odbio ostale dokazne prijedloge tužitelja smatrajući ih nepotrebnim i suvišnim. U postupku su provedena čak tri vještačenja po Medicinskim fakultetima, vještaci su dali opširne nalaze, zatim se očitovali i pisano i usmeno na ročištima o prigovorima stranaka i odgovorili na njihova pitanja, uzimajući u obzir i iskaze preslušanih svjedoka, pa bi izvođenje svakog daljnjeg dokaza bilo samo povećanje troškova postupka.

44. Odluka o trošku je izostala jer tuženik nije zatražio trošak postupka.

U Splitu, 15. svibnja 2026. god.

SUDAC

ANTO BOŽINOVIĆ

NAPUTAK O PRAVNOM LIJEKU: Protiv ove presude dopuštena je žalba u roku od 15 dana od dana primitka pisanog opravka istog. Žalba se podnosi na županijski sud, putem ovog suda u tri primjerka.

DNA:

-opun. tužitelja

-tuženiku

-u spis

Broj zapisa: **9-30888-13baf**

Kontrolni broj: **0bc91-9991b-b7f89**

Ovaj dokument je u digitalnom obliku elektronički potpisan.

Vjerodostojnost dokumenta možete provjeriti na sljedećoj web adresi:

<https://e-komunikacija.pravosudje.hr/provjera-vjerodostojnosti>



unosom gore navedenog broja zapisa i kontrolnog broja dokumenta.

Provjeru možete napraviti i skeniranjem QR koda. Sustav će u oba slučaja prikazati izvornik ovog dokumenta.

Ukoliko je ovaj dokument identičan prikazanom izvorniku u digitalnom obliku, **Općinski sud u Splitu** potvrđuje vjerodostojnost dokumenta.