

РЕШЕНИЕ

№ 8276

гр. София, 21.12.2013 г.

В ИМЕТО НА НАРОДА

АДМИНИСТРАТИВЕН СЪД - СОФИЯ-ГРАД, Второ отделение 27 състав,
в публично заседание на 10.12.2013 г. в следния състав:

АДМИНИСТРАТИВЕН СЪДИЯ: Аглика Адамова

при участието на секретаря Цветанка Митакева, като разгледа дело номер **6385** по описа за **2013** година докладвано от съдията, и за да се произнесе взе предвид следното:

Производството е по реда на чл. 112 ал. 1 т.4 от Закона за здравето вр. чл.145-чл.178 АПК.

Образувано е по жалба на Т. Г. Д. срещу експертно решение № 0257 от заседание 069/08.05.2013г. на Национална експертна лекарска комисия. В жалбата са въведени твърдения, че при изчисляване на крайния процент ТНР методиката е погрешно приложена. Възразява по отношение на определения му процент за нервни болести. Поради това иска отмяна на решението и даване задължителни указания на ответника как да изчисли процента ТНР. Претендира разноси.

Ответникът - Национална експертна лекарска комисия чрез процесуалния си представител оспорва жалбата.

Заинтересованата страна – РУ „Социално осигуряване”, [населено място] не взема становище.

Съдът като взе предвид доводите на жалбоподателката и въз основа на събраните по делото доказателства, приема за установено следното:

С експертно решение на ТЕЛК общи заболявания при МБАЛ, [населено място], № 3367 от зас. 216/10.12.2012г. на жалбоподателя Т. Г. Д. е определен процент на трайно намалена работоспособност спрямо здравия човек 30 %, със срок на инвалидност три години, с водеща диагноза състояние след исхемичен мозъчен инсулт в областта на ствола /месец 10.10г._ без функционален дефицит; захарна болест – неинсулинозависим захарен тип /диабетна полиневропатия/.

Експертно решение на ТЕЛК общи заболявания при МБАЛ, [населено място], №

3367 от зас. 216/10.12.2012г. е било обжалвано пред НЕЛК. С атакуваното по делото експертно решение № 0257 от заседание 069/08.05.2013г. на Национална експертна лекарска комисия е изменено решението на ТЕЛК по оценката на работоспособността, като са определена 64% ТНР. Водещата диагноза е последици от мозъчен инфаркт с придружаващи общи заболявания – мозъчно съдова болест, исхемичен мозъчен инсулт със стволова локализация, синдром на В.-З., остатъчна левостранна централна латентна хемипареза, пирамидна симптоматика в десни крайници, дискоординационен синдром – лека степен, оклузия на лява вертебрална артерия, артериална хипертония втора степен, умерена с мозъчна форма, захарен диабет II тип с диабетна полиневропатия, вторична тромбоцитопения, левостранна омартроза без остатъчен функционален дефицит. Констатирани са остатъчна леко изградена лява назолабиална гънка и асиметрия на небните дъги, хоризонтален нистагъм при поглед наляво, патологични рефлексии – Х., Т. и Б. двустранно, при пробата за латентни парези пронира лява ръка и отпада ляв крак, мускулен тонус много леко завишен в десен крак, сетивност – десностранна хемихипестезия по органичен тип и лява лицева половина, координация – дизметрия при НПП и К., при изследване на Р. отклонява назад и наляво, походка атактично паретична, на широка основа, но самостоятелна, контролира тазови резервоари, ВКГ – брадипсихичен. В заключение, за МСБ, състояние след ИМИ със стволова локализация с остатъчен дискоординационен синдром – лека към средна степен са определи 40 % по част 7, т.3.2 За остатъчна левостранна централна латентна хемипареза се следват 30% ТНР по част 7, т.2.4.1. За пирамидна симптоматика в десни крайници се следват 10% ТНР по част 7, т.2.9 + 10% ТНР за доминантен горен крайник, общо 20% ТНР. За остатъчна централна лезия на 7 ЧМН вляво – лека степен се следват 10% ТНР по част 7, т.7.1; за оклузия на лява вертебрална артерия с липса на кръвоток се следват 30% ТНР по част 7, т.6.2.

За захарен диабет – диабетна полиневропатия са определени 30% ТНР.

От заключението на назначената съдебно-медицинска експертиза, дадено след обсъждане на медицинската документация и преглед на жалбоподателя, се установява следното:

Вещото лице е взело предвид представените към преписката документи: Етапна епикриза от 29.11.12г. с диагноза Последици от МСБ. Състояние след ИМИ във ВБС-см на В. З.. Обективно е установено: Левостранна централна хемихипестезия в ляво. Р.- нестабилен Остатъчен дискоординационен синдром. ДПНП; М. на главен мозък №3792/07.12.2010г. с разчет: исхемия в лява половина на ствола към продълговатия мозък от стар исхемичен съдов инцидент... не се изобразява лява вертебрална артерия. Редукция на кръвоток в задна циркулация. Заключение: исхемичен съдов инцидент с давност в трункус церебри. Оклузия на лява вертебрална артерия; Е. с данни за полиневритно увреждане сетивен тип на долни крайници; Епикриза ИЗ №1607/05.06-09.06.2012г, с диагноза Вторична тромбоцитопения. Придружаващи заболявания: Хиперспленизъм. С. хепатис. МСБ. Състояние след ИМИ. Х. Пет. ИНЗД. Подагра; ЕР на ТЕЛК №2800/09.12.2011г., МБАЛ П. след преглед определя 83% ТНР с диагноза Състояние след ИМИ в областта на ствола. Алтерниращ стволосиндром на В. З.. Левостранна хемипареза- средна степен. Дискоординационен синдром- лека степен, Диабетис мелитус ИНЗТ без К.;Епикриза ИЗ №18400/20.10-08.11.2010г./ с диагноза Исхемичен мозъчен инсулт в областта на ствола. Алтерниращ синдром на В. З. Обективно е установено: хоризонтален и вертикален нистагъм при поглед встрани и

нагоре; централна лезия на VII ЧМН вдясно, лезия на X. ЧМН вляво, непълен синдром на КБХ-птоза на ляв клепач, енофталм, без зенични промени; левостранна централна латентна хемипареза, десностранна хемихипестезия; булбарен синдром-дисфония, дисфагия; дискоординационен синдром. КТ на главен мозък от 20.10.2010г. с данни за ИМИ в БДСМА. От консултацията с ендокринолог: Захарен диабет тип 2, новооткрит. Дадена терапия. Изписан е с обратно развитие на булбарната симптоматика и туловищната атаксия, без нистагъм при персистиране на латентната левостранна хемипареза; Епикриза ИЗ 0659/31.03-07.04.2011г. от Национална специализирана болница за физикална терапия и рехабилитация, О. купел с диагноза Последици от Мозъчно-съдова болест. При приемането е установено: симптом на КБХ вляво; централна лезия на VII ЧМН вляво, и намек за такава на X. ЧМН вдясно; отклонява увула с асиметрия на небни дъги, липсва фарингеален рефлекс в ляво, дисфония дисфагия. Квадрипирамиден синдром по-изразен вдясно с хемихипестезия от дисоцииран тип при интактна дълбока сетивност. Тежък дискоординационен синдром. Хоризонтален нистагъм при поглед наляво, вертикален нистагъм за ляво око. След проведената рехабилитационна програма е изписан с възможност за придвижване на малки разстояния с проходилка при чужда помощ.

При личния преглед на 16.11.2013г жалбоподателят се е оплакал от постоянна замаяност, залитане при рязко обръщане на главата, нестабилност в походката, изтръпване и парене на стъпалата; безчувственост на дясна ръка/ не усеща топло и студено и често се изгаря/ и несръчност при обличане; трудно преглъщане, като често се дави при прием на течности, които изтичат покрай устния ъгъл .

Обективно: КБХ в ляво- лека птоза на ляв клепач /по-тясна очна цепка; лек енофталм, зеници - тесни Л-Д, реагиращи на светлина. Набелязана централна лезия на VII ЧМН в ляво.

Б. синдром- неподвижни небни дъги и увула, липсва фарингеален рефлекс, лека дизартрия, дисфагия.

Квадрипирамиден синдром - лека по степен пареза за дясна ръка и ляв крак, латентна пареза за десен крак и за лява ръка. Намалена мускулна сила за дясна ръка с отпадна сетивна симптоматика за болка.

Дискоординационен синдром: Хоризонтален нистагъм при поглед встрани, по-изразен надясно. НПП и К. с лека дизметрия. Р. - при затворени очи залита в неопределена посока, без отчетлива латерализация. Походка - на широка основа, нестабилна, но самостоятелна без помощно средство.

Сетивност - десностранна хемихипестезия по органичен тип за болка, при съхранена дълбока сетивност. Полиневропатен синдром за долни крайници - дистално засилваща се хипестезия с хиперпатия с ниво глезени. Отрича тазово резервоарни смущения и епилептични пристъпи.

От соматичен статус: стабилна хемодинамика. АН 120/80. Ритмична сърдечна дейност с честота 72 уд/мин.

От приложената към МЕД медицинска документация е видно, че Т. Д. на 20.10.2010г. е реализирал Мозъчен инфаркт във басейна на лява задна долна малкомозъчна артерия при хипоплазия /обтурация /на лява вертебрална артерия. Синдром на В. З. с клинични изяви от КБХ /енофталм и птоза на ляв клепач/, булбарен синдром-дисфония, дисфагия; левостранна централна латентна хемипареза, десностранна хемихипестезия; дискоординационен синдром - туловищна атаксия. В хода на диагностичното уточняване през болничния престой се открива и Захарен диабет с

уточнена терапия от ендокринолог и артериална хипертония. При по-нататъшното проследяване се установява вторична тромбоцитопения и е прието, че при ехографски данни за увеличена слезка с обичайна ехоструктура, се обуславя от поддържащата антиагрегантна терапия по повод установената с М. обтурация на лява вертебрална артерия. След спирането и, броят на тромбоцитите се възстановява до долни гранични стойности - 105 и е препоръчано проследяването им. Установени са още клинични и Е. данни за отпадна сетивна симптоматика за долни крайници, изява на неврологични усложнения при захарен диабет - диабетна полиневропатия. След продължителна поддържаща медикаментозна терапия и двигателна рехабилитация се постига непълно възстановяване на неврологичния дефицит и въз основа на личния преглед извършен на 16.11.2013г. както и на прегледите в НЕЛК вещото лице приема, че към 08.05.2013г. Т. Г. Д. страда от Последствици от мозъчно-съдова болест. Състояние след мозъчен инфаркт в басейна на лява задна долна малкомозъчна артерия/м.10.2010г./ при хипоплазия /обтурация/ на лява вертебрална артерия. Синдром на В. З.. Б. синдром. Квадрипирамиден синдром- лека по степен пареза за ляв крак и дясна ръка, латентни за лява ръка и десен крак. Дискоординационен синдром- лека към средна степен. Артериална хипертония- II, умерена степен. Мозъчна форма. Захарен диабет II. с неврологични усложнения- диабетна полиневропатия с отпадна сетивна симптоматика /Е. данни/. Вторична тромбоцитопения. Левостранна омартроза без остатъчен функционален дефицит.

С оглед установения при личен преглед остатъчен неврологичен дефицит и данните от останалите прегледи в НЕЛК за останалите заболявания, съгласно НМЕ/2010г. оценката на експертизата за работоспособността на Т. Г. Т. е както следва;

Симптомът на КБХ/ К. Б. Х./ в ляво, изразен в леко хлътване на очната ябълка /енофталм/ и по-тясна лява очна цепка от леко падане на клепача /птоза/, без зенични промени и зрителни смущения не обуславя функционален дефицит и не следва процент ТНР.

За остатъчната леко изгладена лява назолабиална гънка / VII ЧМН/, козметичен дефект, без функционален дефицит- по 4.VII, т. 7 не следва процент ТНР.

За Б. синдром с гълтателни и говорни смущения по 4.VII т.9 /по анамнестични и клинични данни 80%ТНР

За квадрипирамиден синдром с лека по степен пареза за дясна ръка /съпроводена с отпадна сетивна симптоматика/ и ляв крак; с латентна пареза за десен крак и лява ръка по ч. VII т.2.8.2 - 75 % ТНР

За дискоординационен синдром лека към средна степен/ хоризонтален нистагъм при поглед на встрани, по-изразен надясно, лека дизметрия при НПП и К.; при пробата на Р. е нестабилен, без отчетлива латерализация. Възможна самостоятелна походка на широка основа, атактично-паретична- 4.VTI, т. 3.2- 40% ТНР.

За високостепенни стенози над 70% за лява вертебрална артерия по ч. VII, т.6.2-30% ТНР

За Захарен диабет- тип 2, на монотерапия с Диапвел с неврологични усложнения-диабетна полиневропатия с Е. данни за отпадна сетивна симптоматика, без моторен дефицит, със запазена артериална перфузия на стъпалните артерии, съгласно консултацията с хирург в НЕЛК, без засягане на др. прицелни органи по ч. IX, р. I, т.1,2 следват 30% ТНР

При високостепенни стенози на вертебралната артерия, в условията на неефективно колатерално кръвообращение с редукция на мозъчния кръвоток в съдовия басейн и

наличните рискови фактори, са възможни флуктуации в степента на изразеност на остатъчния неврологичен дефицит, откъдето не може да се даде категоричен отговор за състоянието на ищеца през м. май 2013г., когато е освидетелстван от НЕЛК.

Дори да се игнорират степенните различия в остатъчния двигателния дефицит установен при личния преглед и този в НЕЛК, то в НЕЛК изобщо не са коментирани анамнестичните и клинични данни за булбарната пареза.

С оглед множествените остатъчни увреждания след реализирания мозъчно-съдов инцидент, съгласно т. V от Методиката за прилагане на отправните точки за оценка на ТНР в проценти, експертизата определя краен процент - 95 %ТНР за булбарен и квадрипирамиден синдром- лека степен (80%+ 20%х /75+.../), при съпътстващи дискоординационен синдром, високостепенна стеноза на лява вертебрална артерия и захарен диабет - тип 2 с неврологични усложнения- диабетна полиневропатия.

В съдебно заседание, въз основа на поставените от съда въпроси, вещото лице обяснява следното:

Хемипареза от една страна, пирамидна симптоматика от друга страна също се включва към квадрипирамиден синдром. При прегледа се оказва, че жалбоподателят с този доминантен десен крайник има не пирамидни белези, а латентна към лекостепенна пареза и като се прибавят тежките сетивни смущения той няма усет за топло. Поради това минава към средна степен. При хемипареза лека степен се определя 75 %, но при квадрипирамиден синдром лека степен той има лекостепенна за крака, лека степен за дясна ръка. Т.е. хемипарезата е, когато има пареза само от едната страна, а квадрипарезата, когато е от двете страни, различно степенно изразени. Пирамидни белези значи паталогични белези. НЕЛК не е обсъждала тежкият булбарен синдром, 80% е минималният. Има анамнестични данни за често даване, без фарингеален рефлекс, неподвижни небни дъги и увула. Има гълтателни нарушения, което става водещо. Дисфагия е смущение в гълтането. Дисфония това е смущение в звучността на гласа. Дизартрия е размазан говор. Жалбоподателят го има и това е в подкрепа на булбарния синдром. Налице е лоша локализация на инсульта, която е обусловена от акталзия на вертебралната артерия, което е доказано с магнитен резонанс. Т.е. едната страна се кръвоснабдява чрез вертебралното кръвообращение от другата страна. Това е някакъв дефект, който обикновено е вроден, не е патологично обособен. Възможно е да има флуктуация за изразността на симптомите, най-вероятно го е имал. Те описват дизартрия, но както и вещото лице при прегледа е установило, жалбоподателят има гълтателни нарушения, но поради обратност в работата е възможно да са пропуснали този момент.

ЧМН означава черепни мозъчни нерви. Б. пареза не е свързана с лицевия нерв. Локализацията на инсульта е такава, че е възможно да има засягане от двете страни. Възможно е да съществува и булбарна пареза и увреждане на ЧМН. Б. пареза също касае ЧМН, което отговаря на локализацията на инсульта.

При определяне на общото състояние на пациента вещото лице е имало предвид високите проценти на допълнителното увреждане.

Съдът кредитира заключението и обясненията на вещото лице, с оглед неговите специални знания в областта на медицината. Същите са обосновани и не са оспорени от страните.

При така установените факти, съдът обосновава следните правни изводи:

Депозираната жалба е процесуално допустима, като подадена в срок от легитимирано лице с правен интерес.

Разгледана по същество, е основателна.

Оспореното експертно решение е постановено от компетентен, по смисъла на чл. 112 ал. 3 ЗЗдр, НМЕ и Правилника за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза и на регионалните картотеки на медицинските експертизи, от компетентен административен орган, в установената от закона форма, при правилно приложение на материалния и процесуалния закон.

Обжалваният административен акт е постановен при действието на Наредбата за медицинската експертиза. Експертизата на трайната неработоспособност се осъществява въз основа на медицинската документация и клиничен преглед на лицето. Според чл. 62 от НМЕ степента на трайно намалена работоспособност се определя въз основа на подробна клиничко-експертна анамнеза, задълбочен клиничен преглед, насочени лабораторни и функционални изследвания и данните от наличната медицинска документация, даващи представа за функционалното състояние на заболялия орган и организма като цяло. Установеното увреждане, стадият на неговото развитие и обусловеният функционален дефицит се съобразяват със съответната отправна точка съгласно приложение № 1. Определените проценти, дадени съгласно съответните отправни точки по приложение № 1 към Наредбата, не се сумират, а крайният процент ТНР се изчислява съгласно приложение № 2 към Наредбата.

Когато са налице няколко увреждания, за всяко от които в отправните точки за оценка на трайно намалената работоспособност е посочен отделен процент, но не е посочена такава комбинация от увреждания, общата оценка на трайно намалената работоспособност се определя, като за основа се взема най-високият процент по съответната отправна точка и ако той не е 100 %, към него се прибавят от 5 до 20 % от сбора на процентите на останалите увреждания. Прибавеният процент е в зависимост от общото състояние на освидетелстваното лице, но не може да бъде по-висок от най-високия процент за останалите увреждания. При единични и множествени увреждания на чифтни органи, когато не е предвидена съответна комбинация, крайният процент на намалената работоспособност се изчислява по принципа, посочен в т. III, за всеки орган поотделно, след което се изчислява и крайният процент.

Съдът намира, въз основа на данните по делото и заключението, че отправната точка и съответстващият и проценти не са правилно определени в експертното решение по отношение на нервни болести, а от там неправилно е определен и крайният процент ТНР. При наличието на парези, неправилно НЕЛК е приложило точка 2.9 от част VII на Приложение № 1 към Наредбата за медицинската експертиза, която предполага едва 10 % ТНР. Не са взети предвид данните за булбарна пареза и свързаната с нея тежест на симптоматиката, както и множеството допълнителни фактори и тяхната тежест, които биха определили значително по-висока процент ТНР. Както е констатирано и в експертното заключение, което не е оспорено от ответника, в НЕЛК изобщо не са коментирани анамнестичните и клинични данни за булбарната пареза. Това е достатъчно основание за отмяна на експертното решение и връщането му за ново произнасяне от страна на комисията, при което да бъде изрично обсъден булбарният синдром. Ответникът следва също така да обърне внимание на характера на уврежданията на мозъка и последвалите от тях парези, като изрично определи налице ли са монопареза и квадрипареза, в каква степен, а ако не приема наличието им, да обоснове по

каква причина. При това следва да бъдат отчетени смущенията в говора и гълтателния рефлекс при жалбоподателя.

По изложените съображения съдът намира, че оспореното експертно решение следва да бъде отменено, а преписката, върната на ответника. При новото произнасяне следва да се обоснове изрично преценката за наличие или липса на булбарна пареза и тежестта на симптоматиката във връзка с нея. На основание чл.143, ал.1 АПК ответникът следва да заплати на жалбоподателя съдебни разноси в размер на 390 лв.

По изложените съображения **СЪДЪТ**

Р Е Ш И :

ОТМЕНЯ експертно решение № 0257 от заседание 069/08.05.2013г. на Национална експертна лекарска комисия, по жалба на Т. Г. Д. от [населено място], [улица], ет.1, ап.1.

ВРЪЩА преписката на НЕЛК за произнасяне съобразно дадените от съда указания по тълкуване и прилагане на закона.

ОСЪЖДА Национална експертна лекарска комисия да заплати на С. Н. М. съдебни разноси в размер на 390 лв / триста и деветдесет лева/.

Решението е постановено при участието на заинтересованата страна РУ„Социално осигуряване“, [населено място].

Решението може да се обжалва пред ВАС на РБ с касационна жалба в 14-дневен срок от съобщението до страните.

Административен

съдия: