

ПРОТОКОЛ

№ 96

гр. Сливен, 07.03.2024 г.

ОКРЪЖЕН СЪД – СЛИВЕН в публично заседание на седми март през две хиляди двадесет и четвърта година в следния състав:

Председател: Галина Хр. Нейчева

Съдебни Веселка В. Каварджикова
заседатели: Р. Ст. Бармукова

при участието на секретаря ЕЛЕНА Г. Х.А
и прокурора Д. Ив. С.

Сложи за разглеждане докладваното от Галина Хр. Нейчева Наказателно дело от общ характер № 20232200200489 по описа за 2023 година.

На именното повикване в 11:20 часа се явиха:

Съдът открива съдебното заседание в 11:20 часа, поради закъснение на вещите лица.

На поименното повикване в 11:20 часа, се явиха:

За Окръжна прокуратура Сливен, редовно призована, се явява Зам.окръжният прокурор г-жа С..

Подсъдимият П. Й. П., редовно призован, се явява лично и с адв. И. Б. от АК Сливен, редовно упълномощена от по-рано.

Подсъдимият К. Д. Д., редовно призован, се явява лично и с адв. Н. К. от АК Сливен, редовно упълномощен от по-рано.

Частните обвинители С. Д. П. и В. Д. А., редовно призовани не се явяват. За тях се явява адв. Т. Р. от АК София, преупълномощен от адв. Д. М..

Вещото лице Г. Н. Г., редовно призован, се явява лично.

Вещото лице Х. Д. Е., редовно призован, се явява лично.

Вещото лице Д. Х. М., редовно призован, се явява лично.

Вещото лице М. И. С., редовно призована, се явява лично.

Съдът докладва, че на 13.02.2023г. по делото са получени препис от

Решение № 168/08.04.2022г. по АНД № 1436/2021г. на РС Сливен и препис от
Решение № 166/08.04.2022г. по АНД № 1490/2021г. на РС Сливен.

СЪДЪТ ПРЕДОСТАВИ възможност на страните да изразят становища по даване ход на делото.

ПРОКУРОРЪТ: Да се даде ход на делото.

АДВ. Р.: Да се даде ход на делото.

АДВ. Б.: Да се даде ход на делото.

АДВ. К.: Да се даде ход на делото.

ПОДС. П.: Да се даде ход на делото.

ПОДС. Д.: Да се даде ход на делото.

С оглед изразените от страните становища, съдът намира, че няма процесуални пречки за даване ход на делото, поради което

О П Р Е Д Е Л И:

ДАВА ХОД на делото.

Производството се намира във фазата на СЪДЕБНОТО СЛЕДСТВИЕ.

Съдът ПРИСТЪПИ към снемане самоличността на явилите се вещи лица.

Проф. д-р М. И. С. – 57г., българка, българска гражданка, с висше образование, работи, неосъждана, без родство със страните по делото.

Д-р Г. Н. Г. – 59г., българин, български гражданин, с висше образование, работи, неосъждан, без родство със страните по делото.

Д-р Х. Д. Е. – 64г., българин, български гражданин, с висше образование, работи, неосъждан, без родство със страните по делото.

Д-р Д. Х. М. – 53г., българин, български гражданин, с висше образование, работи, неосъждан, без родство със страните по делото.

Съдът ПРЕДУПРЕДИ вещите лица за наказателната отговорност по чл.291 от НК.

Съдът ПРИСТЪПИ към разпит на явилите се вещи лица.

В.л. Проф. д-р М. И. С., ПРЕДУПРЕДЕНА за наказателната отговорност, ОБЕЩАВА да даде заключение по знание и съвест.

В.л. д-р Г. Н. Г., ПРЕДУПРЕДЕН за наказателната отговорност, ОБЕЩАВА да даде заключение по знание и съвест.

В.л. д-р Х. Д. Е., ПРЕДУПРЕДЕН за наказателната отговорност, ОБЕЩАВА да даде заключение по знание и съвест.

В.л. д-р Д. Х. М., ПРЕДУПРЕДЕН за наказателната отговорност, ОБЕЩАВА да даде заключение по знание и съвест.

На основание чл.282 ал.1 от НПК, съдът

О П Р Е Д Е Л И:

ПРОЧЕТЕ заключението на изготвената от вещите лица проф. д-р М. С., д-р Г. Г., д-р Х. Е. и д-р Д. М. съдебно-медицинска експертиза по писмени данни № 221/22 - листи 223-231, том 1, папка 2 от досъдебното производство.

В.л. д-р Е. РАЗПИТАН КАЗА: От името на вещите лица заявявам, че поддържа заключението, съгласувани са текста и отговорите на въпросите. Има някои технически грешки в текста, които трябва да се коригират и в имената, и в един от термините, но това не е от решаващо значение. Ще отговаряме на зададените въпроси. Моля да ни се даде възможност след всеки въпрос да се съвещаваме и да определяме кой ще отговори.

ПРОКУРОРЪТ: Преди изслушване на експертизата, имам въпрос към проф. д-р С., която е депозирала молба по делото на 07.12.2023г., бихте ли пояснили в какъв смисъл е тя?

Проф. д-р С.: Молбата е в смисъл, че аз съм педиатър и нямам компетентност да обсъждам действия на хирурзи, нито индикациите за оперативно лечение. Участвала съм в изготвянето на заключението по въпросите от моята компетентност, тъй като детето е лежало в детско отделение. Вземала съм отношение само по компетентността на действията на педиатрите.

ПРОКУРОРЪТ: Поддържате ли заключението в тази част, в която е посочено, че действията на лекарите от педиатрично отделение са правилни?

Проф. д-р С.: Да, в педиатричната част считам, че колегите са имали насоченост за хирургично заболяване и са направили необходимото да търсят консултации докдето стига тяхната компетентност.

ПРОКУРОРЪТ: Нямам други въпроси към проф. д-р С..

АДВ. Р.: Нямам въпроси към проф. д-р С..

ВЪПРОС на адв. Б. към проф. д-р С.: Чели ли сте историята на заболяването /ИЗ/.

ОТГОВОР на проф. д-р С.: Чела съм историята на заболяването.

ВЪПРОС на адв. Б. към проф. д-р С.: Можете ли да цитирате по памет тези данни от ИЗ, които Ви карат в момента да кажете, че педиатрите са имали мнение, че в случая се касае за хирургично заболяване?

ОТГОВОР на проф. д-р С.: Аз не казах точно това. Казах, че педиатрите са имали насоченост, че може и да се касае за хирургично заболяване. Бих искала като педиатър да дам едно разяснение. По принцип в медицинската практика, в реалната медицинска практика, когато се касае за дете, много често се получава така, че дете, което е с неясно състояние, консултирано с поредица от специалисти, в крайна сметка се приема в детско отделение, дори да не се касае за чисто консервативно лечение. Защото това дете трябва все някъде да бъде прието. Това го казвам като лекар от реалната практика. Колегите са приели детето, говоря по спомен, след консултация, проведена с хирург д-р Р., от който имаше амбулаторен лист, в който е посочил, че няма данни за остър хирургичен корем /ОХК/. Т.е. детето е било първоначално хоспитализирано в детско отделение след консултация с хирург. Оттам нататък, пак по спомен, мисля че са правени две или три консултации с хирурзи, защото е останала все пак съмнителната възможност да се касае за хирургично заболяване. Т.е. това е била една от диференциално диагностичните възможности. Имам предвид, че хирургичното заболяване е било една от диференциално диагностичните възможности. Също са търсили акушер-гинеколог, за да изключат такава причина. Мислели са широко, защото детето се е влошавало, доколкото успях да видя в хода на болестта от медицинската документация. Дотолкова съм компетентна.

ВЪПРОС на адв. Б. към проф. д-р С.: Можете ли да си спомните след като сте чели история на заболяването, колко диагнози нехирургични са

обсъждали колегите от детско отделение?

ОТГОВОР на проф. д-р С.: Не мога да си спомня колко нехирургични диагнози са обсъждали колегите в детско отделение.

ВЪПРОС на адв. Б. към проф. д-р С.: Знаете ли дали в сливенската областна болница има детско хирургично отделение?

ОТГОВОР на проф. д-р С.: Доколкото знам в сливенската областна болница няма детско хирургично отделение. Не знам в Сливен в някои от болниците да има детско хирургично отделение. В МБАЛ „Св. Г.“ – Пловдив, в която работя, това дете също не би било консултирано с детски хирург, защото деца над 12 г. се консултират и постъпват в обща хирургия. Такова е правилото. Това правило е отразено във Вътрешния ред на лечебното заведение.

ВЪПРОС на адв. Б. към проф. д-р С.: Съгласно Стандарта по педиатрия, в състояние ли са педиатрите да назначат скенер, ако диагностиката на конкретното дете задължава това?

ОТГОВОР на проф. д-р С.: Да, педиатрите биха могли да назначат скенер, в случай че диагностиката изисква това.

ВЪПРОС на адв. Б. към проф. д-р С.: Защо след тридневен пролежаване в детско отделение това не се е случило в случая със З., Вашето мнение?

ОТГОВОР на проф. д-р С.: Това ми е трудно да кажа, защо на З. не е назначен скенер след тридневен престой в детско отделение. Обичайно това се назначава след обсъждане, след дискусия между колеги, след конкретни индикации. Би могло и дежурният или лекуващият лекар в детско отделение без консултация с останалите лекари да назначи скенер.

АДВ. Б.: Нямам други въпроси.

АДВ. К.: Нямам въпроси към това вещо лице.

ПОДСЪДИМИТЕ: Нямаме въпроси към това вещо лице.

ВЪПРОС на ПРОКУРОРА към проф. д-р С.: Поддържате ли заключението в тази част, в която е посочено, че действията на лекарите от педиатрично отделение са правилни?

ОТГОВОР на проф. д-р С.: Правилни не мога да кажа, с оглед на изхода, защото все пак е останало недиагностицирано хирургично страдание.

Наистина би могло, ако беше направен скенер, да се установи, че има данни за апендицит, още повече за перитонит. За останалата част на действията им не смятам, че е имало нещо погрешно. Остава спорен въпроса да се направи скенер и да се повика хирург или да се повика хирург и да се направи скенер. Това винаги и в общата практика го обсъждаме, тъй като често дори хирургът желае да присъства на образното изследване, за да види някои детайли в образното изследване.

ВЪПРОС на ПРОКУРОРА към проф. С.: И след като хирурга не е преценил необходимостта от назначаване на скенер и не е направил ехография?

ОТГОВОР на проф. д-р С.: Направени са две ехографии.

ВЪПРОС на ПРОКУРОРА към проф. С.: Може ли педиатърът да назначи такова изследване след като е направил преди това консултация с хирурга и той не е преценил необходимост?

ОТГОВОР на проф. д-р С.: И за двете образни изследвания педиатърът е могъл да ги назначи, ако има силно съмнение в тази насока, въпреки консултацията с хирург. Нищо не го ограничава.

АДВ. Б.: Имам въпрос към проф. д-р С.. Колко процента скенера е по-прецизно изследване от ехографа?

ОТГОВОР на проф. д-р С.: Мога да кажа колко процента скенера би могъл да диагностицира апендицит и това е 96 процента. Ехографът има много по-ниска диагностична стойност, особено за черва. Би могъл по-скоро да види свободно подвижна течност, раздути чревни бримки, липса на перисталтика, т.е. ехографът може да открие малко по-късни промени, когато нещата вече се са усложнили.

ВЪПРОС на адв. Б. към проф. д-р С.: Няма такова число много по-прецизно или по-малко прецизно. Кажете ми, както казахте 96 процента за скенера, колко процента ехографът е точен? По принцип питам. Скенерът не се използва само в хирургията, както и ехографът не се използва само в хирургията. Ще Ви задам въпроса по друг начин: Когато при Вас дойде едно дете и Вие прочетете образно изследване от ехограф, и имате някакви колебания, в колко процента от случаите ще назначите и скенер след ехографа?

ОТГОВОР на проф. д-р С.: Почти във всички случаи ще назнача изследване и със скенер. Ехографът е скринингово изследване. Той няма висока диагностична стойност. Тук не може да се цитира по принцип процент, защото диагностичната стойност е различна за различните органи.

ВЪПРОС на адв. Б. към проф. д-р С.: Все пак, когато говорим за апендицит и то перфорирал, ехографът не е ли достатъчно годно средство да го разпознае?

ОТГОВОР на проф. д-р С.: Да, аз казах кои симптоми би могъл да види и кога. Когато вече е настъпила перфорацията, ехографът е годно средство, вижда свободно подвижна течност, раздути чревни бримки, липса на перисталтика.

ВЪПРОС на адв. Б. към проф. д-р С.: Колко е давността от перфорация на апендицит до леталния изход за пациента, по принцип, и в конкретния случай, ако може да кажете?

ОТГОВОР на проф. д-р С.: Не съм попадала на такива данни. Това е от компетентността на хирурга.

ВЪПРОС на адв. Б. към проф. д-р С.: Може ли да бъде часове?

ОТГОВОР на проф. д-р С.: Може да бъде часове, може да бъде и дни. Всичко може да бъде. Без да съм хирург, аз определено мисля, че затлъстяването при детето, липсата на постоянен тежък болев синдром, болката флукутира и се променя с времето, детето има диария, детето има и температура, и повръщане, т.е. възможно е това да е една чревна инфекция – това са подвеждащи симптоми. Това са за мен подвеждащите симптоми, които са довели до непоставяне на диагнозата приживе. Степента на затлъстяване се определя чисто механично. Затлъстяването затруднява най – вече физикалното изследване и ехографското също. При затлъстяване ехографията е трудна. Другото изследване освен ехографа в такива случаи е скенер.

ВЪПРОС на адв. Б. към проф. С.: Затлъстяването до каква степен е в конкретния случай?

ОТГОВОР на проф. д-р С.: Детето беше по спомен около 115 кг. Това е четвърта степен на затлъстяване, пета степен няма. Това в случая е над 150 % от нормалното тегло.

ВЪПРОС на ПРОКУРОРА към проф. д-р С.: Това ли го определя като 4-та степен?

ОТГОВОР на проф. д-р С.: Да, това определя затлъстяването като 4-та степен.

ВЪПРОС на адв. Б. към проф. д-р С.: При пролежаване на детето в детско отделение имате ли спомен да е било лекувано с аналгетици?

ОТГОВОР на проф. д-р С.: Нямам точен спомен дали детето е лекувано с аналгетик по време на пролежаването му в детско отделение. Препаратът Алмирал е аналгетик.

ВЪПРОС на адв. Б. към проф. д-р С.: Ако детето е било третирано с аналгетици при престоя си в детско отделение, това повлиява ли после при хирургичния преглед, с оглед потискане на болковия синдром?

ОТГОВОР на проф. д-р С.: Да, лечението с аналгетици повлиява при хирургичния преглед, потиска болковия синдром.

ВЪПРОС на адв. Б. към проф. д-р С.: Когато има установено хирургично заболяване, аналгетици дават ли се по принцип на пациенти преди да е ясно какво е заболяването?

ОТГОВОР на проф. д-р С.: По принцип се въздържахме от изписване на аналгетици, за да не маскират картината на заболяването.

ВЪПРОС на адв. Б. към проф. д-р С.: Това дете през цялото време на прегледи от лекари е отричало болковия синдром. Вие като педиатър познавате ли такова поведение у децата да отричат болка, поради страх от интервенция, от лечението. Правят ли го?

ОТГОВОР на проф. д-р С.: Възможно е. Децата не винаги могат да определят дали ги боли. Възможно е и съзнавайки, че ги боли, да отричат това от страх от интервенция, страх от болница, страх от операция.

ВЪПРОС на адв. Б. към проф. д-р С.: Разпитахме като свидетел един от хирурзите в болницата и той каза, че „перфорацията на апендицита е свързана с остра кинжална болка, която не може да се скрие“. Така ли е?

ОТГОВОР на проф. д-р С.: Колегите хирурзи ще кажат, че най-подмолното нещо в човешкия организъм е корема. И тук няма правила. Лично аз съм имала пациент с газова колекция колкото футболна топка, който нямаше коремна болка. Имаше само кървави изхождания и затова направихме

скенер и затова беше опериран. Ако трябваше да се ръководим от правилото, че трябва да го боли, за да бъде опериран, той нямаше да бъде опериран.

АДВ. Б.: Нямам други въпроси.

ВЪПРОС на ПРОКУРОРА към проф. д-р С.: Подвеждащ Ви беше въпроса, защото Вие имате ли спомен детето да е отричало болки в корема?

В.л. д-р Е.: Ако позволите, защото прокурорът е прав. Тук въртим нещата към гласни доказателства, но има писмени, ние сме се позовали повече на писмените доказателства. Четохме показания от досъдебното производство и сме ги цитирали в експертизата.

АДВ. Б.: Почти във всички декурзуси пише: „отрича болка“, „отрича болка“, „отрича болка“.

В.л. д-р Е.: На въпроса на прокурора – в декурзуса от 17.06.2021г. (стр. 4 от експертизата) чета дословно: „Увредено общо състояние. Оплаква се от болки в корема“.

Продължавам - на 18.06.2021г. „Корем – мек, с лека палпаторна болезненост в епигастриума. 10:00 часа: Оплаква се от болки в корема. Корем – мек, с дифузна палпаторна болезненост“.

На 19.06.2021г. пише: „Корем мек, на палпация болезнен“. В 21:00 часа на 19.06.2021г. „изразен болеви синдром“. Нека да бъдем коректни. В документите лекарите, които са наблюдавали детето, са попълнили тези данни и вярвам, че те са попълнили това, което са установили и са го документирали. В този смисъл има заявен болков синдром през цялото време на престоя. Оплакванията от болки са били налични през целия престой от влизането до края, с различна степен на проявление естествено. Тук основателно беше поставен въпроса, проф. С. отговори, но аз ще сложа едно ударение, все пак е провеждана симптоматична терапия, т.е. терапия, която да покрива оплакванията, съответна на оплакванията. Давани са обезболяващи средства, давани са и спазмолитици. Спазмолитиците потискат патологичната активност на гладката мускулатура при колики. Т.е. и двете линии на медикаментозно лечение - и обезболяването, и спазмолитичната линия, води до потискане на субективните оплаквания, но не означава, че ги е нямало и за това се е налагало да се прилага това лечение. Иначе няма смисъл да се прилагат тези лекарства, ако не е имало оплаквания.

ВЪПРОС на адв. Б. към д-р Е.: Има болка и болка. Едно е да Ви ухапе дете или кученце, друго е да Ви отрежат ръката при катастрофа. Описаните болки, така както ги цитирахте, макар че цитирахте избирателно, защото не цитирахте декурзуса от прегледа на П., където пише „Отрича болка“, описаните болки съответстват ли на перитонит, съответстват ли на това състояние на гладката мускулатура, когато тя става като дъска и не можеш да пипнеш корема на пациента или са просто болки? Според Вас няма ли разлика в усещането за болка в единия и в другия случай?

ОТГОВОР на д-р Е.: Болката сама по себе си е субективно изживяване. В зависимост от причината, която я поражда, структурите, които страдат, за да се изпитва болка, личностовата индивидуалност, нервно психичното състояние при пациента, позволяват болката да бъде в широки граници. Не съм цитирал избирателно. Цитирах Ви случаи, когато е описана такава болка. Ако не е описана, не съм ги цитирал. Цитирах, за да докажа, че е имало болка. Провеждано е лечение за овладяване на тези оплаквания, болка и колики, което допълнително потиска чувството на болка. Нека да не абсолютизираме нещата и да ги насочваме в плоскост, различна от реалната. Имаме реален случай, който обсъждаме, а не по принцип и теоретично какво е можело и какво не е можело да се случи и кога да се случи. Случило се е нещо конкретно. Конкретен пациент, с фиксирани конкретни оплаквания и със завършен резултат. В литературата е описано, съществува и тази възможност за острата, много тежка остра болка, острия хирургичен корем, той е един от признаците и затова е остър хирургичен корем, там всичко е остро, внезапно възниква със сериозни оплаквания, но има едно голямо но - е възможно да протече с по-малки, по-слаби, не категорични оплаквания. Проф. С. много добре Ви обясни, че самите оплаквания през деня са били в голяма степен несигурни, неориентирани и това е имало подвеждащо значение за лекарите, когато са търсили диагнозата. Те са я търсили. Никой не го отрича, че лекарите за търсили, назначавани са изследвания, назначавани са консултации, провеждано е симптоматично лечение. Нека обаче да разделим, нещата в случая имат две фази и да обсъдим нещата в този план. Историята започва с остро възпаление на апендикса, което протича във фази и е съвсем основателно, че за това нещо се изисква време. Този процес се развива във времето. Той не е мълниеносен, не е като инфаркта. Това е един процес, който може да продължи, пак в зависимост от редица фактори, може да продължи с

часове, може да продължи и с дни, може и да хронифицира. Втората фаза на конкретния проблем започва с това, че този апендицит е във фаза на гангрена и дистракция, и възпалителният процес пробива към коремната кухина и дава старта на т.нар. перитонит, системен възпалителен процес на коремната кухина. Това също не става мълниеносно. За това също е нужно да минат часове, понякога и дни. Има етапи на развитие на перитонита, описани в учебниците, през които етапи се изменя както морфологията на структурите в коремната кухина под влияние на възпалителния процес, но така също това повлиява общото състояние на пациента с отклонение в показателите – параклиника, температура, болкови оплаквания, общо състояние и т.н., критерии за изследване и поставяне на диагнозата в този период, в който се развиват нещата. И затова съществува изискването за системно проследяване на състоянието на пациента от възникване на първите оплаквания до неговото излекуване или стабилизиране на състоянието, каквото и да значи или пази Боже до неблагоприятен изход, какъвто тук се е случил. Но системното проследяване е ангажимент на лекуващите лекари, а то включва физикалните изследвания, параклинични изследвания в съответната ритмичност и последователност, назначаване на инструментални изследвания, тълкуването на резултата от тях, обсъждането, консултации и т.н. Имаме един завършен резултат, който е неоспорим, и аз затова предлагам да стъпваме върху сигурните неща. Сигурна е диагноза на смъртта, много добре направена, коректна патоанатомична диагноза имаме, а тя е за резултата от, защото водещото основното страдание е апендицит, а възпалението на слепото черво перитонита е усложнение, което може да настъпи може и да не настъпи, може да настъпи в определен мащаб, може и да не настъпи в този мащаб. Но имаме конкретно уточнена картина. Имаме гнойно фебринозен ексудат – това е гнойна възпалителна течност с фибрин. Това е морфологичен признак. Не обсъждам тук клинични признаци и прояви, обсъждам морфологията. Характерно е за втория етап от развитие на перитонит. Нарича се късен етап. Още известен като „разлят перитонит“. Срокът за неговото развитие, т.нар. перфоративни перитонити, при които имаме нарушение на целостта на кух коремен орган – черво, срокът на тази фаза е от порядъка е на 12 до 24 часа от момента на възникване на пробива. Първата фаза на началния перитонит е около 6 часа, пак говорим за перфоративните перитонити. В тези фази този процес работи. Проф. С. обясни какво трябва да видим на ехографа и какво

трябва да видим на скенера. Трябва да видим тази възпалителна течност, която започва да се набира. В здрава периториална кухина без възпалителен процес възпалителната течност не превишава 30 мл, долу-горе колкото се съдържа в перикарда. Вече при възпалителния процес започва продукцията на възпалителна течност, т.нар. ексудат, който нараства като обем, структурата му се променя, съдържанието му се променя и допълнително този възпалителен процес води до пареза на червата, т.е. обичайния процес на перисталтика, на движение на червата, от пареза минава към пълен стоп. Не се движат червата, настанва чревна паралитична непроходимост и се образуват газове в коремната кухина, и отделно водни нива в самите черва, поради застоя. Ето всичко това трябва да се види на ехографа и на скенера. Затова се връщам на това, което казах в началото – системното последяване, което се съобразява с оплакванията и реалното състояние, така се градира необходимостта от поредни изследвания, нараства градацията. Проф. С. Ви каза, имаме скрининг, т.е. тестово изследване, да се ориентираме, то има повече ориентируваща стойност и високо продуктивното изследване скенер с 96 % възможност за диагностика, което има вече доказателствена стойност, да докаже диагноза или да я отхвърли. Така или иначе диагнозата не е ясна до последно. Диагнозата е търсена. В периода на развитие на тези процеси, на този перитонит, винаги има възможност на всеки един етап този перитонит да бъде установен, разпознат и да се вземат мерки за единственото възможно лечение, а то е оперативното лечение. Всеки един от лекарите, който е бил ангажиран с проследяването на това дете и лечението е имал технологичната възможност да назначава тези изследвания. Няма забрана педиатрите да назначават ехограф или скенер, защото е запазена територия за хирурзите. Няма такова нещо. Това е по целесъобразност, по преценка на лекарите и съобразно състоянието на пациента. Ехограф прави и гинекологът. На 17-ти имаме ехограф, правен по назначение от педиатрите. На 19-ти имаме ехограф казахме от гинеколога, който е вписал, че няма данни за някакъв тревожен процес. Но имаме едно рентгеново изследване много по-късно. На 19-ти срещу 20-ти през нощта назначено от д-р П. – дежурния педиатър тогава. Там са се видели изменения, които са алармирали, че в коремната кухина върви възпалителен процес перитонит, т.нар. пневмоперитонеум, това е диагнозата - свободен газ в коремната кухина. Скенерът е можело да бъде назначен и преди това рентгеново изследване. Чисто технологично във времето това е

можело да се случи. И когато обсъждаме такива казуси, пред експертизата винаги стои задължението да отговори на един основен въпрос, не е без значение къде се случват събитията, в коя болница, в кое лечебно заведение. Говорим за ниво на компетентност, а то зависи от наличието на подходящи специалисти, в случая има ли детски хирурзи няма ли, има ли детска хирургия няма ли. Това касае компетентността на лечебното заведение, способността му да диагностицира и лекува определени заболявания. Нивото на компетентност включва способността да се ползват високо или по-ниско технологични, диагностични методи, лабораторията на какво ниво е, могат ли да ползват рентген, имат ли достъп да ползват скенер и т.н. Въпросът пред експертизата, когато обсъждаме първата част за диагнозата, т.е. дали е правилно поставена и своевременно поставена, стои въпроса ползвани ли са всички диагностични възможности на лечебното заведение, за да се стигне до вярна диагноза и то своевременно. Болницата в Сливен е разполагала тогава със скенер и не е имало пречка такова изследване да бъде направено, както са разполагали с ехограф, с рентген, с клинична лаборатория, микробиология, пускана е микробиология на това дете. Можело е да се направи скенер, всеки един от лекарите в детско отделение или консултиращия хирург. Той също, ако прецени, когато е правил консултацията е имал тази възможност, говоря за възможност, а това значи и правото да го направи, и не е имал забраната, имал е тази възможност да го направи. За жалост за това е взето решение в един много, много вече закъснял, не просто късен, а закъснял етап, в закъснял етап се е взело решение да се проведе това изследване със скенер. Да се върнем на морфологията, етапите и часовете и времето на развитие. Ако състоянието на коремната кухина, такова каквото е установено при аутопсията, е такова каквото е било към момента на настъпването на смъртта и не се е променило, т.е. към момента на настъпване на смъртта ние имаме разгънатата картина на втория етап на перитонита и в този случай бихме могли от момента на смъртта, който е фиксиран, да върнем назад 12 до 24 часа и там да търсим времето на възникването на перитонита. Искам да кажа, когато детето е било в разпореждането на тези лекари и педиатри, и хирург и т.н., т.е. ако върнем назад 09:00ч. на 20-ти, в 9ч. сутринта на 19-ти очакваме да е имало вече перитонит, това са 24 часа. Очакваме, не сме сигурни, но се очаква с голяма вероятност да го е имало. Но може и да е на 12 часа, казахме от 12 до 24 часа. Тук пак се занимаваме с гадателство, но все пак е някакъв

ориентир, който е чисто имперично изграден от дългогодишната хирургична практика на колегите хирурзи, които са се сблъскали с лечение на остър хирургичен корем /ОХК/. Тези срокове са описани в учебниците по хирургия за студенти. Те са ги установили хирурзите. Аз съм на по-ниско ниво, ползвам учебника за студенти, ползвам базови знания. В този период от 12 часа ако беше направен скенер трябваше да се види, че този корем става проблем, има възпалителен процес, имало е време да се действа. Това е индикаторът да се започне спешно, ама спешно, мълниеносно оперативно решение на проблема, на фона на антибиотици, реанимация и т.н. Резултатът от рентгена задължава едно спешно поведение, хирургично. Това е, което искам да кажа. Не искам да персонифицирам кой е бил, кой не е бил, кой е трябвало, кой не е трябвало, не е моя работа, но наличието на свободен газ в коремната кухина на фона на предшестващите събития на едно дете, което се оплаква с диспептичен синдром и болки три денонощия (гадене, повръщане, разстройство, висока температура, левкоцитоза), на този фон, при такъв резултат на рентген предполага спешна хирургична намеса, в условията на абсолютна спешност – веднага, свиква се екип, реаниматори, анестезиолози, подготвя се залата и се пристъпва към операция.

ВЪПРОС на ПРОКУРОРА към д-р Е.: В отговор на един от въпросите сте посочили, че има два критични момента, в които е следвало лекарите да действат активно и това е на 19-ти при прегледа от хирурга и на 20-ти, това е на стр.230 от досъдебното производство. Какво сте имали предвид?

ОТГОВОР на д-р Е.: Имали сме предвид, това което сега говорих. Ето този срок на развитие, връщането назад във времето. Може би чисто стилистично сме пресолили малко нещата. Под „критичен момент“ сме имали предвид, че към този момент е имало възможност да се постави диагноза със скенер. Това е първия момент, на 19.06. когато д-р П. като консултант от хирургията е следвало да назначи КАТ на корем и да приведе болната в хирургично отделение. Имал е тази възможност, и би било напълно в реда на нещата и щеше да има позитивен резултат. Това го знам от всичките си знания и опит 40 години зад гърба си като съдебен лекар, аутопсирал съм хиляди хора. Нямаме лошо чувство, те са ни колеги, нямаме нищо лично срещу тях, не искаме да ги уязвим, не искаме да им причиним злина, аз затова казвам да не говорим за тоя и оня, да говорим върху фактите. В конкретния случай до смъртта няма диагноза. Диагнозата я поставя патологът. Те

научават диагнозата след аутопсията. Диагнозата е поставена след аутопсията. Да, имало е шанс да бъде разпозната диагнозата и да бъдат взети съевременни мерки за успешно лечение. Вторият критичен момент, който имаме предвид, е в 02:15 часа на 20.06., когато на д-р Д. е бил съобщен резултата от рентгеновото изследване.

ВЪПРОС на ПРОКУРОРА към д-р Е.: В предходното с.з. изсушахме гинеколога, който е направил ехографско изследване на малък таз преди прегледа от хирурга. Гинекологът д-р Н. заяви, че не е открила там проблем, и не е констатирала излив в дъгласовото пространство, което е част от малкия таз. Ехографията на корем различава ли се от ехографията на малък таз и това дъгласово пространство част ли е от корема?

ОТГОВОР на д-р Е.: Чисто анатомично апендиксът е горе високо вдясно, където е баухиниевата клапа. Не е задължително пробивът веднага да се реализира, с тотален процес. Може да започне бавно, с образуване на инфилтрат. И пак отиваме на теоритизиране. Нека сме конкретни. Не е видяла, не е видяла. Това е. Записала го е, има дата и час на изследването, сложила си е жената подписа, поела си е ангажимента към тази диагноза. Ние не оспорваме находката на д-р Н..

ВЪПРОС на ПРОКУРОРА към д-р Е.: Това би ли могло да послужи като оправдание на хирурга да не назначи ехографско изследване?

ОТГОВОР на д-р Е.: Кой с какво ще се оправдава не е моя компетентност. Не мога да кажа дали това би послужило на хирурга за оправдание. Всичко, което колегите разказват за тая история, тя е тяхната лична история, е след като са научили това, което не са знаели, и това е дало отражение върху цялата интерпретация, която правим. Сигурен съм, че те търсят, продължават да търсят и да се тормозят, и да не спят от тревоги. Те са лекари. Те са полагали хипократова клетва. Те са помагали, те са спасявали. Те много добре знаят в каква гадна ситуация се оказват, и те и ние всички. Но това е пост фактум. Фактите са тук. Факт е аутопсионния протокол, факти са резултатите от образните изследвания, факти са резултатите от параклиничните изследвания. Това са фактите. Всичко останало, разказано, предадено, интерпретирано е тълкувание, но не е самия факт. Затова не искам да се ангажирам да тълкувам тълкувания, не е моя работа, няма да се ангажирам с токова нещо. Д-р Г. е хирурга. Аз съм хирург в друга насока, в

по-машабната хирургия.

ВЪПРОС на адв. Б. към д-р Е.: Д-р Е., ние сме се събрали да преценим поведението на тези двама Ваши колеги преди да настъпи резултата. Ние резултата го знаем, всички го знаем. Защо на 10 и 14 въпрос в заключението няма отговор? 10-ти въпрос: Правилна ли е била оценката на състоянието на З. Д. от специалист хирург, извършил консултативен преглед на 16.06., във връзка с описаната симптоматика и лабораторни изследвания? Говорим за д-р Р..

ОТГОВОР на д-р Е.: Отговорът даде в протокола проф. С.. В заключението има отговор на този въпрос. Те са два въпроса 10 и 11 и отговорът е общ на стр. 228 от досъдебното производство. При обсъждане поведението на д-р Р. е даден изричен отговор на 10-ти въпрос на стр.224 от досъдебното производство.

Д-р Г.: По отношение на амбулаторния лекар, който е прегледал детето преди то да постъпи в детско отделение, детето отива с общи симптоми. Това е големия проблем. Гадене, повръщане, болки в корема, диария. Това са симптоми, които имат поне десет диагнози - остри гастрити, ентерити, ентероколити, какво ли не. Той преглежда пациента, обаче правилното му поведение е, че той насочва пациента в болница. Не казва, че има остър апендицит, защото в момента наистина симптомите може да не са така развити. Там пише в момента. Всички консултации започват с думата „в момента“ няма данни за еди-какво си. Това е моментът, в който един консултант отива да го преглежда. В този момент наистина може да ги няма. Отиваш, консултираш един пациент, който ти го представят и в този момент, в който го преглеждаш, ти трябва да вземеш някакво решение. Пациентът в този момент може да няма температура, в този момент може да няма болка, но трябва да прецениш в развитието на цялата тази работа какво се случва. Острият апендицит, като диагноза, е много сложна работа. Колкото и просто да изглежда на обществото толкова е и сложно. Защото това е най-подвижният орган, който може да се намира на най-невероятни места. Едното примерно от тях е да бъде насочен към малкия таз, другото - може да е зад самото черво, но диагнозата на тези нетипични места, на които се разполага апендиксът и неговото възпаление води до други симптоми, които много често забавят диагнозата. Пациентът идва с разстройство, диария, гадене,

повръщане, има болки в корема, но те не са типични, затова първо попада при педиатрите, даже може да попадне и при инфекционист. По принцип острият апендицит винаги започва с болка по целия корем и след това се локализира вдясно. Обаче тук симптомите, които има това момиче са съвсем различни. При него не започва точно така, а по друг начин. Такова дете не трябва да остава извън болницата и то е хоспитализирано. Това е било първото нещо, което е трябвало да бъде направено и то е направено, постъпило в детско отделение, където да започне неговата по-нататъшна диагностика. Тук чух две неща, които са абсолютно неверни. Първо перфорацията на острия апендицит никога не е свързана с остра болка, това не е вярно. Това да не е спукана язва, че да има кинжална болка, няма такова нещо. Той като е разположен зад червото или някъде другаде, перитонитът ще увеличи болезнеността. Перитонит ще развие още когато апендицитът е гангренозен, а не перфорирал, затова всичко остава подмолно. Остра кинжална болка за детето няма отразена в документите. Второто нещо, по отношение на този скенер, много е важно кога ще се направи този скенер. Ако скенерът е бил направен още при постъпване на детето, в самото начало, нямало е да има нищо друго освен да видят леко раздуване на черва, което е естествено при една диария, но тогава не може да бъде поставена диагноза апендицит, абсурд. Ако скенерът е направен в развитието вече на един перитонит, тогава има такива симптоми – липса на перисталтика, свободна течност да се види, инфилтрат да се види, но това е вече на много по-късен етап от развитието на заболяването. При цялото лечение никой не е мислил за съжаление за апендицит. Всички са се концентрирали върху други диагнози, но не и върху диагнозата остър апендицит. Това всичко е излязло наяве постфактум, при аутопсията. Тогава е станало ясно, че детето има остър апендицит. Големият проблем е конкретно, когато детето все пак не е добре, не е добре, не е добре, почва да се влошава, направената снимка, не толкова кой кога е назначил ехограф или скенер, трябвало ли е, не е ли трябвало, и обикновената рентгенова снимка също върши много добра работа, не е задължително да се прави скенер, но тя е направена късно. Тя диагностично тогава си е изпълнила задачата. Рентгенологът е написал и е казал, че има свободен газ в корема, и това е съобщено на когото трябва. Това е проблемът. Следва какви ще са реакциите на колегите, които се занимават с лечението на това дете. Не мога да Ви гарантирам, че те ако са взели на 100% моментални мерки е можело

примерно да не се стигне до този резултат. Няма гаранция за това. Никой не може да каже дали ще бъде спасено на 200% или на 100%, такова нещо няма. Но те все пак ще са били предприели необходимото. Защото на сутринта, тръгвайки да правят скенер, това дете вече е изпаднало в ендотоксичен шок. То от това умира, то не умира от перитонит. Прави сепсис, натравяне на кръвта. Това води до остро състояние, което довежда до смъртта на детето. Всички други неща, утайки, параклинични, ехографски, те могат да ориентират един специалист какво се случва, но принципно диагнозата остър апендицит се поставя от ръката на хирурга, от неговия ум, възможности, компетентност, продължителност на работа и дали той мисли за това нещо. Те са ориентировъчни, те не са нещо, което поставя 100% диагноза. Острият апендицит и перитонитът са въпрос на физикален преглед, усет, не е нужно друго да се прави. Другият момент, който е, защото то ту има температури, ту няма, всички тези симптоми може да бъдат израз и на други диагнози, не само на диагнозата остър апендицит. Затова всичко това в един момент се замотава до такава степен, че чак на рентгеновата снимка става ясно за какво става въпрос. Това е.

ВЪПРОС на ПРОКУРОРА към д-р Г.: Поддържате ли отговора на въпроса: „При консултацията при хирурга на 19-ти в 15:00ч. имало ли е данни за активно хирургично поведение?“

ОТГОВОР на д-р Г.: По принцип, съпоставяйки всички тези симптоми, които ги има, то трябва да е имало ясни клинични, т.е. при прегледа симптоми като перитонит, данни за перитониално дразнене, липса на перисталтика, когато го слушате със слушалка. Тези неща могат да накарат хирурга да предприеме някакви хирургични действия. Но в този момент няма такива убедителни данни. Това е едното. Другото е, че снимката е правена вече вечерта, а тук Вие говорите за следобедните часове.

Имало е достатъчно данни за това, болната да бъде преместена в хирургично отделение отколкото да остане в педиатрията. Това е така, както сме го посочили в заключението. Ако тогава е бил назначен КАТ и е направен, тогава ще се видят доста симптоми, които ще ги насочат към по-други действия. Тогава вече да, а не в началото. Компютърната томография не в началото, а тогава. Тогава ще се видят раздути чревни бримки, мъртви черва, няма движение. Единственият проблем при физикалния преглед е, че

детето е с наднормено тегло. Много трудно за обследване. Другият проблем е, че детето не говори български и дава подвеждаща информация. Трудно може да се ориентирате в тази ситуация. Това, че детето е било с наднормено тегло и физикалният преглед е бил затруднен, е налагало още повече необходимостта от назначаване на КАТ. Въпросът е дали те през цялото време са мислили, че това дете има хирургичен проблем, защото то никъде не е отразено. Казва се на всички консултации, че в момента няма данни за хирургично заболяване. Ние не сме присъствали там, не сме го преглеждали, не знаем как е било. Теоретично и практически да, така е, трябвало е това да се направи, ама ние не сме били там, когато детето е било прегледано и в какво точно състояние. Защото тука много на теория го правим. Детето е можело да има тези симптоми и от други диагнози, а не само от апендицит, и това е проблема. КАТ не се назначава само при хирургично заболяване и скенер също не се назначава само при хирургично заболяване, и рентгеновата снимка също, но при нас хирурзите е нормално да се назначи една обзорна графия на корем, когато има нещо съмнително. При един ентероколит пак ще имате раздути черва, пак ще имате газове много в тях. Всичко това нещо трябва да се сглоби в един пъзел.

ВЪПРОС на ПРОКУРОРА към д-р Г.: Тази течност ли е важна и решаваща за поставяне на диагнозата, излива в коремната кухина?

ОТГОВОР на д-р Г.: Когато има развитие на перитонит наистина има излив в коремната кухина.

ВЪПРОС на ПРОКУРОРА към д-р Г.: След като не в 3ч., а в 2ч. при ехография на малък таз няма излив, значи ли, че не е отразено?

ОТГОВОР на д-р Г.: Не е отразено. Възможно е и да не се е образувал тогава, въпреки че за да са я консултирали с гинеколог, най-вероятно нещата тръгват от долу на горе към коремната кухина. Апендиксът също е вдясно, но ако е бил разположен долу, тръгва с диария, той ще тръгне и с болки ниско долу в корема, които ще накарат, въпреки че тя е на 13г. неоформена жена, но пак ще насочи към гинекологична история. Затова колегите са я консултирали.

ВЪПРОС на ПРОКУРОРА към д-р Г.: Ако беше направена ехография на корем в 15:00ч., щеше ли да се види този излив?

ОТГОВОР на д-р Г.: Не е задължително в 15:00 ч. да го имало този

излив и ако се направи графия да се види такъв.

ВЪПРОС на ПРОКУРОРА към д-р Г.: А поставя ли липсата на този излив в коремната кухина развитието на перитонита в друга фаза, не във втора, както казвате към 15ч.?

ОТГОВОР на д-р Г.: При децата по принцип развитието на един перитонит протича много по-бързо отколкото при възрастните. Той протича за часове, може и за дни, но при тях ние сме изключително осторожни, когато се касае за такова нещо, да съдействаме по-бързо. Те бързо се влошават, бързо се и оправят, ама много бързо се влошават и това е голям проблем при децата. То след 15:00 ч. има много време, има горе-долу 17-18 часа до другия ден, детето почива чак на скенера.

ПРОКУРОРЪТ: Нямам въпроси.

АДВ. Р.: Нямам въпроси.

ВЪПРОС на адв. Б. към д-р Г.: Казахте че при децата всичко протича по-бързо, д-р Е. каза, че развитието на перитонита трае от 12ч. до 24ч. и ако при децата протича по-бързо, в конкретния случай със З. можем ли да направим извода, че е по-вероятно перитонитът да е с давност 12ч., а не 24ч.?

ОТГОВОР на д-р Г.: Възможно е. Всички перитонити, колегите прекрасно знаят, ние ги определяме до 6-ия час, до 12-ия час, до 24-ия час. До 6-ия час успеваемостта е една, до 12 ч. е друга, а след 24ч. става съвсем различна.

ВЪПРОС на адв. Б. към д-р Г.: Кое Ви дава основание, в заключението е написано няколко пъти, че по-разумната алтернатива е била З. да бъде преведена в хирургично отделение, а не да продължи да пролежава в детско отделение. Но Ви моля, можете ли да изключите находката от аутопсията?

Д-р Г.: Да.

ВЪПРОС на адв. Б. към д-р Г.: Кажете ми, когато д-р П. преглежда в 14:00 ч. на 19-ти З., кои са обективните данни, които биха могли да потвърдят извода, че е по-разумно да отиде в хирургично отделение?

ОТГОВОР на д-р Г.: Зависи какво е било състоянието при прегледа на момичето. Превеждането на такъв пациент от педиатрично отделение в хирургично ще спомогне за много по-активното наблюдение на този пациент в хирургичния проблем, ако имаме мисъл за такъв.

ВЪПРОС на адв. Б. към д-р Г.: Д-р Г. Вие сте хирург, били сте и сте Началник на болницата, знаете организацията.

Д-р Г.: Да.

ВЪПРОС на адв. Б. към д-р Г.: Той е дежурен лекар, приема го при себе си, какво повече да направи? Защо решавате?

ОТГОВОР на д-р Г.: Защото ще го наблюдава непрекъснато. Защото следващият консултант ще отиде в следващото дежурство.

ВЪПРОС на адв. Б. към д-р Г.: В детско отделение няма ли да го наблюдават?

ОТГОВОР на д-р Г.: В детско отделение ще го наблюдават, но педиатрите не могат да имат такава насоченост към острия корем в сравнение с хирурзите, това е абсурд.

ВЪПРОС на адв. Б. към д-р Г.: Имате ли спомен, като сте гледали документите, колко диагнози са обсъждали педиатрите?

ОТГОВОР на д-р Г.: Педиатрите са обсъждали много диагнози, но с тези симптоми има поне 5-6 диагнози, които може да бъдат обсъждани, но не налагат операция, а са за лечение. Единствената диагноза, която налага оперативно лечение е перитонит или остър апендицит с развит перитонит или без перитонит, няма значение.

ВЪПРОС на адв. Б. към д-р Г.: Във Вашето заключение е написано, че детето е починало от перитонит, еди – какъв си, а току-що казахте, че то е починало от шок.

ОТГОВОР на д-р Г.: Непосредствената смърт е резултат от развитието на сепсис.

ВЪПРОС на адв. Б. към д-р Г.: Ваш колега реаниматор каза, че е възможен смъртен изход и от сърдечен арест. Възможно ли е?

ОТГОВОР на д-р Г.: Възможно е, но на 15 години? В медицината всичко е възможно.

ВЪПРОС на адв. Б.: Изпадането на детето в кома в момента на пренасянето му от носилката към шейната на скенера е основанието на този лекар да твърди, че това е възможно, като сърдечен арест. Това сътресение на това дебело дете тръснато върху шейната на скенера. Възможно ли е това?

ОТГОВОР на д-р Е.: Не е възможно.

ОТГОВОР на д-р Г.: Не е възможно преместването на детето от носилката до шейната на скенера да доведе до сърдечен арест.

ОТГОВОР на д-р Е.: Ендотоксичен шок, шокът дали ще е травматичен, алергичен и т.н., то е едно сборно понятие, което го казваме по най-простия начин, защото съм патолог, а не клиницист, става въпрос за преразпределение на кръвта, на циркулиращата кръв. Получава се един такъв ефект при шока. Оттам нататък най-чувствителна на липсата на кислород е кръвта, защото кръвта носи кислород за сърдечния мускул, мозъка, бъбреците. Действително всяка смърт, всяко умиране, както щете го наречете, приключва с необратимо спиране на сърдечната дейност. Но тук причината да спре сърцето е шока, интоксичен, от интоксикацията на възпалителния процес в перитониалната кухина. Има и септичен процес, т.е. разпространение на бактериални форми по кръвообръщението, които стигат включително и до сърдечния мускул. Имаме комбинация от интоксикация с пряко бактериално увреждане на фона на това активно преразпределение на циркулиращата кръв за сметка на консуматорите на кислород. Това са сърцето и мозъка. Сърдечен арест е много общо понятие. Да, спира сърцето, спряло е сърцето, иначе сега нямаше да сме в тази зала.

ВЪПРОС на адв. Б. към д-р Г.: Хората, които страдат от остър гангренозен, деструктивен апендицит с перфорация в стената на органа, довел до развитието на перитонит умират ли изведнъж? Те не потъват ли бавно, постепенно, орган след орган да отказват да действат в резултат на сепсис и т.н.?

ОТГОВОР на д-р Г.: При децата може да настъпи точно по този начин както е настъпил при З.. При тях по-бързо настъпват тези промени. При възрастните може и по-бавно. При децата това нещо може да стане много бързо.

ВЪПРОС на адв. Б. към д-р Г.: На въпрос № 2 пише: „Налице ли е съвпадение между клиничната и патоанатомичната диагноза по отношение на заболяването“. Вашият отговор е: налице е пълно несъвпадение между клиничната и патологоанатомичната диагноза. Патоанатомичната диагноза е ясна. Коя е клиничната? Кои диагнози сравнявате?

ОТГОВОР на Проф. д-р С.: Детето е прието с приемна диагноза гадене

и повръщане, но това не е диагноза, това са симптоми. През цялото време то остава без потвърдена клинична диагноза. Така че не може да се каже наистина, че няма съвпадение, а по-скоро ако се сравнява с приемната, но това не е диагноза. Това не е диагноза, но е вписано като диагноза, защото така ни задължава Здравната каса.

ВЪПРОС на адв. Б. към д-р Г.: Коя е клиничната диагноза, за която сте писали, че не съвпада с патологоанатомичната?

ОТГОВОР на д-р Г.: Гадене, повръщане - това не е диагноза, а симптоми.

ВЪПРОС на СЪДА: Какво сте имали предвид в заключението, че клиничната диагноза не съвпада с патологоанатомичната?

ОТГОВОР на д-р Г.: Имали сме предвид, че през цялото време на детето не е поставена тази диагноза, която е установена на аутопсията. Това сме имали предвид при отговора на този въпрос.

ВЪПРОС на адв. Б. към д-р Г.: Когато изготвихте заключението съобразявахте ли се с материалите от Историята на заболяването (ИЗ)?

ОТГОВОР на д-р Г.: Да. Няма от къде другаде да се запознаем.

ВЪПРОС на адв. Б. към д-р Г.: Защо не ги повторихте тези неща, които Ви дават основание да си напишете заключението? Защо Във Вашето заключение правите извода, че д-р П. трябва да повтори изследванията на своите колеги?

ОТГОВОР на д-р Г.: Ако той има съмнение, че нещо не е наред, по принцип е редно да се повторят изследванията. Но ние пак казвам, че не сме присъствали на неговия преглед.

ВЪПРОС на адв. Б. към д-р Г.: Изключете резултата от аутопсията, когато детето отива при д-р П. на 19-ти в 14 ч. с едно ИЗ, имал ли е той в това ИЗ, според Вас хирургът, достатъчно данни да счита, че трябва да дублира ехографското изследване?

ОТГОВОР на д-р Г.: Тези графии, които са направени, не дават никакви промени по органите, които са описани, така че не е задължително. Основното за поставяне на диагнозата остър апендицит е прегледа. Тя се поставя от ръцете на хирурга и от нищо друго, въпрос на опит и на знания.

ОТГОВОР на д-р Е.: Да подкрепя това, което каза д-р Г.. Това е по преценка на хирурга. Ехографско изследване имаме на 17-ти и 19-ти от гинеколога. Когато го преглежда д-р П. и двете изследвания вече са били известни. Той е имал правото да прецени да продължи ли с това изследване или да назначи друго изследване. Тук има един много тънък момент, който не го обсъждаме много. Беше зададен въпроса с повтарянето на изследванията, които вече колегите са назначили и ангажиментът да се повтарят. На 19-ти се появява един резултат на левкоцити 6 000 грама на литър, а преди това са били около 38 000. Проф. д-р С. ще каже такъв резултат може ли да бъде инцидентен и да налага контролно изследване да се види как така изведнъж се сринаха левкоцитите, при условие че има олевяване на 82%. Това изследване е от преди прегледа при д-р П.. И пак отиваме точно там - преценката на лекаря. Лекарят да си прецени, не сме били там, той е бил там, правото е негово той да прецени дали да повтори, дали да назначи.

АДВ. Б.: Вие казвате, че това е тяхно право, а в заключението излиза, че е неотменимо задължение, без което не може, което е доста различно.

ОТГОВОР на д-р Е.: Има Национален рамков договор и един чл.30 в главата „Задължения на изпълнителните на медицинската помощ“. Науката за дълга е деонтологията, част от съдебната медицина, затова Ви го казвам. Там е задължението, най-общо казано, изпълнителят на медицинска помощ да се грижи за пациента, т.е. да му предостави нужното качество, обем и т.н. на медицинската услуга, такава каквато е задължен по договора. Говорим за един договор и юридически подкрепен, и граждански и морален договор между лекаря и пациента, изпълнителят на медицинската помощ и потребителят. Така че, ние не казваме, че бягаме, да, той е изправен пред ангажимента, личният му ангажимент в конкретния случай. Д-р Г. се изправя пред същите ангажименти в случаите, в които той диагностицира и оперира, така е и с колегите. Изправя се пред ангажимента да изпълнява този договор по негово усмотрение на база опит, знание, съвест и т.н., разполагайки с целия инструментариум на лечебното заведение, с който разполага. Затова казах преценката е негова. Той е бил там, той е имал правото да прецени. Както Вие сте поели ангажимента да доведе клиента си до най-добрия благоприятен за него изход в цялата ситуация, така и лекарят има ангажимента да доведе пациента до най-благоприятния резултат. Правото и

задължението тук са еднозначни.

АДВ. Б.: Правото и задължението съдят ще ги оправя. Но тук въпросът е друг какво е трябвало, дали е могъл при дадената конкретна ситуация със З., това е тънкия деликатен момент.

ВЪПРОС на СЪДА: Можел ли е д-р П. да назначи тези изследвания?

ОТГОВОР на д-р Г.: По принцип е можел да назначи необходимите изследвания по негова преценка, не е имал ограничения, но в момента на прегледа консултанта, който извършва консултацията прецени какво да направи.

ВЪПРОС на ПРОКУРОРА: Отговорите на всички въпроси, които сте дали, да разбираме ли, че са в светлината именно на тези правила, въвеждащи отговорност за лекаря?

ОТГОВОР на д-р Г.: Всеки трябва да спазва правилата на добра медицинска практика. Те могат да бъдат извършени всички правила на добра медицинска практика и въпреки всичко пак да има негативен резултат.

ВЪПРОС на адв. Б. към д-р Г.: Във Вашето заключение има обсъдена дейността на 10 души лекари, които са се докосвали до З.. Искам да знам Вашият критерий, по който отделихте тези двамата? Започваме от д-р Р., минаваме през джипито, минаваме през специалиста, отиваме в болницата един педиатър, втори педиатър, трети педиатър, хирург, пак педиатър, пак хирург, анестезиолог.

ОТГОВОР на д-р Г.: Тук не става въпрос за отделяне, тук става въпрос за последователност на срещите на З. с всеки един от тези специалисти.

АДВ. Б.: В резултат на това заключение е писан обвинителния акт и затова те са отделени тези двамата. Искам критерии.

ОТГОВОР на д-р Г.: Този апендицит се е развивал. Тя не е дошла с перитонит отвън. Тя не е била при д-р Р. с дифузен перитонит. Това заболяване е имало степени на развитие и в момента, в който то се развива вече в по-разгърнат вид и когато настъпват перитонитни изменения, тогава вече двамата колеги се срещат с нея. Имам предвид хирурзите, защото диагнозата е хирургична. Може да попитате някой хирург, ако му кажат, че има свободен газ под диафрагмата на една рентгенова снимка, той какво ще прави. Много ми е интересно, какво ще прави.

ВЪПРОС на адв. Б. към д-р Г.: Считате че газа под диафрагмата в дадения случай, за който става дума и който е ясен след рентгенологичното изследване, е достатъчно, за да бъде диагнозата ясна. Бихте ли ми обяснили поведението на трима души лекари, събрани на едно място, д-р П., д-р Г. Д. и д-р И. реаниматора, които назначават КАТ в 8:00 ч. сутринта. Защо имаме КАТ като рентгена решава всичко?

ОТГОВОР на д-р Г.: Тези изследвания КАТ, всичко това, което се иска да се прави, не се прави от хирурзи.

ВЪПРОС на АДВ. Б.: Как не се прави, д-р Г. Д. е поел дежурството на хирург?

ОТГОВОР на д-р Г.: Ако е дежурството на хирург жалко. В тази диагноза водещ е хирургът. Не може да е водещ реаниматорът. Реаниматорът ще е водещ в зависимост от състоянието на пациента. Може да е докарана в състояние, в което да не може да бъде оперирана. И най-вероятно така е станало, затова са тръгнали към скенера. Това пак на място трябва да се обсъжда. Там са били някакъв консилиум, който решава да прави скенер вместо да прави операция.

ВЪПРОС на АДВ. Б.: Според Вас защо?

ОТГОВОР на д-р Г.: Най-вероятно състоянието, което е било в момента продължава да не ги ориентира да правят операция.

ВЪПРОС на СЪДА: За колко време се прави скенер?

ОТГОВОР на д-р Г.: Самото изследване на скенер е 10 минути, но зависи организацията, зависи болницата къде се намира, скенера къде е, къде е детското отделение, то може да отнеме и 2 часа.

ВЪПРОС на СЪДА: Колко време отнема подготовката на залата за операция, хирургичната зала?

ОТГОВОР на д-р Г.: Тя винаги е подготвена. Подготвена е за работа, но анестезиологът трябва да постави детето, да го интубира, на него му трябва време за цялата тази работа. Подготовката за една операция в най-най-най съкратения вид ще е поне до половин час, не може да стане по-бързо. Ако колегите са имали мисъл за перитонит и остър апендицит, то остър апендицит не, тогава не е било възможно да се постави тази диагноза, но перитонит е можело да се постави в това състояние, ако те са били сигурни в тази

диагноза не им трябва никакъв скенер, на тях им трябва операция.

Д-р Е.: Като ще гадаем защо така са решили, аз пък ще задам въпрос на въпроса: Защо пък д-р Д. идва заедно с реаниматор на консултацията. Значи той е очаквал, че ще се наложи нещо такова. Готвели са се вече за операция. Нека да бъдем коректни във времето, времето все пак е точна мярка. В 02:15 ч. същото денонощие тогава става известно за този газ, след 6 – 7 часа настъпва смъртта, със скенер без скенер, абсолютно безпредметно, закъсняло изследване на скенер, назначаване на скенер в терминална фаза.

ВЪПРОС на АДВ. Б.: Искан да чуя едно съображение да се назначи скенер в 7:00ч. и го чух – не са били наясно с клиничната картина. Така ли е?

ОТГОВОР на д-р Г.: Да.

ВЪПРОС на адв. Б.: В заключението сте написали цитирам: „Пряка причина за влошаване на състоянието на пострадалата е поведението на П.“. Това е докторът, който е прегледал на 19-ти в 14:00 часа постр.З. и сте се аргументирали с това, че не я е превел в хирургично отделение и че не е назначил скенер, КАТ. Поддържате ли това заключение?

ОТГОВОР на д-р Е.: Пак да уточним това, което преди това уточнихме. Това което не е направил да кажем д-р П., така или иначе обективно на база на завършения резултат, е довело до забавяне на поставяне на адекватна диагноза, даже те не са се случили адекватни действия по лечението и намесата оперативната, и в този смисъл сме посочили, че когато е имал възможност вече, но не се е възползвал от тази възможност, това е довело до забавяне на поставяне на диагнозата и лечението.

ВЪПРОС на адв. Б.: Вие правите знак на равенство между забавяне на диагностиката и влошаване на състоянието?

ОТГОВОР на д-р Е.: Да, защото процесът си работи през това време докато ще вземем - няма да вземем, ще назначим - няма да назначим, има няма, този процес не чака, той си работи процеса и се влошава темпово състоянието. Той процесът си работи.

ВЪПРОС на адв. Б.: В разпита на д-р Б., шефът на детско отделение от 28.12., когато спомените ѝ са пресни, тя казва, че била дежурна на 19-ти, в 19:30 ч. е напуснала заведението и тя казва: „Не мога да кажа, че през деня е имало влошаване, влошаването е настъпило по-късно“, говоря за 19 ти, как

решихте, че д-р П. като не е назначил КАТ е влошил състоянието на детето? Тези показания на д-р Б. от досъдебното производство не са четени, но тя ги потвърди в разпита си, аз съм я питал със сигурност, ако трябва пак ще я викаме.

ОТГОВОР на д-р Е.: Нищо не е влошил пряко. Той пряко не може да влоши състоянието.

АДВ. Б.: Д-р Б. си е тръгнала на 19-ти в 19,30 ч. с тази констатация, че детето не се влошава, а четем в експертизата, че се е влошило, защото д-р П. спал.

ОТГОВОР на д-р Г.: Детето впоследствие се влошава и умира накрая, но неговата преценка, когато е бил консултант е била такава, че да не предприеме нищо. Ако е бил предприел тези действия, за които ние коментираме – КАТ, изследвания и други неща, е можело да се доведе до диагноза, а пропуска им води до влошаване след време. Можело е да се постави по-точна диагноза и тя е решаваща.

ВЪПРОС на адв. Б. към д-р Г.: Въпросът ми е дали неназначаването на скенера при прегледа в 14:00ч. на 19-ти от д-р П. е влошило състоянието или само е попречило на диагностиката, кое от двете е вярно?

ОТГОВОР на д-р Г.: Не е било нужно даже и скенер да направи. Можело е само една обзорна графия, която още рано-рано е щяла да даде резултат. Тъй като няма такова нещо, продължава детето да се влошава бавно и полека и накрая загива. Това е.

ВЪПРОС на ПРОКУРОРА към д-р Г.: Затова ли обвързвате забавената диагностика със смъртта на детето?

ОТГОВОР на д-р Г.: То е ясно, че тази забавена диагностика е обвързана със смъртта на детето.

ВЪПРОС на адв. Б. към д-р Г.: Ние вече говорихме за това, но аз ще изброя няколко неща, които са налични в ИЗ и искам да отговорите на въпроса: тези обективни обстоятелства затрудняват ли д-р П. при прегледа си да установи заболяване, а именно: отричането на болков синдром от пациента при прегледа, невъзможност да се изразява пълноценно на български език, затлъстяването от 4-та степен, приемът на аналгетици и други обезболяващи, данните от болната, чрез майка ѝ, че болките са ориентирани в зоната на

епигастриума, прием на антибиотици, липсата на ехографски данни за процеси в корема при двукратна ехография, спадащият брой левкоцити при трикратно последяване, работните диагнози на педиатрите, съботният работен ден, свързан с липсата на специалисти по образна диагностика, това затруднява ли?

ОТГОВОР на д-р Г.: За поставяне на диагнозата първите няколко неща го затрудняват. Най-важното, което най-много може да затрудни един хирург, това е, защото чувам тук много за обезболяващи, но не съм чул на някой да му мине зъба ако пие аналгин, ако не отиде на зъболекар, защото ще му мине, ама за малко. Обезболяващото трябва да е направено непосредствено или малко преди Вие да прегледате някой, за да Ви заблуди. Големият проблем не е обезболяващото. Антибиотичното лечение е големият проблем. Там се замъгляват нещата. Иначе доколкото съм запознат с организацията на болницата, както е и при нас, съботният и неделният ден нямат никакво отношение към тази работа. Има дежурен човек по образна диагностика, ще дойде за секунди. Това не може да е довод дали е неделя, дали е понеделник. Картината се замъглява когато се поставят антибиотици, защото те имат друга визия за други заболявания и тогава се замъгляват картините на острия хирургичен корем, и антибиотикът е водещ при поставяне на диагноза. Но това трябва да се има предвид. Когато го преглеждаш такъв пациент ти знаеш, че това нещо е така и трябва да го имаш предвид, и за обезболяващите, и за спазмолитиците, и за антибиотика, всичко това нещо ти го знаеш.

ВЪПРОС на ПРОКУРОРА към д-р Г.: Затова ли според Вас, според експертизата, той е трябвало да назначи ехография на корем и т.н.?

ОТГОВОР на д-р Г.: Всичко е въпрос на преценка на момента. Аз не мога да преценя, не съм участвал на прегледа. Но не са извършени тези образни изследвания.

ВЪПРОС на адв. Б. към д-р Г.: Ако игнорирате данните от аутопсионния протокол, кой е първия момент, според Вас, в който в ИЗ на пострадалата са се натрупали достатъчно лекарски наблюдения, които да потвърждават категорично извода за наличие на остро хирургично заболяване?

ОТГОВОР на д-р Г.: Кой назначава рентгеновата снимка? Назначена е от д-р П., който не е хирург, но той се сеща и той назначава. Идва резултата

от снимката, който показва газ в диафрагмата, това значи, че има перфорация на кух коремен орган. Кога се влиза да се оперират такива пациенти? Аз бих влязъл да оперирам пациента веднага. Това не касае колегата, аз казвам какво трябва да се направи.

ВЪПРОС на адв. Б. към д-р Г.: Според Вас, медицински критерии искам, които разграничават понятията влошаване на състоянието и пряка причина за настъпване на смърт?

ОТГОВОР на д-р Г.: Това са две различни неща.

АДВ. Б.: Нямам други въпроси.

ВЪПРОС на адв. К. към д-р Г.: В заключението сте посочили: „Когато в 14:15 ч. на 20.06. е бил известен резултата от рентгеновото изследване, изследване с КАТ вече е било необратимо закъсняло“. Какво имате предвид?

ОТГОВОР на д-р Г.: Тук вече имаме данни за газ в диафрагмата, които говорят за наличие на перфорация на кух коремен орган, което задължава да се оперира.

ВЪПРОС на адв. К. към д-р Г.: Думата „необратимо“, какво имате предвид, когато говорим за изследвания?

ОТГОВОР на д-р Г.: Необратимо в смисъл, че е безсмислено. От 02:00ч. до 08:00 ч. сутринта състоянието ѝ е коренно различно. Това са часове, а при дете състоянието се влошава за часове и минути.

ВЪПРОС на адв. К. към д-р Г.: Каква е давността на това заболяване с оглед аутопсията?

ОТГОВОР на д-р Г.: То е започнало няколко дни преди това. Газта в коремната кухина, която се вижда първо едната причина е това, а втората причина е развитието на анаероби в коремната кухина, които образуват газове. Този газ също ще се види, че там го има. А тази анаеробна инфекция е изключително тежка и протича много бързо. Тя е точно там, до дебелото черво. Т.е. от перфориран апендикс има анаеробна инфекция, която много бързо влошава общото състояние. Говорим за анаеробен сепсис и оттам до ендотоксимия много тежка – заразяване на кръвта. Има афоризъм от едно време, че хирурзите имат страх пред Бога и пред дебелочревния перитонит, защото е трудно да го лекувате. Наличието на газ в коремната кухина е животозастрашаващо състояние.

ВЪПРОС на адв. К. към д-р Г.: До кой момент е било обратимо състоянието на пациентката?

ОТГОВОР на д-р Г.: Това никой не може да Ви го каже. Даже те да бяха взели мерки да я вкарат в операционна примерно в 03:00ч., резултатът не е ясно дали щеше да е положителен.

Д-р Е.: Дебелочревната инфекция е много тежка инфекция.

ВЪПРОС на адв. Б. към д-р Г.: Знаете ли какво ниво на компетентност има хирургията в Сливен?

ОТГОВОР на д-р Г.: За болницата „Д-р И. Селимински“ знам, че е 3-то ниво на компетентност, за хирургията, което е университетско, няма 4-то ниво. Степента е напълно достатъчна. В МБАЛ Хасково е второ нивото. Всичко, което се прави в „Св. Г.“ Пловдив – най-голямата болница в България, трябва да го прави и сливенската, имам предвид за хирургия.

ВЪПРОС на адв. Б. към д-р Г.: Когато правихте заключението ползвахте ли констатациите на медицинския одит?

ОТГОВОР на д-р Г.: Констатациите на медицинския одит, който е минал преди изготвянето на експертизата, не сме ги ползвали.

ВЪПРОС на адв. Б. към д-р Г.: Имахте ли информация за обществения натиск, който се получи върху болницата, когато стана този случай известен?

ОТГОВОР на д-р Г.: От телевизията знаех за обществения натиск, който е бил оказан на болницата. Случаят го знам от телевизията.

Д-р Е.: На мен случая не ми беше известен от медиите. На мен ми стана известен след като получих постановлението за експертизата.

АДВ. Б.: Нямам въпроси.

АДВ. К.: Също нямам въпроси.

ВЪПРОС на ПРОКУРОРА към д-р М.: Вие ли изследвахте хистологичните материали?

ОТГОВОР на д-р М.: Хистологията е изработвана от колегата, предполагам че в Сливен е правена аутопсията. За експертизата ми бяха предоставени стъкла и блокчета, които аз съм прегледал, установил съм и съм написал какво се вижда на тях.

ВЪПРОС на ПРОКУРОРА към д-р М.: Вашите заключения съобразени

ли бяха при изготвяне на експертизата?

ОТГОВОР на д-р МАККАКОВ: Аз пиша това, което виждам, защото след мен тези неща могат да бъдат видяни от друг човек.

СТРАНИТЕ: Нямаме въпроси към вещите лица. Не се противопоставяме да бъдат освободени.

ВЕЩИТЕ ЛИЦА: Не искаме присъждане на пътни разноски.

Съдът

О П Р Е Д Е Л И:

ПРИЕМА и ПРИЛАГА към доказателствения материал по делото заключението на изготвената от вещите лица проф. д-р М. С., д-р Г. Г., д-р Х. Е. и д-р Д. М. съдебно-медицинската експертиза по писмени данни № 221/22 (листи 209-231, том 1, папка 2 от ДП).

За явяването на вещите лица проф. д-р М. И. С., д-р Г. Н. Г., д-р Х. Д. Е. и д-р Д. Х. М. в днешното съдебно заседание за изслушване на заключението, от бюджетните средства на съда ДА СЕ ИЗПЛАТЯТ по 100 лева възнаграждение и по 20 лева дневни разноски на всеки от тях. /изд.РКО/

Съдът ОСВОБОДИ вещите лица.

Съдът ПРЕДОСТАВИ възможност на страните да изразят становище по по-нататъшния ход на делото.

АДВ. Б.: Молим съда за кратка почивка.

Съдът ПРЕКЪСНА съдебното заседание в 13:50 часа. за 20 - минутна почивка.

Заседанието по делото ПРОДЪЛЖАВА в 14:14 часа.

ПРОКУРОРЪТ: Г-жо Председател, доколкото са изчерпани всички лица, посочени в приложението на обвинителния акт, изслушани са експертизите, аз нямам други доказателствени искания. В случай че и страните нямат искания, ще Ви моля да отложите делото за продължаване на съдебното следствие евентуално с обяснения от подсъдимите и прения за друга дата, за която да можем да се подготвим. Съобразно спецификата на

делото казвам това, за да съобразим изслушаните днес вещи лица.

АДВ. Р.: Считам че делото е изяснено от фактическа и правна страна, но дотолкова доколкото днес изслушахме 4 вещи лица и с оглед информацията, която те дадоха, следва делото да бъде отложено за друга дата. Следва да бъде изготвен и съдебния протокол, с който ние да се запознаем и ако някой иска да се възползва от процедурата по внасяне на корекции. След като колегите си направят исканията ще взема становище спрямо техните искания.

АДВ. Б.: Първо по доказателствата, Уважаема г-жо Председател, моля за следното: Да назначите макар и еднолична допълнителна експертиза от вещо лице или кардиолог или кардиохирург. В делото стана ясно, не казвам, че е доказано, казвам само, че има макар и най-малка вероятност да е вярно, че причината за смъртта на постр. З. Д. да не е тази, която е сочена в обвинителния акт. Въпросът за сърдечния арест трябва да се изключи по категоричен начин, мисля че така ни задължава чл.301 от НПК, поради което Ви моля да назначите допълнителна експертиза от вещо лице или кардиолог или кардиохирург, който да даде заключение, с което да отговори най – малко на следния въпрос: От всички данни по делото, разпит на свидетели, лекари, да отговори: Възможна причина за смъртта на З. Д. ли е сърдечен арест?

Що се отнася до експертизата, която чухме днес, аз се присъединявам напълно и благодаря на колегите за изразената позиция да отложим делото, да се запознаем подробно с разпита на вещите лица, да видим как се напасват нещата с другите доказателства и си запазвам правото да поискам от Вас допълнителна експертиза за всичко, което на мен и моя подзащитен ни се стори неуточнено. Но това ще стане след като се запознаем с протокола. Моля от сега за незаверен препис от протокола.

АДВ. К.: Изцяло се присъединявам към становището на колегата Б.. Подкрепям искането му за експертиза, както и за отлагане на делото по посочените от всички страни причини.

ПОДС. П.: Да се отложи делото, както поиска адвокатата ми. В днешното с.з. няма да давам обяснения.

ПОДС. Д.: Нека да се отложи делото. Обяснения ще дам в следващото с.з.

ПРОКУРОРЪТ: По направеното искане от адв. Б., г-жо Председател, мисля че вещите лица, които изслушахме днес отговориха на въпроса възможно ли е смъртта да е причинена от сърдечен арест, все пак предоставям на Вас преценката дали да назначите исканата експертиза.

АДВ. Б.: Един аргумент имам допълнително. Очевидно беше от разпита на вещите лица, че заключението е изготвено от д-р Е., другите са го подписали. Това беше ясно – той взе инициативата да говори, той го стискаше това заключение. Но д-р Е. е от щастливите лекари. Неговите пациенти нито се оплакват, нито се разболяват, там всичко е ясно. Той не се е срещал с клиничната част на медицината, с лечението, с диагностиката. Затова моля, нека да назначим един кардиолог, да изключи този сърдечен арест.

АДВ. Р.: Моето становище е, че не са налице нито една от хипотезите на чл.153 от НПК. Там много точно и ясно пише кога се назначава допълнителна експертиза. В хода на така проведеното днес с.з. вещите лица, 4 на брой, подписали експертизата, във въпрос № 1 ясно, точно, категорично са заявили каква е причината за смъртта. Днес бяха зададени допълнителни въпроси в тази насока. Те бяха уточнени и отговорено, че с оглед извършената аутопсия няма каквито и да било данни за това причина за смъртта да е сърдечен арест. Считам че чисто процесуално няма законово основание. Експертизата тя е нова, а не допълнителна. Но така или иначе няма такива данни да се мотка наказателното производство още повече. Искането моля да оставите без уважение.

АДВ. Б.: Практиката на ОС Сливен показва, че един от авторите на този аутопсионен протокол е допускал грешки и тъй като безалтернативно се сочи причината за смъртта точно от този автор, мисля че имаме основание да поставим под съмнение констатациите на патоанатома, още повече че цялото заключение се базира единствено, основно и само на обстоятелството каква е находката в аутопсионния протокол. Сега е лесно, когато я има тази находка да се коментира каквото и да било, но пак казвам цялото заключение е изградено върху този факт, че в т.1 на въпросите, които са поставени е посочена причината за смъртта безалтернативно, а трябва да изключим това съмнение. Благодаря колега за поправката, нова да бъде експертизата.

ПРОКУРОРЪТ: Искам да уточня, че това заключение е базирано освен

на писмените данни и на резултатите от хистологичните изследвания.

Съдът се ОТТЕГЛЯ на съвещание.

След съвещание, съдът счете направеното искане за назначаване на съдебно-медицинска експертиза от вещо лице кардиолог или кардиохирург, който да даде отговор на въпроса възможно ли е причината за смъртта на постр. З. С.ова Д. да е причинена от сърдечен арест, за неоснователно. Не са налице условията на чл.144 от НПК за назначаването на такава експертиза. Заключението на изготвената съдебномедицинска съдебно-медицинската експертиза по писмени данни № 221/22, приобщено по делото, съдържа категоричен отговор на въпроса за причината за смъртта на постр. З. С.ова Д..

Съдът счита делото за неизяснено от фактическа страна, поради обстоятелството, че и двамата подсъдими желаят да дадат обяснения, след като се запознаят с протокола от днешното с.з., в което бяха изслушани експертите, изготвили заключението по съдебно-медицинската експертиза по писмени данни № 221/22. Делото следва да бъде отложено за друга дата, с оглед предоставяне на възможност на страните да се запознаят със съдебния протокол от днешното съдебно заседание, съдържащ подробни отговори на разпитаните вещите лица, респ. да изяснят позициите си, които ще поддържат в процеса.

Предвид изложеното, съдът

О П Р Е Д Е Л И:

НЕ ПРИКЛЮЧВА СЪДЕБНОТО СЛЕДСТВИЕ.

ОТЛАГА делото и НАСРОЧВА съдебно заседание за 11.04.2024г. от 10,00 ч., за която дата и час се съобщи и да се считат за редовно призовани Окръжна прокуратура - Сливен, частните обвинители С. Д. П. и В. Д. А. чрез техния повереник адв.Р., подсъдимите П. Й. П. и К. Д. Д., както и техните защитници – адв. Б. и адв. К..

Преписи от протокола след изготвянето му да се предоставят на страните при заявено искане от тяхна страна.

Протоколът се изготви в съдебно заседание.

Заседанието по делото се закри в 14.40 часа.

Председател: _____

Секретар: _____