

Протокол

№

гр. София, 28.04.2016 г.

АДМИНИСТРАТИВЕН СЪД - СОФИЯ-ГРАД, Второ отделение 40 състав,
в публично заседание на 28.04.2016 г. в следния състав:

СЪДИЯ: Диляна Николова

при участието на секретаря Ана Илиева и при участието на прокурора Георги Тафров, като разгледа дело номер **9085** по описа за **2014** година докладвано от съдията, и за да се произнесе взе предвид следното:

При спазване на разпоредбите на чл. 142, ал. 1 от ГПК, във връзка с чл. 144 от АПК, на именното повикване в 16.14 часа се явиха:

ИЩЕЦЪТ - Д. К. Д. - редовно уведомен за днешното съдебно заседание, се явява лично и с адв. Н., с пълномощно по делото.

ОТВЕТНИКЪТ - МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО -редовно уведомен за днешното съдебно заседание, представлява се от юрк. З., с пълномощно по делото.

ВЕЩИТЕ ЛИЦА:

Д-Р Р. В. Х. - редовно призован за днешното съдебно заседание, явява се лично.

Д-Р С. А. Д. - редовно призован за днешното съдебно заседание, явява се лично.

Д-Р Б. П. П. - редовно призован за днешното съдебно заседание, явява се лично.

СГП - редовно уведомена за днешното съдебно заседание, се представлява от прокурор Т..

СТРАНИТЕ /ПООТДЕЛНО/: Да се даде ход на делото.

ПРОКУРОРЪТ: Да се даде ход на делото.

СЪДЪТ, като счете, че не са налице процесуални пречки за даване ход на делото,

ОПРЕДЕЛИ:

ДАВА ХОД НА ДЕЛОТО.

ДОКЛАДВА постъпилото на 24.03.2016 година заключение по назначената комплексна СМЕ.

СТРАНИТЕ /ПООТДЕЛНО/: Запознати сме със заключението. Да се изслуша.

АДВ. Н.: Представям нови изследвания на ищеца.

ЮРК. З.: Да се приемат.

ПРОКУРОРЪТ: Да се приемат.

СЪДЪТ

ОПРЕДЕЛИ:

ПРИЕМА днес представените писмени доказателства от адв. Н..

СЪДЪТ, като счете, че заключението по допуснатата комплексна СМЕ е депозирано повече от седем дни преди датата на съдебното заседание, намира, че не са налице пречки за изслушване на вещите лица.

Снема самоличността на вещите лица:

Р. В. Х. - на 59 г., неосъждан, без дела и родство със страните.

С. А. Д. - на 69 г., неосъждан, без дела и родство със страните.

Б. П. П. - на 49 г., неосъждан, без дела и родство със страните.

Вещите лица предупредени за наказателната отговорност по чл. 291 от НК.

Обещаха да дадат вярно и безпристрастно заключение.

СЪДЪТ пристъпи към разпит на вещите лица:

Поддържа представеното заключение.

АДВ. Н.: По въпрос 1.1, като тежест, степен и развитие какво се очаква за заболяването на ищеца при липса на трансплантация?

ВЕЩОТО ЛИЦЕ Х.: Тежестта е крайна. Налице е бъбречна недостатъчност. При пациента се провежда органо заместващо лечение - хроничен диализа. То имитира функцията на бъбрека. Замества най-вече неговите отделителни функции. Лечението с хемодиализа е жизнено необходимо. В хода на преддиализния и на диализния период се развиват присъщи за страданието усложнения, които са посочени в заключението. Пациентът е с терминална бъбречна недостатъчност. Ще бъде на хроничен диализа дълго време. Не мога да кажа колко време може да продължи това. Не може да се предполага колко време ще живее човек с хронично бъбречно заболяване. В практиката си съм имал случай на пациент, който беше 25 години на хроничен диализа. Средно пациентите на диализа живеят около 8-10 години. Тази продължителност зависи от много обстоятелства: развитието на медицината, конкретното състояние на пациента, придружаващите заболявания, операции и др. От 1996 година имам опит с лечение с допълнителни препарати при хемодиализното лечение, стимулиращи еритрогенеза, коригиращи анемичния синдром. В лечението на костната болест също има напредък. Има много хормонални препарати, които влияят благоприятно върху спирането на развитието на усложненията при терминалната бъбречна недостатъчност, каквото е т. нар ренална остеодистрофия (костна болест). Антибактериалното лечение също се използва. В различните периоди от развитието на диализата има опит, който показва, че пациентите на хроничен диализа стават повече. Това е така, защото те вече умират по-рядко и живеят по-дълго. Не мога да кажа с колко се е увеличила продължителността на живота със съвременните методи за лечение, използвани при хемодиализа.

АДВ. Н.: Имало ли е периоди, в които е липсвал препаратът „Еритропоетин“?

ВЕЩОТО ЛИЦЕ Х.: Това е държавно подсигурен препарат. Той е основен препарат. Това са група препарати, които стимулират червения кръвен ред.

АДВ. Н.: Според днес представените документи, по отношение на костната болест, какво показват тези резултати?

ВЕЩОТО ЛИЦЕ Х.: Налице е високо ниво на паратхормона. Това е основният хормон, който регулира калциево- фосфорната хомеостаза. Хомеостаза означава постоянство. При болните с бъбречна недостатъчност, независимо от стадия ѝ, се развива вторичен хипер парап аневризъм в резултат от намалената или липсваща функция на бъбреците. Тези резултати са адекватни на състоянието на ищеца. При болните с ренална остеодистрофия (костна болест) е обичайно паратхормонът да бъде повишен малко над стойностите при здравия човек. Нарушаването на калциево-фосфорната хомеостаза води до деструкция и до промяна в структурата на костите. Ищецът страда от костна болест. Налице е деструкция на костите. В резултат на това костите, например стават чупливи, налице е отлагане на калций в меките тъкани и съдовете и др. Влошава се състоянието на човека. Това е част от усложненията, които се развиват в хода на хроничнодиализното лечение. С времето те се задълбочават. Налагат се все по-сериозни корекции - диетични ограничения и др. Тези усложнения напредват въпреки всичко.

АДВ. Н.: Има ли разлика при пациентите с трансплантация в сравнение с пациентите с хронична бъбречна недостатъчност на диализно лечение?

ВЕЩОТО ЛИЦЕ Х.: Трансплантацията ще подобри това състояние. Уврежданията няма да престанат и паратхормона няма да влезе в норма. При трансплантиране състоянието се подобрява, защото бъбрекът работи, но един трансплантиран бъбрек не достига такава функционална комфортност, че да замести двата неработещи бъбрека. Това става в много редки случаи. При наличие на хронично бъбречно заболяване, без значение от различните му степени, никога пациентът няма да достигне състоянието, когато е бил с два здрави бъбрека.

АДВ. Н.: Може ли състоянието на пациента да се сравни с това на болен от остеопороза?

ВЕЩОТО ЛИЦЕ Х.: Това са различни случаи. Те не могат да се сравняват.

АДВ. Н.: Относно въпрос 1.2, диализата лечение ли е или е поддържаща терапия?

ВЕЩОТО ЛИЦЕ Х.: Хемодиализата е животоспасяваща. Никога пациентът не може да се излекува след хемодиализа. В конкретния случай, хемодиализата няма да доведе до излекуване. Няма метод за излекуване при такова състояние. Трансплантацията няма да доведе до излекуване. Подобрява се само начинът на живот.

ВЕЩОТО ЛИЦЕ П.: Диализата спасява живота.

ВЕЩОТО ЛИЦЕ Х.: Ако трансплантираният бъбрек бъде отхвърлен, човекът отново отива на диализа.

СЪДЪТ: При прием на имunosупресори при евентуално извършена трансплантация каква ще бъде последицата от провеждането на имunosупресивно лечение, с оглед наличните констатирани от вещите лица съпътстващи заболявания при ищеца?

ВЕЩОТО ЛИЦЕ Д.: С и В вирусът са двата хепатогенни вируса, които увреждат черния дроб. Те са с десетки години действие. Те са много бавно действащи вируси. За формирането на цироза са нужни много десетилетия. Обикновено цироза настъпва след петото десетилетие, когато настъпва промяна в имунитета на човека. Това е периодът средно за всеки човешки организъм. Има индивидуални различия. След петото десетилетие рискът от цироза нараства. Заразата с вируса на хепатит може да настъпи и по полов път, не само чрез кръвопреливане и манипулации. В Б. има около 300 000 души с хепатит В и С. Считаме, че има активност на вируса при некроза на

клетки при С-вирусна и В-вирусна инфекция с нарастване на некротичните хепато целуларни ензими. При болните има ниво на вируса. Когато се изследва вирусът, той винаги е наличен, докато не се изчисти чрез ерадикация - пълно изчистване на организма от вируса. При ищеца е направен един опит за ерадикация. Това е възможно от преди една година във висок процент и за хепатит С. Винаги, когато имаме положителен маркер за хепатит С, има количество вирус, от което зависи по-нататъшното лечение. Има различни нива на вирусно натоварване. Винаги има риск от цироза. При пациента преди два месеца не е установена цироза. Той е носител на вируса на хепатит С. Вирусното натоварване, отразено в приложеното изследване на лист 190 от делото, е ниско. Съответства на пациент, който е носител на вируса.

АДВ. Н.: С този вирусен товар пациентът ще бъде ли трансплантиран, ако има друг реципиент без С вирус?

ВЕЩОТО ЛИЦЕ П.: Пациентът без С вирус е с по-добри шансове да преживее трансплантацията и бъбрекът да остане по-дълго в него. Намалява рискът от отхвърляне на бъбрека.

СЪДЪТ: Каква е вероятността от отхвърляне на трансплантиран бъбрек?

ВЕЩОТО ЛИЦЕ П.: Почти всеки трансплантиран бъбрек до една година има поне една реакция на отхвърляне. Най-точно може да отговори на този въпрос Д. по бъбречна трансплантация. Там става проследяването на пациента след извършването на трансплантацията. Ние сме само технически изпълнители на операцията. Останалото се извършва в диспансера.

Пациентът с хепатит има по-малки шансове да преживее трансплантацията. Погрешно е схващането, че когато се направи трансплантация, всички проблеми приключват. Трансплантираният човек има всички рискове, предвид това, че имунитетът му е нисък, за да може чуждият орган да преживее максимално дълго в чуждото тяло. Всяка инфекция за пациента представлява риск. Трансплантираният пациент може да развие различни видове неоплазми (тумори). Има вече много такива случаи. При тези пациенти протичат бързо, защото имунитетът се потиска умишлено, за да не се отхвърли органът. Това е целта на имunosупресията.

АДВ. Н.: Колко пациенти с хепатит сте трансплантирали в болница „Л.“ при наличие на донор без хепатит?

ВЕЩОТО ЛИЦЕ П.: Не сме трансплантирали реципиент с хепатит, ако донорът не е с хепатит. Принципно при наличие на пациент с хепатит и пациент без хепатит се трансплантира този, който е без хепатит поради причините, които вече посочих – вероятността за отхвърляне на бъбрека от организма е по-малка.

АДВ. Н.: Относно въпрос 7, кои са обичайните за етапа на страданието усложнения?

ВЕЩОТО ЛИЦЕ Х.: Усложненията са множество - бъбречна анемия, костна болест и останалите, посочените в заключението. При пациента са налице бъбречна анемия, костна болест, вторична хипертония, гастроентерологични нарушения, елиминационен гастрит, нарушения в храносмилателната система, нервно-психологични нарушения, сексуални и репродуктивни нарушения, склонност към инфекции и др. От психологическа гледна точка, става въпрос за болен човек, който знае, че никога няма да се излекува, който всеки ден се среща с апарата за хемодиализа. Човекът е зависим от хемодиализната процедура. Трябва да си прави сметка, че трябва да бъде диализиран, където и да отиде. Това води до тежко психологично нарушение на съня. Недоспиването е характерно за повечето болни на хемодиализа. Те са изморени. Върху психическото състояние на човека влияе и това,

че многократно през месеца се взима кръв за изследване. Човекът полага много усилия, за да има добри резултати - спазва диети, ходи редовно на диализа. Очакването на резултатите и това, че те не са такива, каквито трябва да бъдат, са предпоставка за развиване на егоцентризъм в болния. Това е особен начин на живот. Най-тежкото за болния е зависимостта от машината. Това променя работоспособността му. Всички такива болни са с тежка група инвалидност. Допълнително усложнение е нарушението на обмяната на желязото. При ищеца го има това заболяване. Порфирията също е резултат от продължителната диализа. Ако се направи трансплантация, ще има други усложнения. Един такъв човек е склонен към инфекции, неоплазми и т.н. Трансплантациите се правят, защото подобряват качеството на живота на човека.

ВЕЩОТО ЛИЦЕ П.: От икономическа гледна точка трансплантацията е по-изгодна, отколкото диализата. Трансплантации се правят в зависимост от предоставените органи. Трансплантациите се правят с цел подобряване качеството на живота. Те имат значение и от финансова гледна точка, тъй като са по-изгодни за държавата.

АДВ. Н.: Относно 9 въпрос, в какъв период след откриване на исхемична бъбречна недостатъчност се прави трансплантация?

ВЕЩОТО ЛИЦЕ П.: Навременна трансплантация може да се направи само от жив подходящ донор. Трупният донор е въпрос на късмет. За трупния донор няма срок. Възможна е трансплантация, когато се появи подходящ трупен донор за пациента.

АДВ. Н.: След 10 години диализа какво се очаква като резултат от трансплантацията в сравнение с трансплантация, направена по-скоро след започване на диализното лечение?

ВЕЩОТО ЛИЦЕ П.: Трансплантирали сме и пациент с 12 годишна диализа. Не мога да отговоря на този въпрос. Всичко зависи от моментното състояние на пациента.

АДВ. Н.: Продължителността на диализата влияе ли върху успеваемостта на трансплантацията при реципиенти със сходни данни?

ВЕЩОТО ЛИЦЕ П.: Трансплантацията е механичен процес. След това започват имуносупресии. Не може да се каже как ще се развие трансплантираният бъбрек в бъдеще. Зависи от състоянието на съдовете на пациента. Диализата влошава състоянието на съдовете. Първичното заболяване също има отношение. Не мога да кажа кое има по-силно влияние. При всеки е различно.

АДВ. Н.: Относно допълнителния 3-ти въпрос, ищецът отговоря ли на критериите за новото лечение на хепатит?

ВЕЩОТО ЛИЦЕ Д.: Има предимно международен опит и много малко български опит, тъй като при нас съвременните лекарства идват със закъснение. Опитът е предимно с предложени от фирмите клинични изпитвания, с оглед въвеждането на това скъпо лечение и у нас. Досега се считаше, че първо пациентът трябва да се изчисти от вирус С и едва след това да бъде трансплантиран. Новите лекарства ще позволят да се промени това положение. Има вече пациенти с вирус С, които са трансплантирани и са предложени от националния консултант на нашата клиника за лечение. Все още няма такива лекувани пациенти. Те само са предложени за лечение с новите препарати. Това са противовирусни С препарати. Опитът е малък. Няма национален консенсус по този въпрос. Ищецът има и други заболявания, които правят нещата неясни. Комисията може да реши проблема му. Има шанс да бъде излекуван и след трансплантация. Това ново безинтерфероново лечение е с продължителност средно три месеца. Трансплантацията може да се направи след изчистване на вируса от

организма. Пациенти, трансплантирани преди това, има, но са малко на брой. Лечението за тях е ново.

ЮРК. З.: Относно въпрос 1, може ли да уточните към кой момент е било възможно излекуване на бъбреците при ищеца?

ВЕЩОТО ЛИЦЕ Х.: Преди настъпване на хроничната бъбречна недостатъчност. Ако е имало заболяване, което е довело до хронична бъбречна увреда, с нормален креатинин и с нормални показания, и е било проведено лечение, с което да се стопира на този етап, е било възможно излекуване. След навлизането в стадия на хроничната бъбречна недостатъчност, тя еволюира неминуемо в терминална, независимо от лечението. Ищецът е лекуван отдавна за пиелонефрит. Тогава е лекуван с антибиотици. Вероятно тогава не е било назначено правилно лечение, защото не е била поставена правилно диагнозата. Не е изследвано дали не става въпрос за друго аутоимунно заболяване. Ищецът се е явил в [населено място] с хронично заболяване. Направен е опит за патогенетично лечение, но процесът ескалира и се достига до терминална бъбречна недостатъчност и хемодиализа. При сбръчкан бъбрек избягваме да правим биопсия. Биопсия се прави, когато бъбрекът има функции и запазен паренхим, за да се види на какво ниво е увреждането и какво е подходящото лечение.

ЮРК. З.: Видяхте ли медицински документи, от които да е видно, че усложненията са вторични и са резултат от хемодиализата?

ВЕЩОТО ЛИЦЕ Х.: Днес видях, относно паратхормона. В случая, при пациента се касае за вторичен хиперпаратиреоидизъм и хронично бъбречно заболяване в напреднала фаза и настъпили от него усложнения.

ЮРК. З.: Може ли да се каже, че кардиологичните проблеми са резултат от хемодиализата?

ВЕЩОТО ЛИЦЕ Х.: Болните с хронична бъбречна недостатъчност развиват уринична кардиомиопатия. Това е патогенно усложнение, което води до трайно увреждане на сърдечния мускул. Това е вторично усложнение при ищеца. Анемията, която е хронична, води до изменение, включително и на миокарда. Вторичният хиперпаратиреоидизъм води до промяна в хомеостазата на калция и също има отношение към сърцето. В началото пациентът е нямал анемия. В първата епикриза нямаше анемия.

ЮРК. З.: Групите заболявания, които определяме като обичайни при хемодиализа, могат ли да се определят като обичайни закономерности при хронична бъбречна недостатъчност?

ВЕЩОТО ЛИЦЕ Х.: Да. Те се наблюдават и преди хемодиализата. В конкретния случай, това са анемичният синдром, вторичният хиперпаратиреоидизъм. В първите епикризиса на ищеца анемията не е налице. След това той започва да лежи неколkokратно в болница. Изпада в хронична бъбречна недостатъчност и тогава се появява анемичният му синдром. Когато отива на хемодиализа, той е налице и е задълбочен.

ЮРК. З.: Тези закономерности характерни ли са за един

трансплантиран?

ВЕЩОТО ЛИЦЕ Х.: Болният може да бъде трансплантиран и преди диализата, но това означава, че той вече ги има вторичните заболявания. Щом се налага диализа, бъбрекът е изчерпал функцията си. Преди изчерпване функцията на бъбрека е възможно да се направи трансплантация в преддиализния период, за да се избегнат усложненията, които се получават при диализата и които компрометират донякъде трансплантацията.

ЮРК. З.: Заразяването с хепатит С резултат от хемодиализата ли е при ищеца?

ВЕЩОТО ЛИЦЕ Х.: Никъде в медицинската документация няма безспорни данни, че хепатит С е следствие от диализата.

АДВ. Н.: Какъв е рискът за диализния пациент от заразяване с хепатит С в сравнение със здравия човек?

ВЕЩОТО ЛИЦЕ Х.: Вероятността човек с хронична бъбречна недостатъчност да се зарази с хепатит С е много по-голяма отколкото при здравия човек.

ЮРК. З.: Относно въпрос 8, усложненията зависят ли от продължителността на диализното лечение?

ВЕЩОТО ЛИЦЕ Х.: Зависят, да. Ищецът е много добре рехабилитиран и добре поддържан. Той е в състояние да се самообслужва.

СТРАНИТЕ /ПООТДЕЛНО/ И ПРОКУРОРЪТ: Нямаме въпроси към вещите лица. Да се приеме заключението.

СЪДЪТ

ОПРЕДЕЛИ:

ПРИЕМА заключението на вещото лице. Издадоха се три броя РКО за сумата от по 100 лева от внесения депозит от 300 лева.

