

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

№ 203

гр. П. , 09.08.2021 г.

АПЕЛАТИВЕН СЪД – ПЛОВДИВ, 2-РИ НАКАЗАТЕЛЕН СЪСТАВ в
закрито заседание на девети август, през две хиляди двадесет и първа година
в следния състав:

Председател: Магдалина Ст. Иванова
Членове: Михаела Хр. Буюклиева
Велина Ем. Антонова

като разгледа докладваното от Магдалина Ст. Иванова Въззивно частно
наказателно дело № 20215000600270 по описа за 2021 година

след като разгледа докладваното от съдия Магдалина Иванова **ВЧНД № 270/2021 г.** по описа
на ПАС, за да се произнесе, взе предвид следното:

Производството е по реда на чл.243, ал.6 и ал.7 НПК.

С определение № 260250/31.03.2021 г., постановено по ЧНД № 80/2021 г. по
описа на Окръжен съд – Стара Загора, е потвърдено Постановление от 05.02.2021 г. на
Окръжна прокуратура – Стара Загора за прекратяване на наказателното производство по ДП
№ **** г. на ОСЛО при ОП – Стара Загора водено срещу неизвестен извършител за
престъпление по чл. 123, ал. 1 НК.

Срещу определението е постъпила частна жалба от М.М. М. (М.) чрез
повереника ѝ адв. П.Т. с оплакване за неговата необоснованост и незаконосъобразност.
Прави се искане обжалваното определение и потвърденото с него постановление на
прокурора да бъдат отменени, като делото бъде върнато за продължаване на разследването.

Пловдивският апелативен съд, след като се запозна с приложените по
делото материали, с изложените в депозираната частна жалба съображения,
както и с обжалваното определение намира за установено следното:

Частната жалба е процесуално допустима, а разгледана по същество –
основателна.

Досъдебното производство по делото е образувано и водено срещу неизвестен извършител за престъпление по чл. 123, ал. 1 НК за това, че на 15.01.2012 г. в гр. С.З., поради незнание или немарливо изпълнение на лекарска професия, е причинил смъртта на П.С.П..

Наказателното производство по делото пет пъти е приключвало с мнение на водещия разследването за прекратяване на наказателното производство на основание чл. 24, ал. 1, т. 1 НПК – тъй като липсват данни за извършено престъпление от общ характер.

С постановления на Окръжна прокуратура – Стара Загора два пъти делото е връщано за продължаване на процесуално - следствените действия с цел изясняване на фактическата обстановка.

С обжалваното постановление № 296/2014 г. от 05.02.2021 г. Окръжна прокуратура – Стара Загора за трети път е прекратила наказателното производство по д.п. № **** г. по описа на ОСЛО при ОП – Стара Загора, водено срещу неизвестен извършител за престъпление по чл.123, ал.1 от НК, на основание чл.243, ал.1, т.1 във връзка с чл. 24, ал.1, т.1 от НПК. При предходните два пъти постановлението на прокурора за прекратяване на наказателното производство е било потвърждавано с определение на Окръжен съд – Стара Загора, което е било отменяно от Апелативен съд – Пловдив и делото е било връщано на прокурора с указания за извършване на процесуално - следствени действия.

С атакуваното в настоящото въззивно производство определение Старозагорският окръжен съд за трети път потвърждава постановлението на прокурора за прекратяване на наказателното производство. За да постанови обжалваното определение, първостепенният съд е приел описаната в постановлението фактическа обстановка. Приел е също, че в хода на проведеното досъдебно производство са осъществени всички необходими процесуално - следствени действия във връзка със събирането и проверката на доказателствата, изяснени са всички факти и обстоятелства, включени в предмета на доказване, поради което е споделил изцяло извода на прокурора, че са налице основания за прекратяване на наказателното производство, тъй като деянието не съставлява престъпление по чл. 123, ал. 1 НК.

Настоящата инстанция не споделя нито изводите на окръжния съд, нито тези на прокурора. Те са изведени основно на база заключенията на изготвените по делото съдебномедицински експертизи (СМЕ), включително и последната повторна такава № 154/19.11.2020 г., изготвена след поредното връщане на делото на прокурора с определение № 27/16.01.2020 г. по ВЧНД № 2/2020 г. по описа на ПАС. Тази експертиза отново не е съобразена с указанията, дадени от предходния въззивен състав, както относно нейния състав, така и относно съдържанието на нейната обстоятелствена и заключителна част. Несъответствията се изразяват в следното:

1. Повторната СМЕ е изготвена от шест вещи лица, въпреки указаното от

апелативния съд определение определение № 27/16.01.2020 г. - „Поредната повторна експертиза следва да бъде възложена на седем други вещи лица със същите специалности като авторите на повторната СМЕ от 2018 г.“. СМЕ № № 154/19.11.2020 г. е изготвена от шест, вместо от седем, вещи лица, сред които липсва специалист в областта на кардиохирургията. Този пропуск, неясно по какви причини, е допуснат още с постановлението от 03.02.2020 г. на ОСлС при ОП – Стара Загора за назначаване на експертизата, в състава на която не е включен кардиохирург, необходимостта от който е била обоснована както в предходното, така и в отменителното определение № 136/07.03.2017 г. по ВЧНД № 76/2017 г. на ПАС. Отделен е въпросът, че в цитираното постановление е посочено, че вещите лица следва да отговорят на поставените въпроси: „за изясняване несъставомерността на поведението на разследваните дежурни и консултиращи лекари, които са участвали в лечебно - диагностичния процес в Спешното приемно отделение (СПО) в МБАЛ „П. “ АД – С.З. ...“ (л. 57, т. 9 от ДП). Буквалният цитат от постановлението на разследващия орган изначално поставя въпросът относно основанията на чл. 53 НПК, които са останали извън вниманието на прокурора и окръжния съд. Той буквално е пренесен и в заключението на повторната СМЕ (л. 59, т. 9 от ДП), което от своя страна е предпоставяло и обсъждането на предпоставките на чл. 148 НПК спрямо изготвилите я вещи лица.

2. Повторната СМЕ за пореден път съдържа в голямата си част формални, уклончиви и декларативни отговори, въпреки дадените от предходния състав на въззивния съд указания за избягване на подобен подход. Не са изпълнени и указанията вещите лица да отговорят и на всички други въпроси, които се отнасят до разглеждания случай, на основание чл. 152, ал. 3 НПК.

Така, по въпрос № 2 - Да се извърши съпоставка на всички материали по делото и на обективните факти – какво е било направено и какво не е било направено, а е трябвало да бъде направено?, отговорът на вещите лица е: „Кардиологичната консултация е непълна – тя е отхвърлила остър коронарен синдром на основата на проведената ЕКГ и нормалните стойности на миокардните ензими (СРК; СК-МВ). В същото време няма изградена диференциална диагноза, свързана с описваната, предимно болкова симптоматика, задуха, прешоковото състояние, позитивните стойности на D-dimer, която може да включва белодробен тромбоемболизъм, а също и дисекация на аортата. Рентгенологичната находка на хиперволемични хилуси, неописваща разширена аорта, също подвежда относно естеството на диагнозата. Трансторакалната ехокардиография би била полезна за диагностична ориентация, но тя е недостатъчно информативна и може да я пропусне. При съмнение за остра аортна дисекация се прави КТ с контраст и/или трансезофагеална ехокардиография.

Тези изследвания обаче, изискват материална обезпеченост и време, каквото не е било налице поради състоянието на пациентката (терминална бъбречна недостатъчност с анурия).“.

От буквално цитирания отговор не става ясно:

- правилно или неправилно не е изградена диференциална диагноза, свързвана с описваната, предимно болкова симптоматика, задуха, прешоковото състояние, позитивните стойности на D-dimer, която може да включва белодробен тромбоемболизъм, а също и дисекция на аортата?

- с каква материална обезпеченост и колко време са били необходими за извършване на посочените от вещите лица изследвания, за да бъде поставена адекватната на състоянието на пострадалата диагноза?

По въпрос № 3 - Да се изяснят детайлите и вътрешните причини за всяко медицинско действие или бездействие, погрешно ли е било или не?, отговорът е: *„Пациентката е с престой в болничното заведение (СПО и Отделение по хемодиализа) от около 6 часа. В СПО болната е престояла 3 часа, в който период са извършени в спешен порядък необходимите прегледи, консултации и изследвания.*

Това време е недостатъчно за ефективна диагностика и успешно лечение на комплицирана пациентка, при която острата аортна дисекция се развива на терена на терминална бъбречна недостатъчност с анурия, на хронично хемодиализно лечение, с тежки метаболитно-обменни и др. нарушения (високостепенна хиперкалиемия – сама по себе си животозастрашаваща и изискваща спешна хемодиализа; тромбозирала AVфистула – непозволяваща въпросната спешна диализа да започне незабавно; екстремно високо и впоследствие ниско артериално налягане – т.е. нестабилна хемодинамика, допълнително затрудняваща извънбъбречното очистване, белодробен застой/оток – изключително труден за консервативно овладяване в условията на анурия; анемичен синдром – макар и нетежък, но допълнително влошаващ прогнозата при необходимост от оперативно лечение с голям обем и сложност; противопоказания за рентгеноконтрастно изследване, преди да е осигурена възможност за последваща незабавна диализа).

Колегите правилно са се ориентирали към приоритетно осигуряване на спешно хемодиализно лечение – за намаляване на обем-зависимата хипертония, белодробния застой и екстремната хиперкалиемия, заплашваща със спиране на сърцето. Всяка друга намеса на този фон би била фатална.

Времето на престой в болничното заведение е недостатъчно за пълно изясняване на основната и придружаващите заболявания на пациентката, но на ниво Спешно отделение това не е нужно, тъй като обект на Спешната медицина е своевременното третиране на най-сериозното и пряко застрашаващо живота усложнение, а те са установени и третирани както следва:

1. Към момента на прегледа в дома това е била хипертоничната криза – високото кръвно налягане (по думите на дъщерята на пациентката е било до и над 240

mmHg, а според листа за преглед от ЦСМП – 170), третирано с антихипертезивни медикаменти: Хлофазолин и Нитролингвал.

При пристигане в спешно отделение артериалното кръвно налягане вече е било ниско – 90/60, но на преден план като най-сериозно усложнение, което пряко застрашава живота на пациентката, е била тежката хиперкалиемия – отчетени са екстремно високи стойности на Калия в кръвта – 7,59 (стойност над 6,5 се класифицира като „тежка” и е абсолютно спешно, животозастрашаващо състояние, тъй като при повишение на калия над 8 ммол/л води до камерна тахикардия, аритмия и сърдечен арест). Екипът в Спешно отделение абсолютно правилно е подходил към това състояние, чрез включване на Калциев глюконат, който директно антагонизира ефекта на калия върху миокарда, глюкозен разтвор с инсулин – за преразпределение на калия от извънклетъчно във вътреклетъчно.“.

От буквално цитирания отговор не става ясно колко време е било необходимо за ефективна диагностика и успешно лечение на пациентката и защо е прието като най-сериозно усложнение, което пряко застрашава живота на пациентката, тежката хиперкалиемия, а не продължаващите налични болкова симптоматика, задуха, прешоковото състояние, позитивните стойности на D-dimer?

По въпрос № 4 - Коректна или погрешна – изцяло или частично, е била поставената диагноза на П.П.; използвани ли са всички възможни клинични, лабораторни, инструментални методи за диагностика, своевременно ли е направено това и ако не – защо; какви са били необходимите и достъпни методи на изследване, кои от тях са извършени и кои – не ?, отговорът е: „Пациентката постъпва в Спешно отделение с диагнози, поставени от екипа на ЦСМП – „Хронична бъбречна недостатъчност. Хипертония артериалис ст. III. ИБС – нестабилна стенокардия”.

Окончателната диагноза от МБАЛ „П.” – С.З. е „Хронична бъбречна недостатъчност IV ст. Хрониохемодиализа. Анемия. Хипертония симптоматика. Хроничен гломерулонефрит, суперпониран пиелонефрит”. Пациентката е с метаболитна ацидоза, задръжка на урея.

Диагнозите са правилни и са поставени на базата на възприетата медицинска практика – анамнеза, физикален преглед, лабораторни изследвания, образни изследвания. Тези методи са достатъчни за уточняването на тези хронични заболявания и евентуално наличие на усложнения, свързани с тях.

Не е разпознато основното усложнение, непосредствено довело до смъртта, а именно – острата проксимална аортна дисекция с перикардна тампонада.

Острите оплаквания на пациентката от гръдна болка и задух насочват на първо място към остър коронарен синдром (инфаркт), който е животозастрашаващо състояние и спешно трябва да бъде уточнен, което е извършено – диагнозата „остър

миокарден инфаркт” (налагаща друг тип лечение) е била отхвърлена своевременно и правилно.

При аутопсията се установява руптура на аортата и излив на кръв в сърдечната торбичка. Това усложнение не е било подозирано и съответно, не е извършвана диагностична дейност в тази насока.

Кардиологичната консултация в диференциален план е могла да има предвид и дисекцията на аортата.

Възможностите за диагностиката ѝ обаче, в случая са_ограничени от противопоказанията за рентгеноконтрастно изследване (хронична бъбречна недостатъчност с хиперволемиа, високи калий и креатинин, тромбозирала AV-фистула – необходимо време за осигуряване на достъп за извънреден хемодиализен сеанс). Няма специфичен лабораторен показател, подсказващ наличието на аортна дисекция. Рентгенографията би могла да насочи към това заболяване, но там не се описва характерното за проксималната дисекция разширение на аортната сянка. Трансторакалната ехокардиография не е разрешаващ метод, а трансезофагеална ехокардиография не е направена, вероятно, по две причини: от една страна, дисекцията не е обсъждана като диференциална диагноза; от друга страна – състоянието на болната е изисквало на първо място да се осъществи спешна хемодиализа.“

От отговора на вещите лица не става ясно:

- използвани ли са всички възможни клинични, лабораторни, инструментални методи за диагностика?

- правилно или неправилно кардиологичната консултация в диференциален план не имала предвид и дисекцията на аортата?

- защо е прието, че възможностите за диагностиката в случая са_ограничени от противопоказанията за рентгеноконтрастно изследване, при положение, че в отговора си на въпрос 8 са заявили абсолютно обратното: „В конкретния клиничен случай няма категорични противопоказания за прилагане на рентгено-контрастни вещества, доколкото пациентката е провеждала хемодиализно лечение от 2005 г. и е уточнена (според протоколите от делото), че е анурична, т.е. – не отделя урина, което е нормално за болен с такава продължителност на това лечение и при липсата на функциониращи бъбреци, те няма как да бъдат увредени от използването на контрастни вещества.“?

По въпрос № 5 - Назначени и проведени ли са нужните консултации със съответните специалисти, би ли могло при конкретната симптоматика, квалификация и опит, при условията на работа в конкретното лечебно заведение да бъде поставена правилна диагноза или не и защо?, отговорът е: „По отношение на основната група заболявания на пациентката обсъждане е направено по-горе.

Недиагностицирана е начеващата дисекация на аортата, която би могла (но не винаги!) да се диагностицира чрез трансторакална ехокардиография. Такава не е направена. Както вече беше отбелязано по-горе, разрешаващи методи са скенер с контраст (противопоказан в създалата се ситуация) или трансезофагеална ехокардиография (ТЕЕ). Осъществяването на ТЕЕ е високоспециализирана дейност, упражнявана от сертифицирани за нея кардиолози, с допълнителна следдипломна квалификация за трансезофагеална ехокардиография. Не е ясно дали консултираният пациентката кардиолог е имал такива компетенции и възможности.“.

При този отговор са останали неизяснени въпросите:

- правилно или неправилно в случая не направена трансторакална ехокардиография?
- защо е прието, че скенер с контраст е бил противопоказан в създалата се ситуация, предвид отговора на вещите лица по въпрос 8, цитиран по-горе?
- какви компетенции и възможности е следвало да има консултираният пациентката кардиолог за извършване трансезофагеална ехокардиография?

По въпрос № 6 - Кои са конкретните нередни медицински действия/бездействия и пропуски, от кои лица персонално са извършени, с цел – отграничаване на отговорността на отделните заети с отделните етапи от лечебно-диагностичния процес медицински лица?, отговорът е: „В кардиологичната консултация е трябвало да се вземе предвид възможността за аортна дисекация и да се осъществят трансторакална ехокардиография, при съмнение за дисекация – евентуално скенер, дори и без контраст – за визуализация на аортния диаметър и наличието на течноеквивалентно съдържимо (кръв) в перикардната торбичка. Но дори и при правилно поставена диагноза, тежкият коморбидитет (описан по-горе) и липсата на кардиохирургия в МБАЛ – С.З. практически правят невъзможно провеждането на успешно лечение.“.

От отговора на вещите лица не става ясно:

- правилно или неправилно в кардиологичната консултация не е взета предвид възможността за аортна дисекация и съответно - да се осъществят трансторакална ехокардиография, при съмнение за дисекация – евентуално скенер?
- при навременно поставена правилна диагноза в конкретния случай, предвид липсата на кардиохирургия в МБАЛ – С.З. имало ли е пречка пациентката да бъде откарана в най-близкото болнично заведение с такова отделение – напр., УМБАЛ „С.“ – П.? В тази връзка не е изяснен и въпросът съответства ли и на кои добри медицински практики и стандарти пациентката да е постъпила в 16.01 ч. в СПО с посочените по-горе оплаквания и едва в 18.15 часа да е консултирана с кардиолог?

По въпрос № 7 - Има ли забавяне в лечението, довело до влошаване на състоянието на болната? Задължително да се уточни от СМЕ кога е настъпила тази невъзможност – при приемането ѝ или по-късно и колко по-късно, което е от решаващо значение при изследване на евентуалната професионална непредпазливост на заетите с диагностицирането и лечението медицински лица?, отговорът е: *„Не е имало забавяне в лечението на диагностицираните заболявания на пациента.*

Руптурата на аортата с последващ хемоперикард не са диагностицирани с използваните инструментални изследвания (ЕКГ и рентген на бял дроб и сърце). С настъпване на дисекцията на аортата с пробив към перикарда и перикардна тампонада (по време на хемодиализния сеанс) настъпва и невъзможността за терапевтично повлияване.“.

Отговорът на вещите лица по този въпрос е изключително уклончив. От него не става ясно какво е становището на експертите относно не диагностицирането на руптурата на аортата с използваните инструментални изследвания ЕКГ и рентген на бял дроб и сърце – явява ли се то в основата на забавянето на лечението, довело до влошаване на състоянието на пациентката?

По въпрос 8 - Както бе отбелязано по-горе, отговорът му противоречи на отговорите на въпроси 4 и 5, тъй като тук вещите лица са заключили, че при липсата на функциониращи бъбреци, те няма как да бъдат увредени от използването на контрастни вещества.

По въпрос № 9 - Допуснато ли е неправилно или частично изпълнение на диагностично действие, с което е бил отнет шансът на пациента за благоприятен изход, т.е., лекарите направили ли са необходимото, за да получи П.П. шанс да оживее?, отговорът е: *„Медицинската дейност е била правилна и насочена към овладяване на непосредствено животозастрашаващи симптоми и жизнени показатели, обсъдени погоре. Неприлагането на хемодиализа би довело до фатален край, независимо от поставянето на диагнозата на настъпващата аортна дисекция.“.*

Отговорът на поставения въпрос отново е изключително лаконичен и уклончив. П. е постъпила в Спешно отделение в 16.00 ч., извършени са ѝ лабораторни изследвания в 17.01 ч., образни изследвания - рентгенография на бял дроб (няма отбелязан час), проведени са консултации с кардиолог в 18.15 ч., с интензист (няма обелязан час), със специалист по хемодиализа в 19.00 ч., в 20.15 ч. е включена на хемодиализа, в 22.45 ч. е настъпила смъртта ѝ. При тези данни в отговора на вещите лица липсва ясно, обосновано и категорично становище относно това дали лекарите са направили всичко необходимо, за да получи П.П. шанс да оживее.

По въпрос № 10 - В колко часа на 15.01.2012 г. и от кой от дежурните лекари в СПО и МБАЛ „П.“, извършили консултации на П., са констатирали при снемане на

анамнезата и изясняване на обективното ѝ състояние – болки в сърдечната област, ирадиращи към шията, задух, кашлица, гадене, побледняване, променливи пулс и кръвно налягане, изпотяване; при описаната клинична картина налагало ли се е изясняването и от кой лекар в лечебното заведение наличието или липсата на остър коронарен синдром, остър аортен синдром и в какъв спешен порядък?, отговорът е: „Сърдечните оплаквания на пациента са установени още при домашното посещение на 15.01.2012 г. Причината за тези оплаквания е в компетенцията на консултиралите пациента кардиолог и нефролог. Съмнението и диагностиката на острия коронарен синдром, както и на острия аортен синдром, е в компетенциите на кардиолога. При клинично подозрение за такава диагноза тя трябва да бъде потвърдена или отхвърлена със съответните доказателства възможно най-бързо. Консултантът-кардиолог е отхвърлил хипотезата за остър миокарден инфаркт, въз основа на ЕКГ и лабораторните изследвания. Не е заподозряна и не е доказана дисекиращата аневризма на асцендентната аорта, но в същото време пациентката е имала друго животозастрашаващо състояние: тежък белодробен застой след хипертонична криза и високостепенна хиперкалиемия, в условията на анурия и тромбозирала AV-фистула за хемодиализен достъп. Усилията са били насочени към осигуряването на спешен съдов достъп и осъществяването на хемодиализен сеанс за извеждане на задържаните течности и електролити, в хода на който настъпва пробив на аортната дисекация към перикарда с последваща сърдечна тампонада и смърт. Това е изключително тежка клинична ситуация, която на практика е невъзможно да бъде овладяна в болнично звено без кардиохирургия.“

Отговорът на първо място е непълен – вещите лица не са отговорили на първата част от въпроса - В колко часа на 15.01.2012 г. и от кой от дежурните лекари в СПО и МБАЛ „П.“, извършили консултации на П., са констатирани при снемане на анамнезата и изясняване на обективното ѝ състояние – болки в сърдечната област, ирадиращи към шията, задух, кашлица, гадене, побледняване, променливи пулс и кръвно налягане, изпотяване? На второ – след като вещите лица са посочили, че съмнението и диагностиката на острия коронарен синдром, както и на острия аортен синдром, е в компетенциите на кардиолога и при клинично подозрение за такава диагноза тя трябва да бъде потвърдена или отхвърлена със съответните доказателства възможно най-бързо, не са отговорили на въпроса съответни ли са на нормативните документи, на медицинските стандарти и на добрите лекарски практики действията/бездействията на кардиолога, чрез които да се диагностицира острия коронарен синдром/острия аортен синдром, респ. спешно да се търси консултация с кардиохирург, респ., още след консултацията с кардиолога в 18.15 ч., пациентката да бъде откарана в болнично звено с кардиохирургия.

По въпрос № 11. - Констатираните стойности на 15.01.2012 г. в 17.04 ч. на D-димер – 3,43 (при референтни стойности 0-0,5), по изследване ID209I 94 в МБАЛ „П.“ – С.З., корелират ли със степента и тежестта на аортно заболяване, насочват ли към бързо извършване на компютърна томография (КТ) или трансезофагеална ехокардиография (ТЕЕ) – за потвърждаване или отхвърляне на животозастрашаваща диагноза?, отговорът е: „D-димерът не е специфичен маркер за аортна дисекация. Той е продукт от разпадането на

фибрина и се позитивира при състояния, свързани с повишено тромбообразуване (полимеризация на фибриноген до фибрин), с последващо активиране на тромболизата и разграждане на фибрина до D-димери. D-димерът е позитивен най-често при дълбока венозна тромбоза и белодробен тромбоемболизъм – там диагностичната му стойност е най-висока. Позитивира се и при редица други състояния. Следователно, констатираните отклонения в стойностите на D-димери са неспецифични, не се разглеждат като самостоятелен, определящ което и да е заболяване показател, и в никакъв случай не определят и налагат извършването на което и да е инструментално изследване.“.

При така използваната медицинска терминология, от отговора не става ясно:

- за кои точно заболявания D-димерът е специфичен или не специфичен маркер – не са изброени?

- дори и да не е специфичен маркер за аортна дисекция, не би ли следвало да бъде обсъден наред с наличната при П. болкова симптоматика, задуха, схващане на челюстта, устата и ръката, при положение, че констатираните при нея стойности на D-димерът са били над три пъти повече от референтните?

По въпрос № 12 - При липсата на нормална бъбречна дейност на П. (ХБН IV степен), има ли ограничение за използване на контрастно вещество при КТ в условията на диагностициране на животозастрашаващи състояния?, отговорът е: *„При ХБН се избягва използването на множество медикаменти и контрастни материали. КТ-пулмоангиографията е противопоказана при пациент на хемодиализа, който е хиперхидратиран – с хипертония, белодробен застой, хиперкалиемия и с неработеща AV-фистула (т.е., без съдов достъп за извършване на процедурата.“*, който е в пълно противоречие с отговора на въпрос 8, както бе отбелязано по-горе.

По въпрос № 13 - Рязкото влошаване на здравословното състояние на П. причинено ли е от разслояването на възходящата аорта, започнало към 12.01.2012 г., при стягане и болка в сърдечната област) – в данните по делото няма убедителни сведения, които да сочат, че разслояването на аортата е с начало към 12.01.2012 г., тъй като този процес може да се развие с различна скорост – както остро, така и с по-бавен ход.

Има вероятност е дисекцията да е започнала на 15.01.2012 г., за което се съди по клиничната симптоматика.

Острата дисекция се манифестира с рязка болка с първоначално тежка интензивност, остра или пронизваща. Когато болката е в гръдната област, ирадираща към шията, гърлото или челюстта, най-често се касае за дисекция във възходящата (асцендентна) част на съда. Други симптоми са обилно изпотяване, трудно дишане, болки в корема, натиск в медиастинума, чувство на страх.

Подобна картина описва дъщерята на починалата.

Рязкото влошаване на състоянието на пациентката непосредствено преди настъпването на смъртта се дължи на усложнението – пробив на дисекцията към перикарда и хемоперикард (нахлуване на кръв в сърдечната торбичка) с тампонада.

По въпрос № 14 - Точната причина за смъртта – разслояваща аневризма на аортата и хемоперикард, кога е възникнала, кога и от кой лекар е установена, как е проведено етиологичното лечение?, в последното изречение на отговора на този въпрос експертите са посочили, че: „Лечението на дисекцията и настъпилата руптура е единствено оперативно, в спешен порядък, в специализирано медицинско заведение – кардиохирургия.“. При тази формулировка е следвало да изяснят и какво означава спешен порядък – минути - колко, час, часове – колко, което е необходимо, за да се анализира съвкупно с периода на престоя на П. в СПО и болничното заведение в С.З. и извършените спрямо нея през това време действия от медицинските лица.

По въпрос № 15. (кога първоначално са констатирани високи стойности на артериалното налягане на 15.01.2012 г., от кои лекари, каква е извършената в спешен порядък терапия, в колко часа е нормализирано артериалното налягане, къде, от кой лекар) – високи стойности на кръвното налягане са установени още при домашното посещение на 15.01.2012 г. и от екипа на СМП са приложени Нитролингвал и Хлофазолин, които са медикаменти, понижаващи стойностите на кръвното налягане. В 19 ч. стойностите на кръвното налягане вече са значително понижени.

По въпрос № 16 - Дежурният лекар в СПО в колко часа е установил, че П. е с ХБН IV степен, с анурия, незадоволителен контрол на артериалното налягане, с какви стойности на артериалното налягане е била тя при приемането ѝ; какви консултации е следвало да назначи с опитни специалисти по: спешна медицина, кардиология, нефрология, образни изследвания, в колко часа ги е организирил, какъв е резултатът от тях, какво е извършено за симптоматично и етиологично лечение?, отговорът е: „Действията на дежурния лекар в СПО са описани подробно, по часове и с конкретното участие на консултанти: пациентката постъпва в Спешно отделение в 16.00 ч., зала за реанимация; снета е анамнеза, извършен преглед (д-р Р.); извършени са лабораторни изследвания (17.01 ч.); образни изследвания – рентгенография на бял дроб (няма отбелязан час); проведени са консултации – кардиолог (д-р С., д-р З.) в 18.15 ч., интензивист (няма отбелязан час); специалист от отделение по хемодиализа в 19.00 часа (д-р Ч.), след което П. е преведена в Отделение по нефрология. Направени са вливания. Към този момент П. е била с нормализирано кръвно налягане, без дихателна недостатъчност, но с високи стойности на креатинин, урея – данни за метаболитна ацидоза. Диагнозата „хронична бъбречна недостатъчност“ е поставена на пациентката от години, през които тя е била на хемодиализно поддържане.“.

Отговорът е непълен. От него не става ясно:

- в колко часа дежурният лекар в СПО в колко часа е установил, че П. е с ХБН IV степен, с анурия, незадоволителен контрол на артериалното налягане?

- с какви стойности на артериалното налягане е била тя при приемането ѝ?

- какви консултации дежурният лекар в СПО е следвало да назначи с опитни

специалисти?

- в колко часа ги е организирал?

- какъв е резултатът от тях?

- какво е извършено за симптоматично и етиологично лечение – кога (описано по часове) и от кого (поименно)?

По въпрос № 17 - В колко часа е следвало дежурният лекар в СПО да извика за консултация лекар от Центъра по хемодиализа, да преведе пациентката в спешен порядък за провеждането ѝ?, отговорът е: *„Не съществува ред за провеждане на консултациите – той се диктува от състоянието на пациента. В случая симптоматиката е насочвала към кардиологичен проблем, което е определило поредността на диагностичните действия – ЕКГ, лабораторни изследвания, рентген, консулт с кардиолог.“*

При положение, че в случая симптоматиката е насочвала към кардиологичен проблем, вещите лица е следвало да отговорят и на въпроса (с оглед изискването на чл. 152, ал. 3 НПК), в съответствие с нормативите, медицинските стандарти и добрите лекарски практики ли е консултацията с кардиолог да е извършена едва в 18,15 ч., над два часа след постъпването на П. в болнично заведение?

По въпрос № 18 - Каква е причинно-следствената връзка между констатираните високи стойности на артериално налягане, проведеното лечение, необходимостта от хемодиализа и получената дисекация на аортата, причинила, смъртта ѝ?, отговорът е: *„Високото артериално налягане е предразполагащ фактор за развитие на аортна дисекация. Проведеното лечение и извършената хемодиализа нямат отношение към това развитие на заболяването.“*

Буквално цитирания отговор на вещите е изцяло в телеграмен стил.

По въпрос № 19 - В колко часа дежурният лекар е констатирал рязкото спадане на артериалното налягане, от какво е причинено - от приложените медикаменти, от аортната дисекация или от какво друго, каква е била необходимата терапия и необходимостта от специални изследвания и проучвания, те назначени ли са и какъв е резултатът от тях?, отговорът е: *„Във фиша от посещението на екипа на ЦСМП е отчетено артериално налягане 170/100. При постъпване с СПО то е било 90/60. Измерването е извършено половин-един час след приложението на Нитролингвал и Хлофазолин – препарати, които имат това действие. В много случаи високото централно аортно налягане се явява пусков механизъм за настъпване на аортна дисекация, като в хода на дисекацията то може да остане високо или да спадне. Хемодинамичен срив с много ниски, до неотчитащи се стойности на артериалното налягане настъпва при различни състояния, включително и при пробив към перикарда с тампонада.“*

Отговорът на зададения въпрос е непълен. Липсва становището на вещите лица,

след като и самите те посочват, че „в много случаи високото централно аортно налягане се явява пусков механизъм за настъпване на аортна дисекция, като в хода на дисекцията то може да остане високо или да спадне“, относно това - каква е била необходимата терапия и необходимостта от специални изследвания и проучвания, те назначени ли са и какъв е резултатът от тях?

По въпрос № 20 - Кога и от кого е извършено ЕКГ в СПО, от кой лекар е разчетено и интерпретирано; кой лекар в СПО е следвало да извърши ЕхоКГ – трансторакална и трансезофагиална, и кога; следвало ли е дежурният лекар да назначи компютърна томография, ЯМР, с цел навременна диагностика и лечение – хирургично, ендоваскуларно и медикаментозно, за да бъде предотвратена смъртта на П.П. от дисекция на аортата на възходящата ѝ част?, отговорът е: „Според означението на ЕКГ-мата, тя е извършена в 16.24 ч. Разчитането и интерпретацията са извършени от консултанта кардиолог – д-р С., д-р З.“.

Отново отговор в телеграмен стил. Липсва становището на експертите относно:

- от кого е извършена ЕКГ в СПО?

- кой лекар в СПО е следвало да извърши ЕхоКГ – трансторакална и трансезофагиална и кога?

- следвало ли е дежурният лекар да назначи компютърна томография, ЯМР, с цел навременна диагностика и лечение – хирургично, ендоваскуларно и медикаментозно, за да бъде предотвратена смъртта на П.П. от дисекция на аортата на възходящата ѝ част?

По реда на чл. 152, ал. 3 НПК вещите лица е следвало да отговорят и на въпроса – в съответствие с нормативите, медицинските стандарти и добрите лекарски практики ли е разчитането и интерпретацията на ЕКГ – мата да е извършено едва в 18.15 ч., два часа след нейното изготвяне в 16.24 ч.?

По въпрос № 21 - В колко часа дежурният лекар в СПО е назначил и извършил необходимите клинично-лабораторни изследвания, образни изследвания и всички необходими действия в изпълнение на Медицинския стандарт по „Спешна медицина“?, отговорът е: „Хронологично действията на екипа в СПО са описани подробно по-горе. Те са извършени в спешен ред. През 2012 г. действията на екипите в ЦСМП и Спешните отделения са регламентирани в Наредба № 45/26.08.2010 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Спешна медицина“. В него няма изискване за минимален, а само за максимален престой на пациенти в спешно приемно отделение, който не може да превишава 24 часа. Престоят на конкретната пациентка в СПО е пет часа, което изцяло влиза в нормата.“.

От буквалния цитат следва изводът, че всъщност липсва отговор на вещите лица. Твърдението, че хронологично действията на екипа в СПО са описани подробно по-

горе не кореспондира със съдържанието на СМЕ. В нея не е посочено конкретно:

1. В колко часа дежурният лекар (поименно) в СПО е назначил необходимите клинично-лабораторни изследвания, образни изследвания и всички необходими действия в изпълнение на Медицинския стандарт по „Спешна медицина“?

2. В колко часа дежурният лекар или друг (поименно) е изпълнил действията по предходния въпрос?

3. Не са описани подробно и действията, които екипът в СПО, в конкретния случай, е следвало да предприеме и извърши съобразно регламентираните в Наредба № 45/26.08.2010 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Спешна медицина“.

4. При положение, че ЕКГ – мата е изготвена в 16.24, в спешен ред ли е извършено нейното разчитане и интерпретация в 18.15 ч. и отговаря ли часовата разлика между тези две дейности на медицинския стандарт „Спешна медицина“, регламентиран в посочената наредба?

С оглед леталния изход от престоя на пациентката в СПО само недоумение, меко казано, буди последното изречение от отговора на вещите лица, че престоят ѝ от 5 часа „изцяло влиза в нормата“

По въпрос № 22 - В колко часа дежурният лекар в СПО е установил кардиологичен проблем, според получените резултати от клинично-лабораторни и инструментални изследвания около 17.00 ч.; в колко часа е извикан кардиолог за консултация, в колко часа кардиологът е пристигнал и лично е извършил ЕКГ и физикален преглед, ЕхоЕКГ, с което да потвърди или отхвърли настъпили усложнения от сърдечно-съдовата болест, както и очаквана аортна дисекция, медионекроза и други животозастрашаващи състояния?, отговорът е: *„Пациентката постъпва в СПО с анамнеза за кардиологичен проблем и поставена работна диагноза „Хипертония артериалис ст. III. ИБС – нестабилна стенокардия“. Пациентката е с хронични заболявания и диагноза, свързана със сърдечен проблем, не е изясняван първа при постъпването ѝ в СПО. Целта на двете консултации на кардиолог, осъществени към 18.15 ч. и 19.00 ч., е установяване на наличие, както и естеството на сърдечното заболяване. Консултацията е отхвърлила остър коронарен синдром на основата на проведен преглед, ЕКГ и нормалните стойности на миокардните ензими (СРК; СК-МВ). В медицинската документация няма данни кардиологът да е извършил ехокардиография. Медионекрозата не може да бъде установена чрез физикален преглед и инструментални изследвания – тя е патологоанатомична диагноза. Аортната дисекция не е била подозирана, още по-малко – „очаквана“. Използваните методи за изследване на пациента не могат да установят това усложнение (обсъждано по-горе).“*

И при отговора на този въпрос вещите лица са избегнали конкретика и пълнота

на отговора си. Липсва становището им относно:

- в колко часа дежурният лекар в СПО е установил кардиологичен проблем, според получените резултати от клинично-лабораторни и инструментални изследвания около 17.00 ч.?

- в колко часа е извикан кардиолог за консултация?

- в колко часа кардиологът е пристигнал и лично е извършил ЕКГ и физикален преглед, ЕхоКГ, с което да потвърди или отхвърли настъпили усложнения от сърдечно-съдовата болест, както и очаквана аортна дисекция, медионекроза и други животозастрашаващи състояния?

Междувпрочем, за първи път в отговора на този въпрос вещите лица заявяват, че консултация на кардиолог е извършвана два пъти - не само в 18.15 ч., но и в 19.00 ч. След като сочат и на втора такава консултация е следвало да опишат: от кой кардиолог е извършена (поименно), извършен ли е физикален преглед на пациентката, назначени ли са изследвания, какви и какъв е резултатът от тях?

По въпрос № 23 - Кога са констатирани и от кого „коагулуми и кръв в перикарда“ на П., кога е следвало да се извърши хирургическа интервенция по спешност, кога е установена перикардна тампонада?, отговорът е: *„Наличието на кръв в околосърцевата торбичка е картината на т.нар. „сърдечна тампонада“, установена при посмъртното изследване. В аутопсионния протокол е записано, че „околосърцевата торбичка ... съдържа около 450 мл тъмна течна кръв и кръвни съсиреци“. Няма обективно изследване, което да е направено приживе и да е диагностицирало тази находка, но клиничният ход на заболяването сочи, че усложнението „перикардна тампонада“ е настъпило в хода на хемодиализния сеанс. При настъпил излив на кръв в перикарда единственото лечение е оперативно, изключително спешно, което не е могло да бъде извършено в МБАЛ „П.ч“ – С.З., а състоянието на пациентката не позволява транспорт, дори и при поставена диагноза.“.*

Отговорът на този въпрос е непълен, а оттам и неясен. В него липсва конкретика и обосновка защо вещите лица са стигнали до заключението, че:

- клиничният ход на заболяването сочи, че усложнението „перикардна тампонада“ е настъпило в хода на хемодиализния сеанс;

- състоянието на пациентката не позволява транспорт.

По въпрос № 24 - В кой ден и час е началото на болестния процес на медионекрозата при П. с „торакална болка и полиморбиден статус“ през м. януари 2012 г., през какви етапи е минал, кога е бил разпознат, кога се е развила клиничната картина на остра дисекция на аортата, какви физикални прегледи е следвало да се извършат в СПО и от кого?,

отговорът е: „Кистичната медионекроза е дегенеративно състояние (заболяване) на големите артерии и в частност на аортата, като една от причините за развитие на усложнения – аневризми, разслояване и руптура на съда, поради отслабване на неговата стена. Дегенеративният процес е продължителен и без клинична симптоматика. Такава се появява, когато (и, ако) в резултат на променената съдова стена се развиват описаните по-горе усложнения. Диагнозата е микроскопска – патохистологична, не може да се постави с инструментални изследвания. Също така, не е възможно да се твърди с категоричност началото на разслояването на стената на аортата (дисекация). Възможно е това да се свърже с проявената симптоматика на 12.01.2012 г., описана в амб. лист № 000311, по повод на което пациентката е насочена към кардиолог, но консултацията не е била осъществена. В СПО не е възможно да се постави диагноза на аортна дисекация (към този момент не е била налице руптура и перикарден излив).“.

В отговора на този въпрос неясноти поражда последното изречение - В СПО не е възможно да се постави диагноза на аортна дисекация (към този момент не е била налице руптура и перикарден излив). От така формулирания извод на вещите лица не става ясно защо в СПО не е възможно да се постави диагноза на аортна дисекация - дали поради липса на специалисти, липса на необходимата медицинска техника и др., или защото към този момент не е била налице руптура и перикарден излив. Не е ясно и въз основа на кои обективни данни, научни познания и т. н. са обосновавали извода си, че към този момент не е била налице руптура и перикарден излив.

По въпрос № 25 - П. от кой ден и час е била с най-висока степен на приоритет, според Медицинския стандарт по „Спешна медицина“, кои основни жизнени показатели са мониторирани и откога, какви са били резултатите и как са променени диагностичните и терапевтичните й процедури и от кои консултанти?, отговорът е: „През 2012 г., по времето на престоя на пациентката в СПО, осигуряването на своевременно и качествена диагностика, терапевтично поведение и лечение при пациентите със спешни състояния е нормирано чрез Наредба № 45/26.08.2010 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Спешна медицина“, в която няма разписано и зададено понятието „степен на приоритет“. Спазено е нормативното изискване в Наредбата пациент в това състояние и с такава диагноза да бъде задължително хоспитализиран (Глава 10. Спешни медицински дейности в областта на вътрешните болести, кардиологията, пневмологията и фтизиатрията, гастроентерологията, нефрологията, ендокринологията и болестите на обмяната и клиничната алергология, т. 1 – Характеристика на дейността по спешна медицина в структури по вътрешни болести, кардиология, пневмология и фтизиатрия, гастроентерология, нефрология, ендокринология и болести на обмяната и клинична алергология на болници за активно лечение. 1.4.1. Индикации за хоспитализация по спешност съгласно стандарт по нефрология. 1.4.1.1. II и III ниво на компетентност съгласно стандарт по нефрология: ХБН с усложнения – тежка метаболитна ацидоза, хипертонична криза, фебрилноинтоксикационен синдром, белодробен и мозъчен оток, перикардит, плеврит). Основните показатели, които са определили вида на хоспитализацията на П., са

високостепенна хиперкалиемия, тежка хипертонична реакция, белодробен венозен застой, които определят животозастрашаващо състояние, изискващо провеждане на спешна хемодиализа.“.

Отговорът на този въпрос (конкретно последното му изречение) се разминава с отговора на въпрос 22, в който вещите лица са посочили, че *„Пациентката постъпва в СПО с анамнеза за кардиологичен проблем и поставена работна диагноза „Хипертония артериалис ст. III. ИБС – нестабилна стенокардия“.* При това положение не става ясно каква точно е причината за хоспитализация на П. – дали заради кардиологичен проблем или заради хронична бъбречна недостатъчност. Не става ясно и защо вещите лица са приели, че именно последното е било животозастрашаващо състоянието и е изисквало провеждането на спешна хемодиализа, а са отхвърлили като животозастрашаващо сърдечно заболяване, за установяване наличието и естеството на което са правени и две консултации с кардиолог.

По въпрос № 26 - Високите пикови стойности на артериалното налягане, констатирани от екипа на „Спешна помощ“ и извършената диагностика и медикаментозна терапия, последвалото рязко спадане на артериалното налягане в СПО, свързано ли е с риск от заплашващ белодробен застой, оток, перикардит и тампонада?, отговорът е: *„Високото кръвно налягане е предпоставка за развитие на белодробен оток. Стойностите на кръвното налягане нямат връзка с развитието на перикардит и сърдечна тампонада.“.*

Този отговор противоречи на отговорите на въпрос 18 и на въпрос 29, в които вещите лица са заявили, че високото кръвно налягане е предразполагащ фактор за развитие на аортна дисекция. При положение, че развитието на перикардит и сърдечната тампонада са в резултат на аортната дисекция, от заключението не става ясно кой от изводите на вещите лица е верен и научно обоснован.

По въпрос № 27 - Дежурният лекар в СПО и консултиращият кардиолог могли ли са да „чуят“ на слушалка шум на аортна регургитация или признаци на тампонада?, отговорът е: *„Регургитацията на аортната клапа би могла да бъде доловена на слушалка, ако се е формирала от самото начало или в хода на заболяването, но никъде в медицинската документация не се описва шумова находка. Острата аортна регургитация е възможно, но незадължително усложнение на проксималната аортна дисекция – в много случаи аортна регургитация липсва. Перикардния излив силно затруднява и променя аускултаторната находка.“.*

Отговорът е непълен и неясен. От него не става ясно:

- какво са имали предвид вещите лица под „начало“ и „ход на заболяването“ при които са посочили, че регургитацията на аортната клапа би могла да бъде доловена на слушалка, и установени ли са те при П.?

- как да бъде разбрано посоченото, че „никъде в медицинската документация не

се описва шумова находка“ – че не е извършен преглед на слушалка или че е извършван, но не е чула регургитацията на аортната клапа?

- ако не е бил извършен преглед със слушалка – трябвало ли е да бъде извършен такъв в конкретния случай, ако „да“ – кога (в кой момент), от кого (какъв специалист)?

По въпрос № 29 - Кога е било началото на медионекрозата на аортата на починалата и дали личния лекар д-р Ж. е имала задължение да я насочи за прием в болнично заведение на 12.01.2012 г.; дали действията на д-р Ж. по отреагиране на сърдечно-съдовия проблем на пациентката П. са били правилни и съобразени със задълженията ѝ като личен лекар, който следи състоянието ѝ от години – с оглед вероятността разслояването на аортата да е започнало в периода на 12.01.2012 г.?, отговорът е: *„Дисекация на аортата представлява състояние, при което кръвта внезапно навлиза през отворстие в интимата в аортната стена и я разсоява предимно по посока на кръвотока. Причините да се развие това тежко и най-често смъртоносно усложнение са: артериална хипертония и тежка атеросклероза (в около 2/3 от случаите); кистична медионекроза на аортата (среща се по-често при млади хора); синдром на Marfan (наследствено обусловена непълноценност на съединителната тъкан); аортна коарктация, резултат от нарушения в ембриогенезата; луетичен мезаортит – характерна особеност на третичния лус. Клиничната картина включва: най-често оплаквания от болка зад гръдната кост (характерна е за дисекация в асцендентната аорта); ретростернална болка с ирадиация към шията и долната челюст (при дисекация в областта на аортната дъга); болка предимно в интерскапуларната област (между лопатките) на гърба (при начална дисекация под лявата подключична артерия). Болката не се повлиява обикновено от нитроглицеринови медикаменти и аналгетици. Повторна поява на болката, след като е била изчезнала за известно време, и ново влошаване на състоянието след период на стабилизация са особено опасни симптоми. Известно време след болката настъпва шоково състояние, придружено от симптоми като хипотония (ниско кръвното налягане), тахикардия (сърдечна честота над 100 удара/минута), филиформен пулс, прилошаване, преbledняване, изпотяване, компресионни симптоми (дрезгав глас, кашлица или дисфагия), понякога настъпва нарушение на съзнанието (мозъчна исхемия).*

Диагнозата при дисекация на аортата се поставя след добре проведена анамнеза по данни на пациента и неговите оплаквания, след провеждането на физикален и инструментален преглед. От физикалния преглед при аускултация (преслушване) на сърцето се установява систоличен шум, периферно от дисекацията на каротидната или подключичната артерия, на гърба между лопатките или на коремната аорта. Възможно е да се наблюдава изчезване на пулса и асиметрия на артериалното налягане на някоя от магистралните артерии на крайниците със или без поява на систоличен шум.

Инструментални изследвания: рентгенография на гръден кош – дава информация за разширение на медиастиналната сянка; електрокардиограма (ЕКГ) – най-често записът е нормален; ехокардиография (ЕхоКГ) – установява наличието на двоен

аортен лумен на аортната дъга или на коремната аорта; компютърна томография с контраст; дигитална аортография; ядрено-магнитния резонанс.

Диференциалната диагноза се прави с: белодробна тромбоемболия; нарастваща истинска аортна аневризма; артериална емболия (тромбоза) и други.

Лечението при дисекцията на аортата е оперативно. Операцията се извършва по спешност, поради бързото влошаване състоянието на пациента. Интервенцията се извършва в кардиохирургични центрове с изкуствено кръвообращение, хипотермия (понижаване на телесната температура), кардиоплегия, специфична реанимация и оперативна техника.

Не е възможно да се определи началото на медионекроза на аортата – това състояние се развива продължително и не може да се диагностицира с клинични методи, тъй като е патологоанатомична диагноза.

На 12.01.2012 г. д-р Ж. е дала направление за консулт с кардиолог. “.

От подробния отговор на вещите лица в крайна сметка не става ясно:

- дали са правилни действията на личния лекар д-р Ж., която дала на 12.01.2012 г. направление на П. за консулт с кардиолог или още тогава е имала задължение да я насочи за прием в болнично заведение?

- дали действията на д-р Ж. по отреагиране на сърдечно-съдовия проблем на пациентката П. са били правилни и съобразени със задълженията ѝ като личен лекар, който следи състоянието ѝ от години – с оглед вероятността разслояването на аортата да е започнало на 12.01.2012 г.?

По въпрос № 30 - В какъв спешен порядък е следвало да бъде изяснена, след постъпването на пострадалата в СПО в 16.00 ч. на 15.01.2012 г., кога е следвало да бъде консултирана с кардиолог при оплакванията от задух, болки в дясната гръдна половина, рязко понижаване на стойностите на артериалното налягане след покачването им до 200 и при наличието на симптоматична анемия и хипертония?, отговорът е: „Част от гореизброените симптоми са били хронични (анемията и хипертонията), задухът е имал логично обяснение – хипертонична криза при болна в анурия, болките в дясната гръдна половина без ЕКГ-данни за остър коронарен синдром имат широка диференциална диагноза. Консултацията с кардиолог е задължителна, но преценката за спешността ѝ идва от общото състояние на пациентката и от клиничната вероятност да се касае за едно или друго заболяване. Изясняването на състоянието на пациентката е започнало още с постъпването ѝ в Спешното отделение и е продължило през време на целия ѝ престой в болничното заведение. Установените признаци при първичния преглед на пациентката насочват към различни увреди в хомеостазата на организма, предизвикани от основното заболяване – бъбречната недостатъчност и съответно вниманието на медицинските екипи са били насочени към

овладяването на животозастрашаващите симптоми и синдроми (хипертензия, хиперкалиемия, висока азотна задръжка, болков синдром, задух) – за целите на диагностичното уточняване са били предприети адекватни и навременни мерки – взети са проби и са изследвани алкално-киселинното равновесие (КАС), разширени биохимични изследвания, проведена е образна диагностика рентгенография; обсъдено е високоспециализирано, но и много рисково, предвид неработещите бъбреци, образно изследване – КАТ с контраст. За целта на диагностичното уточняване са участвали специалисти от различни области на медицината – спешен лекар, кардиолог и нефролог. Мултидисциплинарният подход в диагностиката и лечението на спешните състояния в медицината изцяло отговаря на правилата на добрата медицинска практика.

Няма изрично разписано и задължително за изпълнение кога следва да бъде извършена консултация с кардиолог. Консултацията е назначена и изпълнена, когато е възникнала необходимост от нея, което отговаря на нормирането в стандарта по Спешна медицина.“.

От отговора не става ясно:

- кога е възникнала необходимост от консултация с кардиолог (време – час)?
- кога е изпълнена тази консултация/консултации (време – час)?
- какви са нормите, предвидени в стандарта по Спешна медицина, относно предходните два въпроса?

По въпрос № 31 - Доколко информативна е щяла да бъде ЕхоКГ – изследване, което не е направено; имало ли е пречка да бъде извършено и дали към 16.00 ч. и час-два по-късно?, отговорът е: *“Трансторакалната (през гръдния кош) ехокардиография може да заподозре диагнозата „остра аортна дисекция“, но за потвърждението и най-често е необходима трансезофагеална ехокардиография, а към настоящия момент златният стандарт е КТаортография. Няма пречка трансторакална ехокардиография да се извърши по всяко време, при леглото на болния. Трансезофагеалната ехокардиография изисква сертифицирано ниво, също така е свързана с напъни от страна на пациента (ако е в съзнание) и рискът от прогресия на дисекцията се увеличава. Може да се направи под анестезия, за това също е необходим екип и готовност за последващо диализно лечение.“.*

И по този въпрос отговорът е непълен. Вещите лица са отговорили по принцип, а не за конкретния случай, поради което не става ясно:

- имало ли е пречка да бъде извършено изследване чрез ЕхоКГ?, в конкретния случай, а не по принцип както са посочили вещите лица
- ако е нямало пречка, кога и от кого е трябвало да бъде извършено – към 16.00 часа или по късно (да се уточни като час и специалистът)?

По въпрос № 32 - Какъв би бил изходът от евентуална спешна, своевременна кардиохирургична операция на дисекация на аортата, в здравословното състояние на пациентката, когато е била транспортабилна за превеждането ѝ в УМБАЛ „С.“, гр. П., където да бъде приета от кардиохирурзи – при поставена приблизително вярна диагноза на състоянието ѝ?, отговорът е: *„Изходът на операция при дисекация на аорта асценденс, дори при пациенти в запазено общо състояние и постъпили в специализирани клиники навреме, рядко е летален, въпреки всички лечебни мероприятия. Още по-лош е при пациенти със съпътстващи тежки заболявания (в случая тежка степен ХБН). Тежкото общо състояние, в резултат на бързо развиващата се сърдечна недостатъчност, както и тежките придружаващи заболявания биха направили транспорта до специализирана клиника невъзможен.“*.

Отговорът е изключително общ и даден по принцип, а не относно конкретиката на разглеждания случай. Една от основните причини за това е формулирането на самия въпрос: „Какъв би бил изходът от евентуална спешна, своевременна кардиохирургична операция на дисекация на аортата ...“, на който дори и не специалист би следвало да може да си отговори, че по принцип всяка хирургична интервенция крие рискове, още повече в конкретния случай. Но и при така формулирания въпрос, от отговора на вещите лица не става ясно защо считат, че транспортирането на П. до Клиниката по кардиохирургия в УМБАЛ „С.“ – П. е било невъзможно, както и от кой момент (като час) на 15.01.2012 г. то е било невъзможно?

Изложеното налага крайният извод, че заключението на шесторната съдебно-медицинска експертиза е необосновано и поражда съмнение за неговата правилност. Като са приели обратното, а оттам и че при разследването не са установени обстоятелства, сочещи на неправилни и несвоевременни медицински действия, които да са в пряка причинна връзка с настъпилата смърт на П., прокурорът и окръжният съд са стигнали до необоснован и незаконосъобразен извод за липса на данни за извършено престъпление от общ характер по чл. 123, ал. 1 НК.

Ето защо се налага назначаването на повторна арбитражна съдебно-медицинска експертиза, в състава на която да се включат СЕДЕМ ЕКСПЕРТА – двама специалисти в областта на кардиологията и по един специалист в областите на кардиохирургията, нефрологията, спешната медицина, анестезиологията и съдебната медицина и която да се изготви от други, различни от участвалите до момента по делото вещи лица. На експертите следва да бъде поставена задача с въпросите към предходната арбитражна експертиза с изключение на въпрос 32. Вещите лица, след като се запознаят с всички приложени по делото материали, да дадат заключение по поставените въпроси, като при отговорите си следва да опишат и какви дейности е следвало да бъдат извършени в конкретния казус от всяко едно от медицинските лица във всеки един момент спрямо П.П. на 12.01.2021 г. и на 15.01.2012 г.; кои конкретно нормативни документи, медицински стандарти или добри лекарски практики регламентират тези дейности и съобразено ли е с

тях извършеното в действителност. Отделно от това, вещите лица следва да отговорят и на въпросите, поставени в мотивите на настоящото определение при анализа на предходната СМЕ, както и на въпроса дали ако г-жа П.П. е била преместена в специализирано отделение по кардиохирургия в близкия гр. П. е имало време да бъде правилно диагностицирана и подложена на единствено възможното в случая лечение – оперативното. При необходимост вещите лица да отговорят и на всички други, възникнали в хода на изследването въпроси с оглед разпоредбата на чл. 152, ал. 3 НПК.

След връщане на делото прокурорът е необходимо да прецени основанията на чл. 53 НПК спрямо разследващия орган, с оглед изложеното в мотивите на настоящото определение, а след изготвянето на експертизата следва отново да се запознае с всички събрани по делото материали, да направи пълен и задълбочен анализ на всички доказателства и наличните между тях противоречия, като съобрази и заключението на вещите лице и едва тогава да изложи становището си по развитието на настоящото досъдебното производство.

Изложеното налага атакуваният съдебен акт и потвърденото с него Постановление за прекратяване на наказателното производство като необосновани и незаконосъобразни да бъдат отменени, а делото - върнато на прокурора за изпълнение на дадените по-горе указания.

Ето защо Пловдивският апелативен съд

ОПРЕДЕЛИ:

ОТМЕНЯ определение № 260250 от 31.03.2021 г., постановено по ЧНД № 80/2021 г. по описа на Старозагорския окръжен съд.

ОТМЕНЯ Постановление № 296/2014 г. от 05.02.2021 г. на Окръжна прокуратура – Стара Загора за прекратяване на наказателното производство по ДП № **** г. на ОСЛО при ОП – Стара Загора, водено срещу неизвестен извършител за престъпление по чл. 123, ал. 1 НК.

ВРЪЩА делото на Окръжна прокуратура – Стара Загора за изпълнение дадените по-горе указания.

ОПРЕДЕЛЕНИЕТО е окончателно.

Председател: _____

Членове:

1. _____

2. _____