С оглед представената справка-декларация от вещото лице Х., отразяваща броя на действително отработените часове, и във връзка, с което е поискано заплащане на възнаграждение в по-висок размер, СЪДЪТ, като съобрази разпоредбата на ал. 1 на чл. 24 от Наредба № 2/29.06.2005 година за вписването квалификацията и възнагражденията на вещите лица, чл. 25, ал.1 от Наредбата и обстоятелството, че към дата на възлагане на експертизата на вещото лице Х., а именно 30.04.2015 година, размерът на минималната месечна работна заплата за страната, приет с Постановление на МС № 419/17.12.2014 година, е в

размер на 360 лв., съответно почасовата ставка за възнаграждението на вещото лице, изчислена по-реда на наредбата е 8,28 лв.,

ОПРЕДЕЛЯ окончателен депозит за възнаграждение на вещите лица, в размер на 431, 84 лв.

ЗАДЪЛЖАВА жалбоподателя в 10-дневен срок от днес да внесе по сметката на съда за вещи лица сумата в размер на 131, 84 лв., представляваща разликата от внесения депозит до окончателно определения размер за възнаграждение на вещите лица.

ПРЕДУПРЕЖДАВА жалбоподателя, че при неизпълнение ще бъде постановено определение по чл. 77 от ГПК за принудително събиране на сумите.

АДВ. Н.: Моля да ми дадете възможност да представим декларация за доходите на ищеца и същият да бъде освободен от заплащане на допълнителен депозит. Депозитът следва да бъде разпределен между двете страни, тъй като вещите лица отговориха и на въпроси, задени от ответника.

СЪДЪТ

ОПРЕДЕЛИ:

ДАВА ВЪЗМОЖНОСТ на адв. Н. в същия срок да представи по делото доказателства за обстоятелствата по чл. 83, ал. 2 от ГПК, във връзка с направеното искане за освобождаване от внасяне на допълнителен депозит.

По отношение претендираните мораторни лихви, уточнени с молба от 05.01.2015 година, и с оглед уточнението на размера на исковите претенции, направено в съдебно заседание на 26.02.2015 година, и заявеното оспорване от процесуалния представител на ответника на представените от адв. М. справки за размера на дължимите лихви, изчислени с лихвен калкулатор в Интернет,

СЪДЪТ

ОПРЕДЕЛИ:

ДОПУСКА изслушването на ССЕ, като вещото лице, след като се запознае с доказателствата по делото, да отговори на въпроса какъв е размерът на мораторната лихва върху сумата, претендирана с всеки отделен иск, както следва:

- По иска за присъждане на обезщетение в размер на 20 000 лв. за неимуществените вреди, причинени на ищеца отменения

отказ за финансово подпомагане за лечение в чужбина, обективиран в Писмо с изх. № 49/28.02.2011 година на Директора на Център „Фонд за трансплантация“ с посочен в уточнителната молба от 05.01.2015 година период на претенцията от 25.07.2012 година до датата на предявяване на иска - 07.01.2014 година.

- По иска за присъждане на обезщетение в размер на 20 000 лв. за неимуществените вреди, причинени на ищеца от отказ за финансово подпомагане на лечение в чужбина, обективиран в Писмо с изх. № 95-00-257(09)/29.09.2011 година на Председателя на Комисията за лечение в чужбина, с посочен в уточнителната молба от 05.01.2015 година период от 26.06.2013 година до датата на предявяване на иска - 07.01.2014 година.

ОПРЕДЕЛЯ депозит за възнаграждение на вещото лице в размер на 200 лв., вносими от ищеца в 10-дневен срок от днес.

Вещо лице СЪДЪТ ще определи в закрито заседание след представяне по делото на доказателства за внесен депозит.

АДВ. Н.: Моля да освободите ищеца от заплащане на разноски за експертизата поради липса на средства.

СЪДЪТ

ОПРЕДЕЛИ:

УКАЗВА на ищеца в 10-дневен срок от днес да представи доказателства за обстоятелствата по чл. 83, ал. 2 от ГПК.

СТРАНИТЕ /ПООТДЕЛНО/: Нямаме други доказателствени искания.

ПРОКУРОРЪТ: Нямам искания по доказателствата.

За събиране на доказателства СЪДЪТ

ОПРЕДЕЛИ:

ОТЛАГА И НАСРОЧВА делото за 09.06.2016 година, от 15.00 часа, за когато страните и СГП уведомени от днес.

Протоколът е изготвен в съдебно заседание, което приключи в 17.37 часа.

СЪДИЯ:

СЕКРЕТАР:

