

Súd: Okresný súd Bratislava II  
Spisová značka: 1T/39/2018  
Identifikačné číslo súdneho spisu: 1218010333  
Dátum vydania rozhodnutia: 07. 04. 2022  
Meno a priezvisko sudcu, VSÚ: JUDr. Filip Gilányi  
ECLI: ECLI:SK:OSBA2:2022:1218010333.10

## ROZSUDOK V MENE SLOVENSKEJ REPUBLIKY

Okresný súd Bratislava II samosudcom JUDr. Filipom Gilányim na hlavnom pojednávaní konanom dňa 07.04.2022 v Bratislave takto rozhodol:

### r o z h o d o l :

Obžalovaný  
F. G. nar. XX.XX.XXXX v R.  
trvale bytom R. XXXX/XXB, P.

sa podľa § 285 písm. b) Trestného poriadku

oslobodzuje

spod obžaloby prokurátora Okresnej prokuratúry Bratislava II pod sp. zn. 1Pv 414/15/1102-21 zo dňa 27.03.2018 pre skutok právne kvalifikovaný ako prečin usmrtienia podľa § 149 ods. 1, ods. 2 písm. a) Trestného zákona s poukazom na § 138 písm. h) Trestného zákona na tom skutkovom základe, že

dňa 31.10.2013 v čase od 10:15 hod. do 14:40 hod. vykonával operačný výkon laparoskopickú cholecystektómiu (laparoskopickú operáciu žlčníka) ako operatér spolu s 1. asistentom L. L. Š., 2. asistentom L. L. W. v operačnej sále číslo 3, v Univerzitetnej nemocnici v Bratislave, Nemocnica Ružinov, a to po výmene pozícií v operačnom tíme P. L. L. Š., pričom sa tak udialo v úvodnej časti operácie, ktorá trvala 4 hodiny a 25 minút, keď bol zhodnotený operačný terén a keď boli porovnané praktické skúsenosti oboch chirurgov, pričom počas tohto operačného výkonu došlo zo strany obžalovaného k odborne nesprávnemu konaniu (postupu) pri preparácii dôležitých anatomických štruktúr žlčníka, cievy vývody, k nedostatočnému zhodnoteniu momentu možnej zmeny operačného postupu na otvorený typ operácie v dutine brušnej, kedy mohol existovať predpoklad lepšej orientácie v operačnom poli, obžalovaný taktiež nedostatočne zhodnotil vyoperovaný preparát - žlčník vo vzťahu k jednotlivým jeho anatomickým štruktúram (cievy vývody), nezaznamenal krvné straty počas operácie, nezaznamenal ani vlastnú výmenu operatéra počas operácie, čím nesprávne viedol zdravotnú dokumentáciu, pričom tento úkon je súčasťou správne poskytnutej zdravotnej starostlivosti a taktiež nezabezpečil náležitú pooperačnú starostlivosť v zmysle laboratórnych odberov, čím uvedeným konaním obžalovaného došlo u poškodeného k závažnému stratovému poraneniu žlčových ciest, ktoré nebolo už možné rekonštruovať ani pri reoperácii, ktorá sa uskutočnila dňa 02.11.2013, malo za následok smrť poškodeného L. Q., ktorá nastala dňa 26.11.2013 v čase 05:32 hod. na IV. chirurgickej klinike Univerzitetnej nemocnice v Bratislave, Nemocnica Ružinov, pričom nastala v patofyziologickej príčinnej súvislosti s vymenovanými non lege artis postupmi v predmetnom zdravotníckom zariadení, pričom sa na smrti menovaného spolupodieľali aj jeho chronické chorobné stavy- najmä srdcovo- cievného aparátu,

pretože skutok nie je trestným činom.

## o d ô v o d n e n i e :

Dňa 03.04.2018 prokurátor Okresnej prokuratúry Bratislava II podal obžalobu na obžalovaného F.D. G. pre skutok právne kvalifikovaný ako nedbanlivostný prečin usmrtenia podľa § 149 ods. 1, ods. 2 písm. a) Trestného zákona s poukazom na § 138 písm. h) Trestného zákona na skutkovom základe uvedenom vo výroku rozsudku.

Obžalovaný na hlavnom pojednávaní po zákonom poučení urobil vyhlásenie, že sa cíti byť nevinný zo skutku kladeného mu za vinu.

Súd vykonal dokazovanie výsluchom obžalovaného, výsluchom svedkyne poškodenej L. Q., výsluchom svedka L. W., postupom podľa § 263 ods. 1 Tr. por. prečítaním zápisnice o skoršom výsluchu svedkyne F. N. z č. I. 77-80 a z č. I. 81-84, zápisnice o skoršom výsluchu svedka L. Š. z č. I. 89-93, zápisnice o skoršej výpovedi svedka F. W. z č. I. 94-98, zápisnice o skoršej výpovedi svedka T. D. z č. I. 99-103 a zápisnice o skoršej výpovedi svedka L. L. z č. I. 104-108, postupom podľa § 268 ods. 2 Tr. por, potom ako sa poverený znalec C. F. odkázal na znalecký posudok poverujúcej znaleckej organizácie prečítaním znaleckého posudku znaleckej organizácie Inštitút forenzných medicínskych expertíz s.r.o. z č. I. 112-131 a následným výsluchom znalca C. F. za znaleckú organizáciu Inštitút forenzných medicínskych expertíz s.r.o., postupom podľa § 268 ods. 2 Tr. por, potom ako sa poverený znalec D. Q. odkázal na znalecký posudok poverujúcej znaleckej organizácie prečítaním znaleckého posudku znaleckej organizácie LEGE ARTIS znalecká organizácia, s.r.o. z č. I. 219 a následným výsluchom znalca D. Q. za znaleckú organizáciu LEGE ARTIS znalecká organizácia, s.r.o., prečítaním listinných dôkazov, a to: prepúšťacej správy z č. I. 3-6, správy o úmrtí z č. I. 7, listu o prehliadke mŕtveho a štatistické hlásenie o úmrtí z č. I. 8-9, úmrtného listu z č. I. 10, oznámenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou z č. I. 11-12, poskytnutia súčinnosti Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou z č. I. 143-145, odpovedí na žiadosti o súčinnosť z č. I. 147-149, 150-152, 153, 154-155, 156, fotokópie zdravotnej dokumentácie zosnulého L. Q. z č. I. 174 s prílohou, lustrácií z č. I. 185-189, aktuálneho odpisu registra trestov obžalovaného.

Súd ďalej rozhodol o odmietnutí vykonať dôkaz rozsudkom OS BA II pod sp. zn. 13C/226/2015 zo dňa 23.05.2018 a rozsudkom KS BA sp. zn. 16 Co/250/2018 zo dňa 29.09.2020 a súvisiacim spisom, keďže nebol spôsobilý objasniť skutočnosti dôležité pre rozhodnutie veci. Predmetným rozsudkom malo byť rozhodnuté o nároku poškodenej, ktorý si uplatnila proti nemocnici. Pokiaľ ide o právne závery, ku ktorým civilný súd v rámci predmetného konania dospel, tieto sú z hľadiska trestného konania irelevantné, keďže smerujú k posudzovaniu viny, resp. neviny obžalovaného, pričom tieto otázky posudzuje súd samostatne (§ 7 ods. 1 Tr. por.), preto súd odmietol vykonať uvedený dôkaz. Inak súd vykonaným dokazovaním vyčerpал všetky dôkazné návrhy strán a iné dôkazy potrebné k naplneniu účelu trestného konania (§ 1 Trestného poriadku) súdu známe neboli.

Všetky vykonané dôkazy súd hodnotil jednotlivo i v ich súhrne podľa svojho vnútorného presvedčenia založeného na starostlivom uvážení všetkých okolností prípadu, pričom dospel k záveru, že skutok, ktorý je v predmetnej trestnej veci kladený za vinu obžalovanému sa stal tak, ako je uvedené v skutkovej vete výroku rozsudku a že sa tohto skutku dopustil práve obžalovaný.

Obžalovaný vypovedal, že prvá operácia zomrelého poškodeného Q. bola 31.10.2013. V danom prípade operátorkou bola L.. L.. Š., obžalovaný s kolegom svedkom. W. boli asistentmi. Operácia bola vykonávaná laparoskopicky. O spôsobe operácie rozhodol primár kliniky, ktorý v deň vopred písal operačný program. Operačný program bol tak napísaný a oni boli povinní ho dodržiavať a rešpektovať. Ako operatéri nerozhodovali o tom, či bude operácia vykonaná laparoskopicky alebo ako otvorená, ale vyplývalo to z operačného programu, ktorí operatéri museli rešpektovať. L.. L.. Š. štandardne zaviedla operačné nástroje do dutiny brušnej a začala operovať. Keďže sa jej nedarilo ako očakávala, tak sa vymenili po nejakom čase, lebo ona si nevedela rady. Nevedela pokračovať v preparácii. Zhodnotila, že je to pre ňu neriešiteľný problém, nakoľko nemala až také chirurgické skúsenosti. Jednalo sa o ťažší nález a keďže obžalovaný mal viac skúseností, operáciu prebral. Obžalovaný mal 30 rokov praxe s laparoskopickými operáciami. Počas jeho praxe došlo k zmene operátora a asistenta obdobne ako v tomto prípade, a to veľakrát, možno 30-40 krát do roka, pri počte prípadov

1800 až 2000. Neviedla sa o tom dokumentácia. Postupne vyreparovali štruktúry, ktoré zhodnotili ako anatomicky správne a pokračovali v operáciách až do odstránenia žlčníka. Terén bol ťažšie prehľadný, ale rozhodne nie tak, aby riskovali preparáciou nejasných štruktúr. Obžalovaný bol presvedčený, že to, čo ide zaklipovať a odstrániť, je 100 % anatomicky správne. To, že operácia trvala dlhšiu dobu, bolo spôsobené nie anatomickými nejasnosťami, ale krvácaním a početnými zrastami v danej oblasti, bolo potrebné to dôkladne ošetriť a takéto ošetrenie si vyžiadalo čas. Obžalovaný nezmenil spôsob operácie z laparskopickej na otvorený výkon z dôvodu, že počas operácie vôbec nenadobudol pocit, že pacienta treba otvoriť, čím by mu bola spôsobená ešte väčšia trauma. Preparáciou našli štruktúry, ktoré považovali za anatomicky správne a sprevádzajúce krvácanie postupne spoľahlivo eliminovali. Zomrelý poškodený Q. bol pooperačne umiestnený na kliniku akútnej a intenzívnej medicíny (B.), kde celú starostlivosť preberali príslušní lekári, obžalovaný ani nemal šancu do toho zasahovať, bola to vysokošpecializovaná práca lekárov na J.. Pri danej operácii - poškodenie žlčových ciest - sa jednalo o komplikáciu, ktorá sa podľa odbornej literatúry vyskytuje v 0,58 - 1,3 promile prípadov. Ide o komplikáciu, ktorá nie je smrteľná a dá sa vyriešiť chirurgicky - reoperáciou. Takto sa postupovalo aj v prípade zomrelého poškodeného Q.. V začiatkoch sa myslelo na infarkt, keďže bol celý ubolený. Neskôr sa potvrdilo poškodenie žlčových ciest, a to zhruba po 54 hodinách. Bežne sa to nedá skôr ani diagnostikovať, keďže po operácii pacienti bývajú ubolení a každý má iný prah bolesti a pracuje sa s predpokladom, že operácia prebehla úspešne. Zomrelý poškodený Q. bol reoperovaný, poranenie žlčových ciest bolo spoľahlivo ošetrené a vyriešené. Pri prvej operácii vznikla komplikácia, ktorá bola do 2 dní spoľahlivo a definitívne ošetrená. Zomrelý poškodený Q. bol následne hospitalizovaný na B., neskôr na T. chirurgickej kliniky a následne na oddelení chirurgickej kliniky. V intervale od 02.11.2013 až do úmrtia poškodeného dňa 26.11.2013 bol v starostlivosti viacerých lekárov. Čo sa týka zodpovednosti za lekársku starostlivosť o zomrelého poškodeného Q., primárnu vedomosť o jeho stave mala L.. L.. Š. ako operatér. Po operácii zodpovedali za jeho lekársku starostlivosť lekári B., neskôr lekári T. a oddelenia chirurgickej kliniky. Obžalovaný nemohol zasahovať do práce lekárov B.. Osobne sa o stav zomrelého poškodeného Q. aktívne zaujímal, strávil desiatky minút študovaním jeho dokumentácie počas hospitalizácie na B. J. T. chirurgickej kliniky. Tam boli lekári, ktorí boli za zomrelého poškodeného Q. zodpovední, obžalovaný sa mohol akurát zaujímať o priebeh jeho liečby.

Svedkyňa poškodená L. Q. vypovedala, že dňa 30.10.2013 ráno odviezla svojho otca, zomrelého poškodeného Q. pred nemocnicu, keďže mal byť hospitalizovaný. Bol zdravý, v poriadku. Do po 2 až 3 dní mal byť po operácii doma. Dňa 31.10.2013 prebehla operácia. Čo sa týka stavu po prvej operácii 31.10.2013, keď so zomrelým poškodeným Q. telefonovala, uviedol, že sa cítil zle, bol unavený, ubolený. Dňa 01.11.2013 sa pokúšala zomrelému poškodenému Q. dovolať, ale neúspešne. Dovolala sa mu jej sestra P., ktorá jej povedala, že zomrelý poškodený Q. sa cítil veľmi zle, mal silné bolesti. Dňa 02.11.2013 prebehla druhá operácia zomrelého poškodeného Q.. Následne dňa 03.11.2013 prišli s matkou do nemocnice. Keď prišla na izbu, zomrelý poškodený Q. tam nebol, pacient ležiaci vedľa jej povedal, že zomrelý poškodený Q. tam už druhý deň nie je. Následne sa od MUDr. Č. dozvedeli, že stav zomrelého poškodeného Q. je vážny, že dňa 02.11.2013 prebehla ďalšia operácia, pri ktorej došlo k poraneniu žlčových ciest a zomrelý poškodený Q. dostal sepsu. Toho dňa bol na jiske alebo áre zomrelý poškodený Q. v kóme, pustili za ním matku, ktorá poškodenej povedala, že zomrelý poškodený Q. je na lôžku, na prístrojoch, nekomunikuje, je v umelom spánku. Nasledujúci deň bola matka v nemocnici opäť, bola sa pýtať na viac informácií, kde jej bolo povedané, že stav zomrelého poškodeného Q. je vážny až kritický a uvidia, čo sa udeje, že musia počkať, lebo čas ukáže. Nasledujúci deň išla poškodená s matkou do nemocnice, kde im povedali, že zomrelý poškodený Q. je na tom veľmi zle, že zomiera. Doktorka, ktorá mala službu, im povedala, že zomrelý poškodený Q. je stále v kritickom stave, v umelom spánku a čas ukáže. Zomrelý poškodený Q. mal vývody z krku, z brucha a mal nasadenú masku, bol studený, doktorka jej uviedla, že má teplotu. Nasledujúci deň navštívili obžalovaného v nemocnici, ktorý ich ubezpečil, že stav zomrelého poškodeného Q. nie je taký kritický a vidí to dobre, že sa to zlepšuje. Dňa 10.11.2013 poškodenej a jej matke primár Š. oznámil, že stav zomrelého poškodeného Q. sa zlepšuje. Zomrelý poškodený Q. bol následne prevezený na iné oddelenie, kde už bol pri vedomí, boli ho s matkou pozrieť. Zomrelý poškodený Q. rozprával z cesty, bolo im povedané, že to môže byť chvíľkové, dočasné alebo to môže aj zostať, keďže zomrelý poškodený Q. bol v umelom spánku. Stav zomrelého poškodeného Q. sa zlepšil, bol prevezený na chirurgické lôžkové oddelenie, kde jeho stav bol už lepší. Nejedol, bol strašne slabý, nevedel sa postaviť, sadnúť si. Odkedy bol prevezený na lôžkovú časť, poškodená chodila za zomrelým poškodeným Q. každý deň, pomáhala mu umývať sa, holiť, keďže nechodil, natierala mu nohy, masírovala, obväzovala, aby nedostal dekubity. Zomrelý poškodený Q. sa cítil o niečo lepšie, ale povedal, že nie je to úplne tak, ako by to malo byť. Takto to bolo do 25.11.2013. Keď poškodená

prišla za zomrelým poškodeným Q. na návštevu, oznámil jej, že sa chcel postaviť a spadol, že je slabý. Prišla službukonajúca sestrička, napájala mu krv, plazmu. Zomrelý poškodený Q. mal byť už prepustený alebo ho plánovali prepustiť 22.11.2013. Zomrelý poškodený Q. mal čiernu stolicu, poškodenej nebolo odpovedané z akého dôvodu. Keď sa 25.11.2013 so zomrelým poškodeným Q. lúčili, trochu sa obával z toho, že ho majú nasledujúci deň 26.11.2013 prepustiť, že čo s ním budú robiť doma, keďže nevie chodiť, sedieť. Poškodená sa opýtala sestričky, či by nebolo možné premiestnenie ho na rehabilitačné oddelenie, pričom jej bolo povedané, že jeho stav nie je taký vážny, aby bol presunutý na toto oddelenie. Nasledujúci deň 26.11.2013 v ranných hodinách bolo telefonicky oznámené matke poškodenej, že otec nad ráno zomrel. Počas pobytu v nemocnici sa zomrelý poškodený Q. sťažoval, že sa necíti dobre, mal bolesti na hrudi a v tej rane, kde mal tie vývody. Zomrelý poškodený Q. bol dosť silný chlap a bolesť znášal veľmi dobre. Dosť schudol v nemocnici, okolo 15 až 20 kg. Mal okolo 85 až 90 kg, keď nastupoval. Bol stavaný muž, pri sebe, mal trochu bruško, ale nebol tučný. Vysoký bol cca 185 cm. Ako príčinu úmrtia jej lekári oznámili zlyhanie srdca alebo zastavenie srdca, že asi zaspal v noci, ale pre ďalšie zistenie ho poslali na pitvu.

Svedok W. vypovedal, že bol v postavení druhého asistenta, obsluhoval kameru, mal na starosti vizualizáciu operačného poľa. Jednalo sa o laparoskopickú operáciu žlčníka, operáciu začínala MUDr. M. Š. a po nejakom čase sa operatéri vymenili a operatórom bol obžalovaný. Operácia prebiehala štandardným spôsobom. Pri operácii si nie je vedomý, že by prišlo k nejakým problémom. Komplikácie si nepamätá. Svedok sledoval operačné pole, terén bol prehľadný. Keby nebol, pristúpili by ku konverzii na klasický operačný výkon, ale terén bol prehľadný, teda dôvod na konverziu nebol. Svedok bol vtedy začínajúci chirurg, mal asi rok praxe. V tej dobe vykonávali viacero takýchto laparoskopických operácií žlčníka s obžalovaným. L.. L.. Š.Á. v tej dobe už bola špecialistka v odbore chirurgia, aj keď s kratšou praxou, pôsobila kratšie ako obžalovaný. O spôsobe výkonu operácie laparoskopicky sa rozhodovalo na rannom sedení. Pri operácii sa môže operatér rozhodnúť či dôjde k zmene laparoskopickej operácie na otvorený výkon, a to pri neprehľadnosti operačného poľa alebo keď si nie je istý.

Svedkyňa N. vypovedala, že 02.11.2013 mala službu so svedkom W. a svedkom D.. P. W.Ý. ju zavolať, že idú operovať zomrelého poškodeného Q.. V čase jej príchodu na sál tam už boli svedok W. a svedok D.. Ona bola 1. asistentom svedkovi W. pri reoperácii zomrelého poškodeného Q.Í.. V oblasti pod pečťou bola prítomná žlč, sprvoti nevedeli nájsť zdroj a svedok W.Á. našiel klip na nejakom útvaru, o ktorom si mysleli, že je to ductus cysticus, ktorý odstránil a dal spraviť peroperačnú cholangiografiu. Následne zistili, že sa nejedná o ductus cysticus, ale o ductus choledochus. Kontrastná látka vstreknutá do tejto štruktúry odtiekala len distálnym smerom do duodena. Najprv nevedeli nájsť proximálne žľožové cesty, vypreparovali artériu hepaticu a venu portae. Zistili, že žlč vyteká z otvoru v oblasti ľavého laloka pečene, tento otvor nasondovali a nakoniec zistili, že sa jedná o ductus hepaticus sinister. Následne hľadali ductus hepaticus dexter, našli jeho kýpet, ktorý bol zaklipovaný. Svedok W. ako operačný postup zvolil našitie tzv. bezstehovej anastomózy. Predtým do oboch hepaticov zaviedli tenké drény, ktoré vyviedli cez novovytvorenú hepaticojejuno anastomózu, následne ich vyviedli cez črevnú stenu a brušnú stenu navonok. Anastomóza sa šila veľmi obtiažne. Potom bola vytvorená ešte jejunojejuno anastomóza a zavedená jejunálna sonda na výživu pacienta. Tým chceli doceliť zhojenie spojky medzi žľožovými cestami a črevom, čo bol vlastne cieľom predmetnej reoperácie.

Svedok Š. vypovedal, že si nepamätá na osobu zomrelého poškodeného Q., ani na operáciu a operácie sa mu miešajú a uviedol, že k uvedenému pacientovi ani k predmetnej operácii nevie nič uviesť. Nespomína si, ako bol klasifikovaný zomrelý poškodený Q. na škále od úplne zdravý po veľmi vážne chorý, pričom túto klasifikáciu vykonáva anesteziológ v rámci anesteziologického konzília pred operáciou. Či bude pacient operovaný laparoskopicky alebo laparotomicky je na dohode medzi anesteziológom a chirurgom, pričom hlavnejšie slovo má chirurg.

Svedok W. vypovedal, že si nepamätá ani presný dátum, ani meno pacienta. Jednalo sa o staršieho pacienta okolo 60 rokov, mal o ňom informáciu, že prekonal infarkt alebo bol liečený na srdce a asi mal aj zvýšený tlak. Na rannej vizite sa mu pacient nezdal, doporučil E. J. K. vyšetrenie. Na základe týchto vyšetrení sa rozhodol pre operačnú revíziu, ktorá bola zrealizovaná a komplikácia bola ošetrená. Konkrétne poranenie žľožových ciest, ktoré bolo ošetrené lege artis. Počas reoperácie rekonštruoval žľožové cesty tým spôsobom, že našiel na žľožovod tenké črevo a tým obnovil odtok žľče. Pacient bol po reoperácii preložený na B. (kliniku anesteziológie a intenzívnej medicíny). Po pár dňoch bol preložený na intenzívku, kde bol v tom čase v stabilizovanom stave. Všetky zápalové parametre a pečňové testy

mali klesajúcu tendenciu. Po niekoľkých dňoch bol pacient preložený na bežné oddelenie, kde sa o jeho zdravotný stav už svedok ďalej nezaujímal. Svedok mal sprostredkované informácie, že mal byť na druhý deň prepustený domov, preto sa oňho ďalej nezaujímal. Správa o jeho úmrtí svedka veľmi prekvapila, vôbec to nepredpokladal a nedával to do súvisu s operáciami, keďže sa jednalo o staršieho pacienta. Dôvodom reoperácie bola komplikácia pri predchádzajúcej operácii, ktorá sa uskutočnila asi 2 alebo 3 dni predtým. Úlohou svedka bolo obnoviť odtok žlče do tenkého čreva, čo sa mu podarilo. Stáva sa, že dochádza k reoperáciám. Tieto komplikácie nie sú časté, no stávajú sa. Je potrebné vedieť tú komplikáciu ošetriť, pretože pacient po takejto reoperácii môže ďalej kludne žiť. Percento reoperácií je podľa svedka približne 1 až 2 percentá a stávajú sa na všetkých pracoviskách. Svedok citoval profesora Č. podľa ktorého kto neprešiel žlčové cesty, ten neoperuje alebo klame. Aj táto komplikácia sa dá správne ošetriť. Súd nepochyboval, že svedok W. vypovedal o reoperácii zomrelého poškodeného Q. zo dňa 02.11.2013, i keď si svedok nepamätal dátum ani meno pacient. Z priebehu reoperácie v súhrne s výpoveďou obžalovaného, poškodenej a svedkyne N. je zrejme, že svedok W. vypovedal o prejednanom prípade.

Svedok D. vypovedal, že nevie už kedy presne to bolo, bol prítomný pri reoperácii zomrelého poškodeného Q.. Bol to skôr starší pacient, relatívne chorý, s ischemickou chorobou srdca. Jednalo sa o reoperáciu pre léziu žlčových ciest, pre porušené žlčové cesty. Porušenie žlčových ciest muselo byť spôsobené pri prvotnej operácii, pri ktorej bol operovaný žlčník, kedy môže dôjsť k porušeniu žlčových ciest. Svedok bol druhý asistent a jeho úlohou bolo pomáhať operatérovi svedkovi W.. Bola to komplikovaná operácia, kedy našivali na pečeň tenké črevo. Vyzeralo to, že by to mohlo fungovať po ich reoperácii. Po reoperácii bol pacient preložený na J., odkiaľ sa po niekoľkých dňoch dostal späť na ich oddelenie. Pacient potom, ako sa dostal späť k nim na oddelenie už bol zaťažovaný aj jedlom. Jedného dňa počas toho, ako mal svedok službu na chirurgickom oddelení našli zomrelého poškodeného Q. mŕtveho, na čo bol svedok privolaný k nemu. Po príchode svedok zhodnotil, že pacient nejaví známky života a že k úmrtiu došlo už skôr, preto neindikoval resuscitáciu. Svedok nevie, kto spísal úmrtnú správu, predpokladá, že on. Večer pred tým, ako pacient zomrel, sa mu sťažoval na bolesti brucha. Podľa svedkovho fyzikálneho vyšetrenia sa nejednalo o závažný stav. Nejavil známky náhlej príhody brušnej, čo je stav, kedy je nutné pacienta operovať. Po pitve sa svedok dozvedel, že pacient krvácal do tráviaceho traktu. Pri poslednej službe svedka pacient nenaznačil, že by spozoroval krv v stolici, poprípade čiernu stolicu, čo by naznačovalo krvácanie do tráviaceho traktu.

Svedok L. vypovedal, že bol lekárom poskytujúcim anestéziu zomrelému poškodenému Q. dňa 02.11.2013. Svedok sa stotožňuje s tým, čo uviedol v anestetickom zázname a na špeciálne okolnosti prípadu si nespomína. Tohto pacienta prevzal v septickom šoku, nazývanom tiež otrava krvi, čo je prejav systémovej odpovede na infekciu, pri ktorej je potrebné podávanie vazopresorov, teda látok na zvýšenie krvného tlaku, ktoré pacient dostával. Bola to neodkladne realizovaná operácia. Pacient bol po CT vyšetrení brucha. Svedok bol kontaktovaný ako anestetická služba za účelom poskytnutia celkovej anestézie k operačnému výkonu. Po zdiagnostikovaní pacienta, ktoré robili iní kolegovia, išiel s pacientom na operačnú sálu, kde po preoxigenácii a následnom rýchlom úvode do celkovej anestézie pacienta zaintuboval, stabilizoval mu krvný obeh podaním infúzných roztokov a zvýšením dávky vazopresorov. Do desiatich minút od úvodu do anestézie začal operačný výkon, ktorý trval 4 hodiny. Počas celého operačného výkonu bol pacient cirkulačne nestabilný. Pooperačne bol ponechaný zaintubovaný na umelej pľúcnej ventilácii a transportovaný na oddelenie intenzívnej medicíny. Svedok vypovedal na základe nahliadnutia do zdravotnej dokumentácie, do ktorej nahliadol deň pred výpoveďou a v deň výpovede. Na zomrelého poškodeného Q. si s odstupom času nespomínal, keďže o pacientov v podobnom stave sa stará takmer v každej službe. Dôvodom reoperácie bol nález voľnej tekutiny okolo pečene a v dougusovom priestore medzi močovým mechúrom a konečníkom a celkový život ohrozujúci stav pacienta - septický šok.

Zo znaleckého posudku znaleckej organizácie Inštitút forenzných medicínskych expertíz s.r.o. z č. I. 112-131 vyplynulo, že zomrelý poškodený Q. bol polymorbídny pacient, trpel na viacero chorobných stavov rôznych orgánových sústav. Základné klinické diagnózy predstavovali vysoké operačné riziko aj pri relatívne jednoduchšej plánovanej operácii žlčníka (riziko zrástov medzi zapálenou stenou žlčníka a okolitými orgánmi s horším prehľadom pri operácii po prekonaní zápalu žlčníka). Napriek tomu je operácia žlčníka (laparoskopická cholecystektómia) aj u takéhoto rizikového pacienta vykonateľná so zvýšeným operačným rizikom za predpokladu dodržania bezpečnostných postupov pri operácii a prípadnej konverzii na otvorený výkon (laparotómiu) v prípade neprehľadného operačného terénu. Laparoskopická cholecystektómia je výkonom, ktorý si z technického hľadiska vyžaduje špecifický

bezpečný postup pri preparácii, rozrušovaní či klipovaní tkanív a štruktúr, ktoré sú predmetom operácie. Medzi peroperačné komplikácie daného výkonu patrí najmä poranenie hlavného žľčovodu (ductus choledochus) či hlavných pečeňových žľčovodov pre pravý (ductus hepaticus dexter) či ľavý lalok (ductus hepaticus sinister) pečene, krvácanie, resp. perforácia (prederavenie) žľčnika s výronom žľče do dutiny brušnej. Princípom vykonania laparoskopickej cholecystektómie je odstránenie žľčnika z jeho pečeňového lôžka po zaklipovaní a prerušení dvoch najvýznamnejších anatomických štruktúr, a to žľčovodu vedúceho zo žľčnika do hlavného žľčovodu - ductus cysticus a žľčnikovej artérie (arteria cystica) po ich vypreparovaní. Každá operácia, ktorá je iniciovaná laparoskopicky môže byť prakticky kedykoľvek skonvertovaná na tzv. otvorený prístup t. j. operácia pokračuje otvorením dutiny brušnej rezom (laparotómia). Po odstránení žľčnika z lôžka sa preparát extrahuje z dutiny brušnej, pričom je nevyhnutná jeho detailná makroskopická revízia (pohľad voľným okom) operátorom najmä za účelom zistenia, aké štruktúry boli zaklipované a prerušené (obvyčajne by mali byť na preparáte nájdené zaklipované 2 štruktúry - žľčovod a artéria). Skôr ako operátor preruší ductus cysticus idúci zo žľčnika do hlavného žľčovodu potrebuje podľa zásad bezpečného postupu najskôr vizualizovať jednoznačne tri štruktúry ductus cysticus, artériu cysticu a hlavný žľčovod - ductus hepaticus communis. Tento postup je obzvlášť dôležité dodržať pri zhoršených operačných pomeroch prekonanej cholecystitíde. Zomrelý poškodený Q. bol dňa 30.10.2013 prijatý na IV. chirurgickú kliniku C. J. E. M. D. na plánovanú operáciu žľčnika po prekonanej kalkulóznej cholecystitíde v auguste 2013. Dňa 31.10.2013 v čase od 10:15 hod. do 14:40 hod. bol zomrelému poškodenému Q. zrealizovaný operačný výkon v celkovej anestézii - laparoskopická cholecystektómia obžalovaným ako operátorom. Išlo o rutinne vykonávanú operáciu, ktorej časový interval varíruje od 30 do cca 90 minút. Podľa situácie v operačnom poli - napr. prítomnosti pozápalových zrastov, či objemného žľčnika sa operačný čas predlžuje. Počas operácie zomrelého poškodeného Q. zo dňa 31.10.2013 konštatuje znalec posup non lege artis, pretože neboli dodržané takmer žiadne bezpečné postupy pri laparoskopickej operácii žľčnika. V prípadoch ako bol prípad zomrelého poškodeného Q. sa opatrnosť počas operácie obzvlášť vyžaduje. Z operačného protokolu z predmetnej operácie vyplýva vizualizácia štruktúry vedúcej do „Hartmana“, naloženie 3 svoriek a jej preťatie, následne nájdenie 2 arteriálnych štruktúr, ktoré boli preťaté po ich zaklipovaní. Pokračovalo odstránenie žľčnika z jeho lôžka tzv. retrográdnym spôsobom - t. j. smerom k hrane pečene, počas ktorého došlo k pomerne masívnemu krvácaniu a bolo potrebné zaviesť ešte 1 port ďalšou incíziou. Lôžko žľčnika bolo skontrolované a vypláchnuté fyziologickým roztokom, žľčnik bol extrahovaný z dutiny brušnej cez rez nad pupkom. Po nastrihnutí preparátu boli prítomné početné konkrementy do veľkosti 4 - 5 mm a preparát bol odoslaný na histologické vyšetrenie. Vznik pomerne masívnej hemorágie (krvácania) bolo medicínskym rizikom daného operačného výkonu. Mohlo však byť dôvodom na konverziu operačného výkonu pri uvážení, že sa krvácanie objavilo už pri predtým prerušenej predpokladanej artéria cystica idúcej do žľčnika, a teda dané krvácanie mohlo pochádzať najpravdepodobnejšie z krvného zásobenia pečene. Po skončení operácie bol nedostatočne zhodnotený preparát žľčnika odoslaný na histológiu - v operačnom protokole nie je popis stavu štruktúr zaklipovaných na preparáte a ani ich počet či orientácia. Počas danej operácie existovala indikácia na konverziu operácie v rámci neprehľadného terénu pri uvádzanom klipovaní supponovaných 2 arteriálnych štruktúr, aberantného žľčovodu, resp. vzniku masívneho krvácania. Nesprávnym postupom je tiež možné hodnotiť nevykonanie laboratórneho vyšetrenia krvi v podvečer dňa 31.10.2013, resp. ráno dňa 01.11.2013 pri uvážení nie hladkého priebehu operácie a dĺžky operácie. V operačnom protokole ani v zázname o anestézii z predmetnej operácie nie je uvedený ani hrubý odhad krvných strát. Výsledok hemoglobínu ku koncu operácie by svedčil pre stratu minimálne odhadnutých 600 ml, nie je však možné vylúčiť aj väčší objem krvi. V pooperačnom období po prvotnej operácii chýba v dennom dekurze zo dňa 01.11.2013 záznam o kvantite a charaktere tekutiny odvedenej drénom. Dňa 02.11.2013 je v dennom dekurze záznam o nočných triaškach pacienta, údaj o obsahu v dréne: krvavo-žltá sfarbená tekutina v objeme 160 ml. Výsledok bilirubínu s hodnotou 99,18, pričom bolo naordinované kontrolné USG brucha. U pacienta bola zaznamenaná hypotenzia 80 mmHg systolického tlaku, podaný bol Voluven v objeme 500 ml a v čase 13:30 bol pacient preložený na T. chirurgickej kliniky. V čase o 14:54 bol pacient vyšetrený internistom s podozrením na vývoj akútneho koronárneho syndrómu a následne s údajom o septickom šoku s potrebou ďalšej diagnostiky a intenzívnej terapie preložený na G. I. B. C. J. E.. Z chirurgického hľadiska bol aktuálny zdravotný stav pacienta vysvetliteľný možnou akútnou cholangitídou ako príčinou sepsy (otravy krvi) pri prerušení a čiastočnom uzatvorení pečeňových žľčovodov a biliárnou peritonitídou v oblasti pod pečeňou (obsah krvavo žltej tekutiny v dréne s pravdepodobnosťou hraničiacou s istotou vytekajúcej z ľavého ductus hepaticus, nakoľko tento nebol pri druhej operácii nájdený zaklipovaný, podobne ako bol zaklipovaný pravý ductus hepaticus). Toho istého dňa cca od 14:40 bol pacient hospitalizovaný na B. C. J. E. - M. D.. V rámci diferenciálnej diagnostiky bolo chirurgom indikované CT vyšetrenie brucha, pri ktorom bolo okrem

iného „diagnostikované väčšie množstvo voľnej tekutiny perihepatálne aj perikolicky, perirenálne vpravo“ ako aj pneumoperitoneum“ (pozostatok voľného vzduchu po predchádzajúcej operácii). Na základe CT vyšetrenia bola indikovaná chirurgom operačná revízia, ktorá bola realizovaná dňa 02.11.2013 v čase od 20:45 do 00:47 operátorom svedkom W.. V rámci operačnej revízie bola nájdená žľožová kolekcia v súlade s CT vyšetrením, stratové poranenie žľožových ciest - úplne chýbal spoločný pečeňový žľožovod (ductus hepaticus communis), nebol prítomný ani sútok pečeňových žľožovodov (confluens ductorum) a ani časť hlavného žľožovodu (ductus cysticus). Bol tiež zistený klipovaný ductus hepaticus vpravo, ľavý ductus hepaticus nebol detailnejšie popísaný, bol pravdepodobne len voľne otvorený bez jednoznačného zaklipovania. Uvedený stav - stratové poranenie žľožových ciest predstavuje v chirurgii žľožového systému veľmi vážnu situáciu, kedy je nevyhnutné obnoviť odtok žľože z pečene buď do tráviaceho traktu vytvorením anastomózy medzi žľožovodmi a tenkým črevom, alebo žľožu vyviešť pomocou drénov navonok z organizmu. V operačnom protokole z danej operácie je konštatovaná prítomnosť veľmi obtiažnych anatomických pomerov až nemožnosť našiť anastomózu, pričom bolo rozhodnuté o vytvorení bezstehovej anastomózy na tzv. omega kľučke jejuna. V prípade zosnulého poškodeného Q. bola pri reoperácii vykonaná pertubácia oboch pečeňových žľožovodov drénmi, ktoré boli prevlečené cez kľučku tenkého čreva a následne vyvedené navonok mimo dutinu brušnú cez brušnú stenu - drenáž žľožových ciest podľa Völckera. Tento druh operácie zvolený operátorom bol technicky zrealizovaný správne. V ďalšom priebehu liečby sa pacient nachádzal na B., bol zaintubovaný, na umelej pľúcnej ventilácii a podpore cirkulácie noradrenalinom. Kardiologické problémy po liečbe cordanorom ustúpili. Dynamika kardiošpecifických enzýmov nebola pozitívna. Postupne bol pacient odpojený od UPV, extubovaný dňa 08.11.2013, živý jejunálnou sondou, afebrilný, prechodne bolo pravdepodobne podľa psychiatrického vyšetrenia prítomné delírium somatogénnej etiológie. Poskytovanie zdravotnej starostlivosti na B. C. J. E. hodnotí znalec ako správne. Dňa 10.11.2013 v čase o 16:20 bol pacient preložený na JIS IV. chirurgickej kliniky C. J. E. - Nemocnice Ružinov. V ďalšom priebehu bolo dokumentované postupné zlepšovanie celkového stavu, pacient mal obnovený perorálny príjem, dňa 13.11.2013 bol preložený z JIS na štandardné oddelenie, kde sa pokračovalo v antibiotickej liečbe v kombinácii Ciprofloxacín, Tienam, Metronidazol až do 15.11.2013, kedy pokračovalo už len sólové podávanie Ciprofloxacínu. Dňa 16.11.2013 vo večerných hodinách bol drén z pravého hepatiku nájdený vypadnutý na zemi. Dňa 19.11.2013 bol pacientovi extrahovaný jejunostomický katéter a brušný drén. Dňa 21.11.2013 v čase o 10:41 bol u pacienta zaznamenaný pokles hemoglobínu na 78 g/l, ordinované boli 2 transfúzne jednotky (TU) erytrocytarnej masy, na druhý deň 22.11.2013 bola kontrolná hladina hemoglobínu na hodnote 102 g/l. Dňa 25.11.2013 v čase o 09:30 bol v dennom dekurze záznam o pocite slabosti a „pri pokuse o chôdzu už 2x spadol“, hladina hemoglobínu pri kontrole bola 80 g/l s ordináciou podania ďalších 2 TU krvi. Dňa 26.11.2013 v čase o 03:00 je v dekurze záznam, že pacient mal stolicu a bolesti a bol podaný Novalgin. Dňa 26.11.2013 v čase o 05:32 bol konštatovaný exitus letalis. V rámci hospitalizácie pacienta na IV. chirurgickej klinike LFUK UNB a v období od 13.11.2013 a najmä od 21.11.2013 kedy došlo k zisteniu poklesu hemoglobínu nebol v zdravotnej dokumentácii zaznamenaný žiaden údaj o množstve, frekvencii, či vzhľade stolice pacienta, resp. ani údaj o priebežnej diferenciálno-diagnostickej úvahu poklesu hemoglobínu ako možnej známky krvácania. Uvedený postup je postupom non lege artis. Podľa vyžiadaného pitevného protokolu z pitvy zomrelého poškodeného Q. bolo bezprostrednou príčinou smrti cirkulačné zlyhanie kombinovanej etiológie (spolupodiel krvných strát do GITu a aterosklerotického poškodenia myokardu) pri základnej chorobe: stav po cholecystektómii 31.10.2013 a stav po hepatickej anastomóze na omega kľučke s drenážou podľa Völckera a komplikácii: krvácaní z anastomózy do GITu a dutiny brušnej. Z klinického hľadiska možno vysvetliť pokles hladiny hemoglobínu s nutnosťou podávania transfúzií u pacienta krvácaním do tráviaceho traktu. Na uvedenú skutočnosť však nebolo zo strany lekárov adekvátne reagované - napr. spätný monitoring pacienta na JIS, podávanie hemostyptík, sledovanie stavu stolice, gastroenterologické vyšetrenie a pod. Postupná strata krvi so znížením cirkulujúceho objemu krvi s následnou anemizáciou a hypoxiou myokardu pri chronickom poškodení srdca zodpovedá najpravdepodobnejšiemu priebehu pokojnej straty života v spánku dňa 26.11.2013. Je možné konštatovať, že za predpokladu správne vykonanej prvej operácie by nemuselo dôjsť k úmrtiu pacienta. Pacient by následne nebol zaťažovaný opakovaným operačným výkonom, krvnými stratami per a pooperačne. Opakovaná anestézia a straty krvi do dutiny brušnej a tenkého čreva sa mohli spolupodieľať na zhoršení zdravotného stavu pacienta do takej miery, že v kombinácii s pridruženými ochoreniami (najmä arteriálna hypertenzia a fibrilácia predsieni) došlo ku kardiorespiračnému zlyhaniu a smrti. Znalec nachádza v procese poskytovania zdravotnej starostlivosti zomrelému poškodenému Q. v období jeho hospitalizácie v Univerzitnej nemocnici Q. - M. D. v období od 30.10.2013 do 26.11.2013 postupy non lege artis. Ide najmä o vykonanie prvej operácie žľožníka zo dňa 31.10.2013 a perioperačný menežment pacienta v zmysle nedostatočného

zadokumentovania krvných strát, charakteru tekutiny odvádzanej drénom a ordinácii laboratórných vyšetrení krvi ako aj nedostatočné sledovanie pacienta v období od 13.11.2013 a najmä od 21.11.2013 kedy došlo k zisteniu poklesu hemoglobínu v jeho krvnom obraze. Smrť zomrelého poškodeného Q. nastala v patofyziologickej príčinnej súvislosti s vymenovanými non lege artis postupmi v predmetnom zdravotníckom zariadení, pričom sa na smrti menovaného spolupodieľali aj jeho chronické chorobné stavy - najmä srdcovo-cievneho aparátu.

Znalec F. za znaleckú organizáciu Inštitút forenzných medicínskych expertíz s.r.o. vypovedal, že bolo rozhodnuté, že má operovať nie dostatočne skúsená chirurgička, čo bolo nariadené prednostom a asistentom bol skúsený chirurg - obžalovaný a asistentom - kameramanom bol svedok W.. V operačnom náleze je výlučným operátorom obžalovaný, ale MUDr. L.. Š. začala operáciu a boli tam nepriaznivé pomery, ktoré nedokázala zvládnuť. Nie je zaznamenané že v akom časovom intervale L.. L.. Š. ukončila operáciu, tiež ako ďaleko sa vo svojej preparácii dostala, čo mala zaznamenať do osobitného operačného protokolu. Z toho, čo si znalec kompletne preštudoval celú dokumentáciu aj výpovede, vyplýva, že primár Š. nariadil operovať žľazy výlučne laparoskopickou metódou, pričom pri rozhodovaní sa o operácii akou metódou či laparoskopickou či klasickou, by mal rozhodnúť na sedení prednosta kliniky a primár. Tiež operátor je zodpovedný za to, kedy zkonvertuje, t. z. kedy prejde z laparoskopickej operácie na klasickú operáciu. Znalcovi z celého toho vyplývalo, že pravdepodobne visel nad nimi Damoklov meč, kde sa snažili urobiť operačné riešenie laparoskopickou metódou. Je dané že ak laparoskopická operácia trvá viac ako 3 hodiny, resp. sú prítomné neprehľadné pomery, je potrebné vykonať konverziu. Znalec nevidel chirurga nikde vo svete, ktorý operuje žľazy laparoskopicky alebo klasicky, že by nemal takúto komplikáciu a ak tvrdí, že nemal, tak klame alebo neoperuje. Tam bolo potrebné, aby bol viditeľný sútok ductus cysticus, teda vývod, ktorý ide zo žľazy do žlčového, čo v tomto prípade tam nebolo ani popísané. Nikto nechce poškodiť pacienta, ale stávajú sa také veci aj napriek tomu, že operátor je skúsený alebo špičkový operátor. K tomu, či v tomto prípade bol dôvod na zmenu operačného postupu na otvorený výkon, že keďže pacient bol po prekonanej pankreatitíde (zápal podžalúdkovej žľazy), zápalu žľazy, navyše bol mužského pohlavia, kde vieme, že u mužov bývajú žľazy pomerne ťažké, hlavne zápalové stavy, kde bývajú početné zrasty, tak v danom prípade už od samého začiatku tam mal byť nie laparoskopický prístup, ktorý bol nariadený vedením kliniky, ale klasický. No a samozrejme ak teda nebol dostatočný prehľad anatomických štruktúr, tak mala byť vykonaná konverzia. K bezprostrednej príčine smrti zomrelého poškodeného Q. znalec vypovedal, že ako to býva, vždy je nejaká príčina a vždy je nejaký následok. Príčina, napriek tomu, že bola odstránená druhým operačným výkonom, pacient bol polymorbídny, teda mal tie uvedené diagnózy, a to dilatáciu aorty, mal hypertenziu, fibriláciu predsiení, súčasne došlo v tom neskoršom pooperačnom období ku krvácaniu do gastrointestinálneho traktu, čo spôsobilo anemizáciu, hypoxiu, a následne kardiorespiračné zlyhanie a úmrtie pacienta. Ku krvným stratám počas prvej operácie znalec uviedol, že krvné straty neboli uvedené v operačnom protokole a boli rôzne napísané. Na jednej strane boli udávané ako 300 ml, na druhom oddelení boli 600 ml, ale pravdepodobne ten pokles vyše tých 20 g/l hemoglobínu boli pravdepodobne 600 ml ale môžu byť väčšie alebo menšie. K otázke, či v prípade správne vykonanej prvej operácie by bolo možné zabrániť úmrtiu zomrelého poškodeného Q. znalec uviedol, že ak by bola vykonaná správne operácia, bol by predpoklad zabránenia úmrtia zomrelého poškodeného Q., ale keď má človek rôzne ochorenia, nie je vylúčené, že po operácii môže dostať infarkt, trombózu dolných končatín, následne embóliu. Nikdy sa nedá na 100% povedať, či by to bolo všetko v poriadku. Bolo by to možné. Prvotná operácia nebola vykonaná lege artis. Následne nastala reoperácia, ten pacient bol síce na umelej pľúcnej ventilácii, neskôr bol normálne vyživovaný, až teda nakoniec došlo ku vypadnutiu dreva z pravého hepatiku, krvácaniu do gastrointestinálneho traktu a úmrtiu pacienta z tých daných príčin, ktoré znalec uviedol. Je to tak, že keby bola vykonaná dobre prvá operácia, tak by nenastali tieto postupné veci, ktoré sa diali. Potom už to malo záťaž na organizmus. Bolo to také, nie jeden človek sa na tom podieľal, podieľal sa na tom celý zdravotnícky personál, ktorý sa na tom podieľal, bolo tam krvácanie, nízky hemoglobín, na krvácanie nebolo zareagované, nevieme, aký prístup mal k tomu vedúci oddelenia, ošetrojúci lekár, vedenie kliniky. Sú to také multifaktoriálne záležitosti. Počas prvej operácie jednak chýbal operačný protokol od MUDr. M. Š., ktorá bola primárne operujúca, kde nebolo zaznamenané v akom stave odovzdávala obžalovanému operáciu, ďalej u obžalovaného, ktorý napísal operačný protokol, tam chýbali rôzne veci, napr. aké boli štruktúry, či ich videl, čo zaklipoval je tam zapísané, ale či vedel ten sútok do spoločného žlčového, aké boli krvné straty a ako vyzeral preparát, bolo tam napísané, že sú tam kamene, ale bližšie ten preparát nebol popísaný. Následkom non lege artis operácie došlo k určitým komplikáciám na ktoré nebolo zareagované, pritom znalec nemyslí tým obžalovaného, ale ošetrojúceho lekára, vedenie, primára, vedúceho oddelenia, došlo k vlastne k úmrtiu pacienta. Keby

bola operácia vykonaná lege artist, tak by nemuselo dôjsť k úmrtiu pacienta. V dôsledku tohto prvotného operačného výkonu nastali ďalšie veci, na ktorých sa podieľali ostatní lekári a zdravotnícky personál. Tak, ako nastalo to krvácanie a podobne, nebola zaznamenaná stolica, ako vzhľad stolice a ďalšie úkony, toto bolo v kompetencii či už vedúceho oddelenia a pri vizitách primára a prednostu. Následkom toho zomrel. To znalec nespochybňuje. Vždy je nejaká príčina a tá postupne buď vedie alebo nevedie k smrti. K tomu, či malo vplyv nezaznamenanie výmeny operatárov, nespísanie protokolu MUDr. M. Š. na úmrtie nebohého poškodeného znalec uviedol, že tým, že nezapísala operačný nález, čo preparovala, v akom štádiu odovzdávala alebo resp. v akom štádiu preberal obžalovaný operáciu - nevie sa k tomu vyjadriť. Znalec ďalej uviedol že takéhoto pacienta by nedal operovať začínajúcej doktorke, aj keď je po atestácii, ale na toto obžalovaný nemal žiadny vplyv. MUDr. M. Š. bola začínajúca a až také skúsenosti nemala. Obžalovaný bol skúsený operatér. K tomu, či malo vplyv to, že nedošlo ku konverzii prvej operácie na otvorený výkon, na smrť zomrelého poškodeného Q. znalec uviedol, že tá operácia by musela byť zaznamenaná na videu, aby sme mohli povedať, čo a ako bolo robené a v akom štádiu, aké boli pomery, ale čo povedal aj z tých výsluchov, čo boli robené, tak tam mu bolo jasné, že bolo nariadené, že všetko sa má robiť a dokončiť laparoskopicky a výkon preto trval 4 a pol hodiny. Pri konverzii, to znamená na laparotomický prístup (klasický) nemôžeme na 100 % povedať, že by tiež nedošlo k poškodeniu žlčových ciest. Znalec nehovorí, že by to bolo spôsobené priamo obžalovaným, ale všeobecne povedané, ak sú ťažké pomery, nejasné, sú tam zrasty, zapálený žlčník, takisto sa môže stať, že dôjde k poškodeniu žlčových ciest. Komplikácie, aké vznikli pri prvej operácii zomrelého poškodeného Q., laparoskopicky nie sú riešiteľné a treba klasickú operáciu. K otázke, či vykonanie prvej operácie non lege artist malo alebo nemalo za nevyhnutný následok úmrtie nebohého poškodeného znalec uviedol, že bola tu určitá príčina a nasledovala kaskáda opatrení, reoperácia, následná starostlivosť. Ohľadom tých nariadení sme hovorili a kontrolných vyšetrení, ktoré neboli spravené. Bol to súhrn postupov, nedá sa povedať, že len jedno, ktoré viedli k smrti pacienta. K tomu, či bolo po prvej operácii možné zabrániť smrti zomrelého poškodeného Q., znalec uviedol, že on nezomrel po prvej operácii, on zomrel po 24 dňoch od operácie. Podieľali sa tam polymorbidita pacienta, teda mal rôzne ochorenia plus rôznych postupov, ktoré neboli indikované zo strany ošetrojúceho lekára, vedúceho oddelenia, prednostu, primára, to nebolo vykonané, ani zaznamenané. On zomrel prakticky na anémiu, hypoxiu a kardiokulmunálne zlyhanie. K smrti zomrelého poškodeného Q. po prvej operácii nedošlo, smrť nastala až po 24 dňoch od operácie. To že nedošlo k popisu krvných strát nemalo príčinu na smrti nebohého poškodeného. Keby to malo príčinu, tak by pacient zomrel hneď po operácii. K skutočnosti, že dňa 06.11.2013 bol dren z pravého hepatiku nájdený vypadnutý na zemi nejaký a či táto mala vplyv na úmrtie zomrelého poškodeného Q. znalec uviedol, že môže povedať hypoteticky, keď vypadol ten dren, tak sa nemuselo nič stať, ale mohlo dôjsť aj ku krvácaniu do tráviaceho traktu, ale je to len v teoretickej rovine, ktorá sa nedá dokázať. K skutočnosti, že dňa 25.11.2013 bol v dennom dekurze záznam o pocite slabosti a pri pokuse o chôdzu dvakrát spadol a či táto mala vplyv na úmrtie nebohého poškodeného znalec uviedol, že na pokles hemoglobínu a ostatných ťažkostí, ktoré mal pacient nebolo zareagované, či už ošetrojúcim lekárom, vedúcim oddelenia, prednostom alebo primárom. Samotný pád nemohol mať vplyv na úmrtie poškodeného. V pitevnom protokole by muselo byť napísané, že mal krvácanie do mozgu a to tam nebolo. K skutočnosti, že dňa 26.11.2013 v čase o 03:00 hod. pacient mal stolicu a bolesti a bol mu podaný novalgín a či mala táto skutočnosť nejaký vplyv na úmrtie zomrelého poškodeného Q. znalec uviedol, že nebolo na to zareagované. Znalec ďalej uviedol, že keby obžalovaný vedel, že svojim postupom pri prvej operácii zapríčiní opakovaný operačný výkon, tak obžalovaný je natoľko skúsený chirurg, že by si všimol poranenie žlčových ciest a ešte v tom momente by vykonal klasickým spôsobom operačné riešenie. Je ťažko hovoriť verejnosti laickej, kto to nerobil, či vzhľadom na okolnosti prípadu mohol a mal si obžalovaný všimnúť poranenie žlčových ciest. Každý robí operáciu s tým vedomím, že ju chce urobiť dobre a pre pacienta a nie vždy sa dá zhodnotiť či urobí chybu daný operatér, ktorá sa potom musí napraviť. Vždy každý operatér pristupuje k tomu, že operáciu vykonaná dobre a ak by mal ten pocit, že nie je dobre vykonaná, tak by vykonal reoperáciu. K tomu, či komplikácia, ktorá nastala pri prvej operácii je smrteľnou komplikáciou alebo sa dá reoperáciou vyriešiť znalec uviedol, že v literatúre je dané, že pri laparoskopických operáciách žlčníka dochádza viac k jatrogénnym poškodeniam žlčových ciest ako pri klasickej operácii. Niet chirurga, ktorý operuje ochorenia žlčových ciest alebo žlčníka, ktorý by nespôsobil poranenia žlčovodov. Ak to niekto tvrdí tak klame alebo neoperuje. Za daných okolností čo vzniklo pri tejto operácii bola vykonaná reoperácia a táto reoperácia bola s cieľom obnovenia kontinuity, aby odtekala žlč do tráviaceho traktu. Neexistuje pracovisko, kde by sa takého operácie nerobili a kde by sa takéto komplikácie nevyskytli, pričom samozrejme ďalší pooperačný priebeh závisí od pridružených ochorení pacienta, aké má kompenzačné mechanizmy a pacienti s danou operáciou bývajú aj vyliečení a prepustený do domáceho liečenia a ak pacient je polymorbídny, t. zn. že má viaceré ochorenia, tie

kompenzačné mechanizmy sú slabé a navyše došlo aj ku krvácaniu do tráviaceho traktu došlo k anémii, nedostatok prenosu kyslíka k srdcu a tým pádom aj dekompenzácií a úmrtiu pacienta. Samozrejme že je iné keď takáto komplikácia vznikne u relatívne mladého pacienta bez alebo relatívne s malými pridruženými ochoreniami pacienta, ktorý takúto operáciu prekoná a je prepustený.

Zo znaleckého posudku znaleckej organizácie LEGE ARTIS znalecká organizácia, s.r.o. z č. I. 219 a nasl. vyplynulo, že je možné konštatovať, že zomrelý poškodený Q. bol polymorbídny pacient, trpel na viacero chorobných stavov rôznych orgánových sústav, pričom najvýznamnejším postihnutím jeho organizmu vo vzťahu k funkčným rezervám bola dilatácia vzostupnej aorty pri arteriálnej hypertenzii, obezita a hypercholesterolémii s poruchou srdcového rytmu. Išlo jednoznačne o pacienta s vysokým kardiovaskulárnym rizikom pri operácii. Základné klinické diagnózy, navyše aj stav po prekonanej cholecystitíde (zápale žlčníka) s iritáciou pankreasu v auguste 2013, predstavovali vysoké operačné riziko aj pri relatívne jednoduchej plánovanej operácii žlčníka. V auguste 2013 prekonal zomrelý poškodený Q. kalkulóznu cholecystitídu (zápal žlčníka s prítomnosťou žlčových kameňov) a iritáciou pankreasu, na základe ktorej bola u neho v rámci vyšetrenia v chirurgickej ambulancii L. F. M. plánovaná elektívna klasická cholecystektómia (chirurgické odstránenie žlčníka) s odstupom cca 4 týždňov. Pacient absolvoval 24.10.2013 interné predoperačné vyšetrenie v ambulancii internistu a kardiológa so záverom, že je kardiopulmonálne kompenzovaný, tlakovo a pulzovo stabilizovaný, po internisticko-kardiologickej stránke nebola kontraindikácia k chirurgickému výkonu v celkovej anestézii. Bolo popísané prítomné zvýšené operačné riziko. Dňa 29.10.2013 pacient absolvoval aj anesteziologické predoperačné vyšetrenie pri plánovanej operácii - cholecystektómii laparotomicky so záverom ASA3, zákrok v celkovej anestézii bol možný. Pacient bol dňa 30.10.2013 prijatý na IV. chirurgickú kliniku C. J. E. - Nemocnice Ružinov na plánovanú operáciu žlčníka po prekonanej kalkulóznej cholecystitíde v auguste 2013. Podľa lekárskej správy MUDr. M. zo dňa 30.09.2013, ako sú údaje v anesteziologickom predoperačnom vyšetrení, malo ísť o tzv. klasickú cholecystektómiu, t. j. operačné odstránenie žlčníka cestou „klasického“ otvorenia dutiny brušnej rezom (laparotómia). Nevedno, prečo bol u zomrelého poškodeného Q. zvolený primárne laparoskopický výkon. Naplánovanie laparoskopickej cholecystektómie však nebolo vonkoncom postupom non lege artis. Dňa 31.10.2013 bol zomrelému poškodenému zrealizovaný operačný výkon v celkovej anestézii - laparoskopická cholecystektómia, pričom operátorom bol obžalovaný. Znalecká organizácia súhlasí s popisom a spôsobom popísania priebehu operácie znaleckou organizáciou forensic.sk. Počas operácie (laparoskopickej cholecystektómie) zomrelého poškodeného Q. dňa 31.10.2013 došlo k poraneniu žlčových ciest, pričom toto poškodenie nebolo počas operácie rozpoznané. Napriek tomu, že sa jedná o rutinnú operáciu, aj táto operácia je spojená s mnohými rizikami samotného operačného výkonu. V teréne po prekonanom zápale žlčníka (cholecystitíde) je preparácia omnoho obtiažnejšia, preto je zvýšené riziko poranenia žlčových ciest. Navyše operácia sa zobrazuje na 2D monitore, čiže operátor stráca „tretí rozmer“. Skúsený operátor nemusí previesť (konvertovať) operáciu na klasickú otvorenú operáciu (laparotómiu), zvyčajne dokáže aj v tomto teréne danú operáciu previesť. Poranenie žlčových ciest pri operácii je jednoznačne komplikáciou operačného výkonu, v posudzovanej veci nebolo zistené, že by sa jednalo o zanedbanie bežných postupov, či nedbanlivosťou v liečbe. Skôr ako operátor preruší ductus cysticus idúci zo žlčníka do hlavného žlčovodu, potrebuje podľa zásad bezpečného postupu najskôr vizualizovať jednoznačne tri štruktúry, ductus cysticus, artériu cysticu a hlavný žlčovod - ductus hepaticus communis. Dodržanie tohto bezpečného postupu je obzvlášť dôležité pri zhoršených operačných pomeroch po prekonanej cholecystitíde. V takýchto prípadoch ako bol u zomrelého poškodeného Q. sa opatrnosť počas operácie obzvlášť vyžaduje. Z operačného protokolu z predmetnej operácie vyplýva vizualizácia štruktúry vedúcej do „Hartmana“, naloženie 3 svoriek a jej preťatie, následne nájdenie 2 aterriálnych štruktúr, ktoré boli preťaté po ich zaklipovaní. Podľa popisu v operačnom náleze pokračovalo odstránenie žlčníka z jeho lôžka tzv. retrográdnym spôsobom, t. j. smerom k hrane pečene, počas ktorého došlo k pomerne masívnemu krvácaniu a bolo potrebné zaviesť ešte 1 port ďalšou incíziou. Lôžko žlčníka bolo skontrolované a vypláchnuté fyziologickým roztokom, žlčník bol extrahovaný z dutiny brušnej cez rez nad pupkom. Po nastrihnutí preparátu boli prítomné početné konkrementy do veľkosti 4-5 mm a preparát bol odoslaný na histologické vyšetrenie. Znalecká organizácia považuje popis operačného postupu v operačnej vložke za medicínsky nedostatočný, v operačnej vložke nie sú exaktne anatomicky popísané štruktúry ako ductus cysticu, d. choledochus, a arteria cystica. Preto sa dá len predpokladať, že podľa operačnej vložky prebiehala laparoskopická cholecystektómia obtiažnejšie, vizualizácia štruktúr bola náročná, po preťatí ductus choledochus, zjavne po klipovaní dvoch ciev bol odstránený žlčník. Znalecká organizácia konštatuje, že vznik pomerne masívnej hemorágie (krvácania) je medicínskym rizikom daného operačného výkonu. Môže, avšak nemusí byť dôvodom na konverziu operačného výkonu. V

rukách skúseného chirurga je aj táto komplikácia riešiteľná laparoskopicky. V popise z histologického vyšetrenia po operácii je len popis resekátu žlčníka s nálezom chronickej cholecystitídy (chronického západlu žlčníka), ale nie je žiadna zmienka o resekáte, eventuálne aberantných žlčových cestách, či anomáliách. Znalecká organizácia udáva, že napriek dlhšie trvajúcej operácii, operačný tím si nebol v danom čase vedomý vzniknutej komplikácie, považoval prevedenú operáciu v danom čase za správne prevedenú. V operačnom protokole a ani v zázname o anestézii z predmetnej operácie nie je uvedený ani hrubý odhad krvných strát. Nejednalo sa o straty krvi, ktoré by boli alarmujúce, či mali viesť k podozreniu na komplikáciu priebehu operácie. Ďalej v pooperačnom období po prvotnej operácii chýba v dennom dekurze zo dňa 01.11.2013 záznam o kvantite aj charaktere tekutiny odvedenej drénom. Ordinácia odberu krvi na laboratórne vyšetrenie bola v dekurze zaznamenaná až dňa 01.11.2013 v čase o 12:39 hod. Rovnako boli pacientovi vo večerných hodinách ordinované antibiotiká. Na ďalší deň 02.11.2013 je v dennom dekurze záznam o nočných triaškach pacienta, údaj o obsahu v dréne: „krvavo-žlto sfarbená tekutina v objeme 160 ml“. Rovnako výsledok bilirubínu s hodnotou 99,18, pričom bolo naordinované kontrolné USG brucha. U pacienta bola zaznamenaná hypotenzia - 80 mmHg systolického tlaku, podaný bol Volumen v objeme 500 ml a v čase o 13:30 bol pacient preložený na JIS chirurgickej kliniky. V čase o 14:54 bol pacient vyšetrený internistom s podozrením na vývoj akútneho koronárneho syndrómu a následne s údajom o spetickom šoku s potrebou ďalšej diagnostiky a intenzívnej terapie preložený na G. I. B. C. a UNB. Z chirurgického hľadiska z pohľadu ex post bol vtedajší aktuálny zdravotný stav pacienta vysvetliteľný možnou akútnou cholangitídou ako príčinou sepsy. Je nutné brať do úvahy skutočnosť, že podozrenie na vývoj akútneho koronárneho syndrómu danú symptomatiku potlačilo, čiže diagnostika na základe vtedy dostupných údajov bola veľmi sťažená. V rámci diferenciálnej diagnostiky bolo chirurgom indikované CT vyšetrenie brucha, pri ktorom bolo okrem iného diagnostikované „väčšie množstvo voľnej tekutiny perihepatálne aj perikolicky, perirenálne vpravo ako aj pneumoperitoneum“. Na základe CT vyšetrenia bola indikovaná chirurgom operačná revízia, ktorá bola realizovaná dňa 02.11.2013 v čase od 20:45 do 00:47 operatárom svedkom W.. V rámci operačnej revízie bola nájdená žlčová kolekcia v súlade s CT vyšetrením, stratové poranenie žlčových ciest - úplne chýbal spoločný pečeňový žlčovod (ductus hepaticus communis), nebol prítomný ani sútok pečeňových žlčovodov (confluens ductorum) a ani časť hlavného žlčovodu (ductus choledochus) s jeho sútokom so žlčovodom pôvodne vedúcim zo žlčníka (ductus cysticus). Bol tiež zistený zaklipovaný ductus hepaticus vpravo, ľavý ductus hepaticus nebol detailnejšie popísaný, bol pravdepodobne len voľne otvorený bez jednoznačného zaklipovania. Uvedený stav - stratové poranenie žlčových ciest predstavuje v chirurgii žlčového systému veľmi vážnu komplikáciu, kedy je nevyhnutné obnoviť odtok žlče z pečene buď do tráviaceho traktu vytvorením anastomózy medzi žlčovodmi a tenkým črevom, alebo žlč vyviešť pomocou drénov navonok z organizmu. V operačnom protokole z danej operácie je konštatovaná prítomnosť veľmi obtiažnych anatomických pomerov, až nemožnosť našíť anastomózu, pričom bolo rozhodnuté o vytvorení „bezstehovej anastomózy“ na tzv. omega kľučke jejuna. V prípade zomrelého poškodeného Q. bola pri reoperácii vykonaná pertubácia oboch pečeňových žlčovodov drénmi, ktoré boli prevlečené cez kľučku tenkého čreva (omega kľučka) a následne vyvedené navonok mimo dutinu brušnú stenu - drenáž žlčových ciest podľa Völckera. Je možné konštatovať, že tento druh operácie zvolený operatárom bol technicky zrealizovaný správne. V ďalšom priebehu liečby sa pacient nachádzal na KAIM, bol zaintubovaný, napojený na umelej pľúcnej ventilácii a podpore cirkulácie noradrenalinom. Kardiologické problémy po liečbe liekom Cordaronom ustúpili. Dynamika kardiošpecifických enzýmov nebola pozitívna. Postupne bol pacient odpojený od UPV, extubovaný dňa 08.11.2013, živý jejunálnou sondou, afebrilný, prechodne bolo pravdepodobne podľa psychiatrického vyšetrenia prítomné delírium somatogénnej etiológie. Poskytovanie zdravotnej starostlivosti na B. C. J. E. znalecká organizácia hodnotí ako správne. Dňa 10.11.2013 v čase o 16:20 bol zomrelý poškodený Q. preložený na JIS IV. chirurgickej kliniky LFUK a UNB - M. D.. V ďalšom priebehu bolo dokumentované postupné zlepšovanie celkového stavu, pacient mal obnovený perorálny príjem, dňa 13.11.2013 bol preložený z JIS na štandardné oddelenie, kde sa pokračovalo v antibiotickej liečbe v kombinácii Ciprofloxacín, Tienam, Metronidazol až do 15.11.2013, kedy pokračovalo už len sólové podávanie Ciprofloxacínu. Dňa 16.11.2013 vo večerných hodinách bol drén z pravého hepatiku nájdený vypadnutý na zemi. Dňa 19.11.2013 bol pacientovi extrahovaný jejunostomický katéter a brušný drén. Dňa 21.11.2013 v čase o 10:41 bol u pacienta zaznamenaný pokles hemoglobínu na 78 g/l, ordinované boli 2 transfúzne jednotky (TU) erytrocytárnej masy, na druhý deň 22.11.2013 bola kontrolovaná hladina hemoglobínu na hodnote 102 g/l. Dňa 25.11.2013 v čase o 09:30 bol v dennom dekurze záznam o pocite slabosti a pri pokuse o chôdzu 2x spadol, hladina hemoglobínu pri kontrole bola 80 g/l s ordináciou podania ďalších 2 TU krvi. Dňa 26.11.2013 v čase o 03:00 je v dekurze záznam, že pacient mal stolicu a bolesti a bol podaný Novalgín. Dňa 26.11.2013 o 05:32 bol konštatovaný exitus letalis. V rámci hospitalizácie pacienta na IV.

chirurgickej klinike LFUK UNB a v období od 13.11.2013 a najmä od 21.11.2013, kedy došlo k zisteniu poklesu hemoglobínu nebol v zdravotnej dokumentácii nájdený zaznamenaný žiaden relevantný údaj o množstve, frekvencii, či vzhľade stolice pacienta, resp. ani údaj o priebežnej diferenciálno-diagnostickej úvahe poklesu hemoglobínu ako novej známky krvácania. Možno predpokladať, že pokiaľ nebol v dekurze záznam o meléne (krvácaní do stolice), nebolo toto krvácanie zaznamenané. Ku kvalite vedenia denného dekurzu a rozsahu zaznamenaných údajov v dennom dekurze sa znalecká organizácia nie je kompetentná vyjadriť. Pokles hemoglobínu na 80 g/l býva bežným v pooperačnom období aj v dôsledku katabolizmu organizmu, nemusí byť len dôsledkom aktívneho krvácania. Dňa 26.11.2013 je v dekurze zmienka o prítomnosti stolice zomrelého poškodeného Bilčíka, ale bez prítomnosti krvi, čiže možno predpokladať, že nemal melénu. Podľa pitevného protokolu z pitvy zomrelého poškodeného Q. bolo bezprostrednou príčinou smrti cirkulačné zlyhanie kombinovanej etiológie (spolupodiel krvných strát do GITu a aterosklerotického poškodenia myokardu) pri základnej chorobe: stave po cholecystektómii (odstránení žlčníka) zo dňa 31.10.2013 a stave po hepatikojejunoanastomóze na omega kľučke s drenážou podľa Völckera. Smrť zomrelého poškodeného Q. nebola spôsobená v dôsledku straty krvi, ktorá sa našla pri pitve v dutine brušnej, takáto strata krvi sama o sebe nevedla k úmrtiu pacienta. Mohlo sa jednať aj o zbytkový nález (krvácanie) po oboch operáciách, eventuálne mohlo dôjsť k zakrvácaniu z miesta, kde bol umiestnený drén v pravom ductus hepaticus. Na základe pitevného nálezu sa jednoznačne v prípade zomrelého poškodeného Q. jednalo o smrť na multifaktórnom podklade (chronicky poškodené srdce zomrelého poškodeného Q., polymorbídny pacient, pooperačný stav, novovzniknuté krvácanie do gastrointestinálneho traktu (meléna bez vzťahu k prvotnej operácii). Smrť zomrelého poškodeného Q. jednoznačne nebola dôsledkom prvotnej operácie (laparoskopickej cholecystektómie), lebo v danom prípade by príčinou úmrtia zomrelého poškodeného Q. bola biliárna sepsa v dôsledku cholangitídy (zápal v dôsledku poškodenia žlčových ciest, ich stagnácie v pečeni, či uvoľnení do dutiny brušnej). Je možné konštatovať, že za predpokladu, že počas prvej operácie by nedošlo k iatrogénnemu porušeniu žlčových ciest, nemuselo teoreticky dôjsť k úmrtiu zomrelého poškodeného Q.. Vznik tejto komplikácie (poranenie žlčových ciest počas chirurgického odstránenia žlčníka) a jej nerozpoznanie počas prvotného operačného výkonu (laparoskopickej cholecystektómie) nie je vonkoncom následkom nesprávneho postupu operátora, ani zanedbaním lekárskej starostlivosti. Ide o komplikáciu operačnej liečby (laparoskopickej cholecystektómie), ktorá sa v istom percente laparoskopických cholecystektómii vyskytuje. Nedá sa teoreticky vonkoncom vylúčiť, že vzhľadom na skutočnosť, že zomrelý poškodený Q. bol polymorbídny pacient, aj v prípade, že by prvotná operácia prebehla bez akýchkoľvek komplikácií, mohlo teoreticky dôjsť aj k iným vážnym komplikáciám, ktoré mohli tiež spôsobiť smrť zomrelého poškodeného Q.. Znalecká organizácia súhrnne uvádza, že smrť zomrelého poškodeného Q. rozhodne nenastala v priamej príčinnej súvislosti s prvotnou operáciou žlčových ciest (laparoskopická cholecystektómia). Zomrelý poškodený Q. bol vážne chorý pacient, ktorý zomrel na jeho chronické chorobné stavy - najmä zlyhanie srdcovo-cievneho aparátu. Nemožno označiť prvotnú operáciu ako prvotnú a jednoznačnú príčinu jeho úmrtia. Pokiaľ by zomrelý poškodený Bilčík zomrel výlučne na následok prvotnej operácie, úmrtie zomrelého poškodeného Q. by bolo spôsobené sepsou a nedošlo by k úmrtiu až v štádiu rekonvalescencie.

Znalec Burda za znaleckú organizáciu LEGE ARTIS znalecká organizácia, s.r.o. vypovedal, že indikácia operačného zákroku bola správne prevedená, pričom počas samotnej operácie došlo ku vzniku neočakávanej komplikácie - poraneniu žlčových ciest. Toto poranenie napriek zdánlivo normálne prevedenému operačnému zákroku nemusí byť v čase operačného zákroku zbadané alebo zvizualizované. Bežne sa táto komplikácia prejaví až s odstupom času jedného prípadne viacerých dní. Na základe operačnej vložky sme predpokladali, že operácia bola náročná pre miestne anatomické pomery, pričom vizualizácia jednotlivých štruktúr bola náročná. Z medicínskeho hľadiska je popis samotného operačného postupu v operačnej zložke nedostatočný. Na základe dostupných informácií z operačnej zložky z pohľadu ex ante operačný tím si v čase operácie nebol vedomý vzniku žiadnej zjavnej komplikácie. Napriek tomu, že vo vložke je popis dvoch cievnych štruktúr, teda si mohli byť vedomí, že v tomto teréne sa môžu nachádzať anatomické anomálie. V našom posudku sme uviedli jednotlivé možnosti anomálií, ktoré môžu viesť k vzniku poranenia žlčových ciest ako komplikácie operačného zákroku. Taktiež krvácanie z pečene, v prípade skúseného operátora, nebolo dôvodom na konverziu na otvorenú operáciu. Počas operácie došlo ku vzniku komplikácie poranenia žlčových ciest. Aj v prípade, že operácia na oko prebehne bez komplikovaným spôsobom, môže dôjsť k vzniku tejto komplikácie. Táto samotná komplikácia nie je dôvodom posúdenia operačného zákroku ako non lege artis. V danom prípade došlo s odstupom času k manifestácii tejto komplikácie, čo viedlo k následnému urgentnému operačnému zákroku, ktorého účelom bolo vyriešenie alebo nápravy odtoku žlče z pečene.

Na základe zdravotnej dokumentácie a pitevného protokolu bola ustálená ako príčina smrti cirkulačné zlyhanie kombinovanej etiologie, predpokladané s podielom strát do tráviaceho systému a chronicky ischemického poškodeného srdca. Keby bola jednoznačnou príčinou zomrelého poškodeného Bilčika prvotná operácia, smrť by nastala dôsledkom zápalu podbrušnice, v dôsledku unikania žlče do dutiny brušnej, eventuálne v dôsledku zápalu vnútropečeňových žľčových ciest (cholangitída). Smrť zomrelého poškodeného Q. nenastala ani pre jednu z týchto príčin. Smrť bola multifaktoriálna a tiež na základe pitevného protokolu nález krvi v okolí anastomózy v objeme 750 ml nemohol byť dôvodom samotnej smrti pacienta. Smrť nastala s odstupom takmer troch alebo štyroch týždňov od operácie už v čase rekonvalescencie pacienta. Popis priebehu samotnej operácie, hlavne identifikácie jednotlivých štruktúr pri preparácii, nebol medicínsky jasne popísaný. Ostatný priebeh operácie po odstránení žľčníka bol popísaný zrozumiteľne. Priebeh operácie si nemožno overiť videozáznamom, nakoľko nebol realizovaný. Popis krvných strát nepovažujeme za chybu. V rôznych nemocniciach môže byť záznam o strate krvi súčasťou anesteziologického záznamu resp. sesterského záznamu, navyše počas operácie bola realizovaná kontrola krvného obrazu, kde bol síce zaznamenaný pokles hemoglobínu, ale ten pokles nebol vonkoncom signifikantný, teda nesvedčil o žiadnych veľkých stratách krvi počas operácie. Zápis v operačnej vložke je len záznam o priebehu samotného operačného zákroku. Neadekvátny popis identifikácie jednotlivých štruktúr počas operácie je akurát formálnou chybou zápisu operačnej vložky alebo protokolu, vôbec nemusí znamenať chybu počas operácie. Ku skutočnosti, či nezaznamenanie výmeny operátorov a nespísanie protokolu L.. L.. Š. malo vplyv na úmrtie zomrelého poškodeného Q. znalec uviedol, že zmena operátora na asistenta operátora počas operačného zákroku je bežnou procedúrou v prípade obťažnejšej operácie. Skúsený operátor nie je medicínsky definovaný termín. V bežne používanej terminológii vyjadruje chirurga s dlhodobými skúsenosťami v danej operačnej technike alebo disciplíne. Taktiež sa nejedná o žiaden oficiálne používaný termín v medicíne. Operačný tím znamená, že sa jedná o viacero chirurgov, pričom aspoň jeden člen operačného tímu musí byť atestovaný, teda musí mať ukončené postgraduálne vzdelanie. V prípade, že v tíme sú dvaja atestovaní lekári za zodpovedného sa považuje samotný operátor. Dlhodobé skúsenosti skúseného operátora nemožno kvantifikovať z medicínskeho hľadiska, ale vo všeobecnosti je možné konštatovať, že ide o chirurga, ktorý vykonal stovky operácií. Z pohľadu znaleckej organizácie to, že nedošlo ku konverzii prvej operácie na otvorený výkon, nemalo vplyv na smrť zomrelého poškodeného Q.. Navyše z pohľadu ex ante operačný tím si v danom čase nebol vedomý žiadnych komplikácií, ktoré by boli dôvodom konverzie na otvorenú operáciu. Na základe dostupnej zdravotnej dokumentácie si operačný tím v čase operácie nebol vedomý vzniku komplikácie v podobe poranenia žľčových ciest. Po prvej operácii došlo až s odstupom času k zisteniu, že došlo k vzniku komplikácie - poraneniu žľčových ciest, preto bola prevedená následná operácia, ktorej účelom bolo vyriešiť komplikáciu prvej operácie. Druhotná operácia bola spôsobilá vyriešiť komplikáciu prvej operácie. Skutočnosť, že bol 16.11.2013 dren z pravého hepatiku nájdený na zemi, s najväčšou pravdepodobnosťou nemala žiadny vplyv na úmrtie zomrelého poškodeného Q.. Skutočnosť, že dňa 25.11.2013 bol v dennom dekurze záznam o pocite slabosti a pri pokuse o chôdzu nebohý poškodený dvakrát spadol na základe dostupných informácií nemala vplyv na úmrtie nebohého poškodeného. Skutočnosť, že dňa 26.11.2013 v čase 03:00 hod. je v dekurze záznam, že pacient mal stolicu a bolesti a bol mu podaný novalgin, na základe dostupných informácií nemala vplyv na úmrtie nebohého poškodeného. Na základe informácií zo zdravotnej dokumentácie obžalovaný počas prvej operácie nevedel o vzniku komplikácie poranenia žľčových ciest. Pritom počas laparoskopického odstránenia žľčníka si operátor vonkoncom nemusí všimnúť vznik tejto komplikácie, čiže v čase operácie nemusí byť viditeľná alebo zjavná. K preparátu žľčníka - v operačnom protokole z danej operácie je popísané, že žľčník obsahoval žľčové kamene, ale nebol popísaný vizuálne prítomnosť anomálií na resekáte. Po druhé v záveroch histologického vyšetrenia, čiže vyšetrenia, kde bol po operácii vyšetrený tento resekovaný žľčník je tiež len popis chronického zápalu žľčníka, žľčových kameňov a na resekáte nebolo popis prítomnosti anomálie žľčových ciest.

Z listinných dôkazov a to: prepúšťacej správy z č. I. 3-6, správy o úmrtí z č. I. 7, listu o prehliadke mŕtveho a štatistické hlásenie o úmrtí z č. I. 8-9, úmrtného listu z č. I. 10 a fotokópie zdravotnej dokumentácie zosnulého L. Q. z č. I. 174 s prílohou vyplynuli skutočnosti v podstate zhodné, ako boli uvádzané znaleckými organizáciami v znaleckých posudkoch, a preto bez potreby ich opakovania súd na ne odkazuje, ako bolo reprodukované v znaleckých posudkoch znaleckých organizácií.

Z ostatných dôkazných prostriedkov nevyplývali žiadne relevantné skutočnosti.

Súd dôkazy z faktografického hľadiska vyhodnotil ako vierohodné, vo vzájomnej zhode. Pokiaľ došlo k rozporom v odborných záveroch znaleckých posudkov daných znaleckými organizáciami, je nutné uviesť nasledovné. Znalecká organizácia Inštitút forenzných medicínskych expertíz s.r.o. vo svojom znaleckom posudku uviedla, že počas operácie zomrelého poškodeného Bilčíka zo dňa 31.10.2013 konštatuje znalec posup non lege artis, pretože neboli dodržané takmer žiadne bezpečné postupy pri laparoskopической operácii žlčníka. Napriek tomuto tvrdeniu a popisu bezpečných postupov v znaleckom posudku znalecká organizácia nevysvetlila, aké bezpečné postupy neboli zachované a aké zistenia takýto záver opiera. Zároveň výpoveď znalca F. nebola v tomto smere celkom presvedčivá, na doplňujúce otázky nebol schopný jednoznačne odpovedať a závery posudku nevysvetlil v takej miere, že by bolo možné ich bez pochybností prevziať. Naproti tomu znalecká organizácia LEGE ARTIS znalecká organizácia, s.r.o. konštatovala v znaleckom posudku, že napriek dlhšie trvajúcej operácii, operačný tím si nebol v danom čase vedomý vzniknutej komplikácie, považoval prevedenú operáciu v danom čase za správne prevedenú. Počas prvej operácie došlo k iatrogénnemu porušeniu žlčových ciest, avšak vznik tejto komplikácie (poranenie žlčových ciest počas chirurgického odstránenia žlčníka) a jej nerozpoznanie počas prvotného operačného výkonu (laparoskopической cholecystektómie) nie je vonkoncom následkom nesprávneho postupu operátora, ani zanedbaním lekárskej starostlivosti. Ide o komplikáciu operačnej liečby (laparoskopической cholecystektómie), ktorá sa v istom percente laparoskopických cholecystektómii vyskytuje. V tomto smere je nutné poukázať aj na výpoveď obžalovaného, ktorý vypovedal, že postupne vypreparovali štruktúry, ktoré zhodnotili ako anatomicky správne a pokračovali v operácii až do odstránenia žlčníka. Terén bol ťažšie prehľadný, ale rozhodne nie tak, aby riskovali preparáciou nejasných štruktúr. Z toho vyplýva, že bezpečné postupy zachované boli a dôkaz o opaku s výnimkou uvedeného nejasného konštatovania znaleckej organizácie Inštitút forenzných medicínskych expertíz s.r.o. vo svojom znaleckom posudku v konaní produkovaný nebol. Ďalšou spornou otázkou bolo, či jediným správnym postupom pri prvotnej operácii bola konverzia operácie z laparoskopической na laparotomickú, kde jednak na základe záverov znaleckého posudku z č. l. 219 a nasl. možno konštatovať, že obžalovaný ako skúsený chirurg nemal dôvod ku konverzii a v čase skutku nemal dôvod pochybovať o tom, že operáciu môže vykonať správne aj bez konverzie a na základe výsluchu znalca F. možno rovnako dospieť k záveru, že konverzia operácie nemala kruciálny význam, keď znalec vypovedal, že pri konverzii, to znamená na laparotomický prístup (klasický) nemôžeme na 100 % povedať, že by tiež nedošlo k poškodeniu žlčových ciest. Znalec nehovorí, že by to bolo spôsobené priamo obžalovaným, ale všeobecne povedané, ak sú ťažké pomery, nejasné, sú tam zrasty, zapálený žlčník, takisto sa môže stať, že dôjde k poškodeniu žlčových ciest. Napriek týmto rozporom medzi znaleckými posudkami je nutné uviesť, že podstatná časť záverov znaleckých posudkov bola v zhode. Znalecká organizácia LEGE ARTIS znalecká organizácia, s.r.o. konštatovala v znaleckom posudku, že smrť zomrelého poškodeného Q. rozhodne nenastala v priamej príčinnej súvislosti s prvotnou operáciou žlčových ciest (laparoskopická cholecystektómia); zomrelý poškodený Q. bol vážne chorý pacient, ktorý zomrel na jeho chronické chorobné stavy - najmä zlyhanie srdcovo-cievneho aparátu; nemožno označiť prvotnú operáciu ako prvotnú a jednoznačnú príčinu jeho úmrtia; pokiaľ by zomrelý poškodený Q. zomrel výlučne na následok prvotnej operácie, úmrtie zomrelého poškodeného Q. by bolo spôsobené sepsou a nedošlo by k úmrtiu až v štádiu rekonvalescencie. Znalec F. k otázke, či vykonanie prvej operácie non lege artis malo alebo nemalo za nevyhnutný následok úmrtie nebohého poškodeného uviedol, že bola tu určitá príčina a nasledovala kaskáda opatrení, reoperácia, následná starostlivosť; ohľadom tých nariadení sme hovorili a kontrolných vyšetrení, ktoré neboli spravené; bol to súhrn postupov, nedá sa povedať, že len jedno, ktoré viedli k smrti pacienta. Teda v podstate rovnako ako znalecká organizácia LEGE ARTIS znalecká organizácia, s.r.o. aj znalecká organizácia Inštitút forenzných medicínskych expertíz s.r.o. prostredníctvom znalca F. konštatovala, že smrť zomrelého poškodeného Q. nebola v priamej príčinnej súvislosti s postupom obžalovaného pri prvej operácii, aj keď za použitia iných výrazových prostriedkov.

Podľa § 8 Trestného zákona trestný čin je protiprávny čin, ktorého znaky sú uvedené v Trestnom zákone, ak Trestný zákon neustanovuje inak.

Znaky trestného činu vo všeobecnosti tvoria vždy objekt, objektívna stránka, subjekt a subjektívna stránka.

Objektívna stránka skutkovej podstaty vyjadruje vonkajšiu charakteristiku trestného činu. Obligatónnymi znakmi objektívnej stránky skutkovej podstaty trestného činu sú konanie, následok a príčinný vzťah medzi konaním a následkom. Objektívnou stránkou trestného činu usmrtienia podľa § 149 Trestného

zákona je konanie popísané v uvedenom ustanovení Trestného zákona, ktoré spočíva v tom, že páchateľ inému z nedbanlivosti spôsobí smrť. Objektívna stránka ako jeden zo znakov predmetného trestného činu bude naplnená, ak (1) dôjde ku konaniu páchateľa, (2) nastane následok v podobe smrti inej osoby a (3) ak je medzi týmto konaním páchateľa a následkom v podobe smrti inej osoby vzťah príčinnej súvislosti.

Inak povedané pre vyvodenie trestnej zodpovednosti páchateľa je nevyhnutná existencia priamej príčinnej súvislosti medzi konaním páchateľa a následkom, ktorý nastane. Vzťah príčinnej súvislosti označuje priamu väzbu javov (objektívnych súvislostí), v rámci ktorého jeden jav (príčina) vyvoláva druhý jav (následok). O príčinnú súvislosť ide vtedy, ak je daný vzťah príčiny a následku. Prítom nie je rozhodujúce časové hľadisko, ale vecná súvislosť príčiny a následku. V postupnom slede javov je každá príčina niečím vyvolaná (sama je následkom niečoho) a každý ňou spôsobený následok sa stáva príčinou ďalšieho javu. Zodpovednosť však nemožno robiť závislou na neobmedzenej kauzalite. Atribútom príčinnej súvislosti je totiž „priamosť“ pôsobenia príčiny na následok, pri ktorej príčina priamo (bezprostredne) predchádza následku a vyvoláva ho. Vzťah príčiny a následku musí byť preto priamy, bezprostredný, neprerušovaný, nestačí, ak je iba sprostredkovaný. (bližšie pozri rozsudok NSSR z 30.06.2010, sp. zn. 5 Cdo 126/2009).

V danom prípade z vykonaného dokazovania jednoznačne vyplynulo, že obžalovaný ako operatér vykonal podstatnú časť laparoskopickej operácie žlčníka zomrelého poškodeného Q. dňa 31.10.2013. Z vykonaného dokazovania zároveň jednoznačne vyplynulo, že pri prvotnej operácii došlo k poraneniu žlčových ciest, čo viedlo k vykonaniu reoperácie dňa 02.11.2013 inými osobami, než obžalovaným. Obe operácie viedli k následnej pooperačnej starostlivosti o zomrelého poškodeného Q., ktorú vykonávali iné osoby než obžalovaný a za ktorú nezodpovedal obžalovaný. Z vykonaného dokazovania však nevyplynula priama príčinná súvislosť medzi poranením žlčových ciest počas operácie dňa 31.10.2013, ktoré bolo zapríčinené konaním obžalovaného, a smrťou zomrelého poškodeného Q.. Inak povedané smrť zomrelého poškodeného Q. nebola nevyhnutným a priamym následkom poranenia žlčových ciest počas operácie dňa 31.10.2013, ktoré vzniklo v dôsledku konania obžalovaného, ale bola odvrátiateľná následnou zdravotnou starostlivosťou zahrňujúcou tak reoperáciu dňa 02.11.2013, ako aj následnú pooperačnú starostlivosť o zomrelého poškodeného Q., ktoré už neboli vykonávané obžalovaným, ani neboli v kompetencii obžalovaného. V tomto smere je nutné opakovane poukázať na záver znaleckého posudku znaleckej organizácie LEGE ARTIS znalecká organizácia, s.r.o., podľa ktorej smrť zomrelého poškodeného Q. rozhodne nenastala v priamej príčinnej súvislosti s prvotnou operáciou žlčových ciest (laparoskopická cholecystektómia). Zomrelý poškodený Q. bol vážne chorý pacient, ktorý zomrel na jeho chronické chorobné stavy - najmä zlyhanie srdcovo-cievneho aparátu. Nemožno označiť prvotnú operáciu ako prvotnú a jednoznačnú príčinu jeho úmrtia. Pokiaľ by zomrelý poškodený Q. zomrel výlučne na následok prvotnej operácie, úmrtie zomrelého poškodeného Q. by bolo spôsobené sepsou a nedošlo by k úmrtiu až v štádiu rekonvalescencie. Ďalej je nutné poukázať aj na výpoveď znalca F., ktorý vypovedal, že na komplikácie v rámci pooperačnej starostlivosti nebolo adekvátne zareagované, a ktorý vypovedal, že v dôsledku prvej operácie nastali ďalšie veci, keď nastalo krvácanie a podobne, nebola zaznamenaná stolica ako vzhľad stolice a ďalšie úkony, následkom čoho zomrelý poškodený Q. zomrel. Znalec vyslovene uviedol, že niečo sa stalo a potom nasledoval súhrn rôznych príčin, jednak na strane pacienta, ktorý bol polymorbídny, mal rôzne ochorenia, došlo ku krvácaniu do gastrointestinálneho traktu a následne k hypoxii a kardiokulmunálnej dekompenzácii a následnej smrti. Bola tu príčina a nasledovala kaskáda opatrení, pričom kontrolné vyšetrenia v rámci pooperačnej starostlivosti neboli spravené. Uvedené potvrdzuje tiež výpoveď znalca Burdu, ktorý vypovedal, že keby bola jednoznačnou príčinou úmrtia zomrelého poškodeného Q. prvotná operácia, smrť by nastala dôsledkom zápalu podbrušnice, v dôsledku unikania žlče do dutiny brušnej, eventuálne v dôsledku zápalu vnútropečeňových žlčových ciest, pričom smrť zomrelého poškodeného Q. nenastala ani pre jednu z týchto príčin. Vzhľadom na uvedené možno jednoznačne konštatovať, že priamou, bezprostrednou príčinou úmrtia zomrelého poškodeného Q. nebola prvotná operácia. Teda je nutné konštatovať, že nie je daný vzťah priamej príčinnej súvislosti medzi prvotnou operáciou a smrťou zomrelého poškodeného Q.. Zároveň pokiaľ obžaloba kládla obžalovanému za vinu, že jeho postup pri prvotnej operácii spôsobil nezvratné poranenia, ktoré nebolo možné rekonštruovať ani pri reoperácii, tak z dokazovania (predovšetkým zo znaleckého dokazovania) takýto záver vôbec nevyplynul, naopak vyplynulo, že takéto poranenie je bežnou komplikáciou takýchto operácií žlčníka, ktorá nie je smrteľná a dá sa vyriešiť buď priamo počas operácie, ak je počas operácie odhalená alebo následnou reoperáciou. V danom prípade zomrelý poškodený Q. bol reoperovaný, poranenie žlčových ciest bolo spoľahlivo ošetrené a vyriešené. Keďže

nie je daná príčinná súvislosť medzi konaním a následkom ako nevyhnutná súčasť objektívnej stránky trestného činu, preto v danom prípade je nutné konštatovať, že stíhaný skutok obžalovaného nie je trestným činom, a preto súd obžalovaného spod obžaloby oslobodil.

Nad rámec uvedeného súd uvádza nasledovné. Podľa § 2 ods. 1 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov zdravotná starostlivosť je súbor pracovných činností, ktoré vykonávajú zdravotnícki pracovníci, vrátane poskytovania liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín s cieľom predĺženia života fyzickej osoby, zvýšenia kvality jej života a zdravého vývoja budúcich generácií; zdravotná starostlivosť zahŕňa prevenciu, dispenzarizáciu, diagnostiku, liečbu, biomedicínsky výskum, ošetrovateľskú starostlivosť a pôrodnú asistenciu. Podľa § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov poskytovateľ je povinný poskytovať zdravotnú starostlivosť správne. Zdravotná starostlivosť je poskytnutá správne, ak sa vykonajú všetky zdravotné výkony na správne určenie choroby so zabezpečením včasnej a účinnej liečby s cieľom uzdravenia osoby alebo zlepšenia stavu osoby pri zohľadnení súčasných poznatkov lekárskej vedy a v súlade so štandardnými postupmi na výkon prevencie, štandardnými diagnostickými postupmi a štandardnými terapeutickými postupmi pri zohľadnení individuálneho stavu pacienta.

Obžaloba v danom prípade kladie za vinu obžalovanému predovšetkým to, že z jeho strany došlo k odborne nesprávnemu postupu pri preparácii dôležitých anatomických štruktúr žlčníka, cievy vývodu, k nedostatočnému zhodnoteniu momentu možnej zmeny operačného postupu na otvorený typ operácie v dutine brušnej. Vo vzťahu k uvedenému je nutné v prvom rade poukázať na konštatovanie oboch znalcov, ktorí sa jednoznačne vyjadrili, že poškodenie štruktúr žlčníka je obvyklým rizikom operácie žlčníka a pri operáciách žlčníka sa bežne vyskytuje. Inak povedané súčasné poznatky lekárskej vedy neumožňujú úplnú elimináciu tohto rizika poskytnutia zdravotnej starostlivosti a pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti je potrebné toto riziko zohľadniť. Preto s poukazom na citované ustanovenia zákona č. 576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov nemôže ísť zo strany obžalovaného v tomto smere o protiprávne konanie. Pokiaľ ide o konverziu operačného postupu na otvorený typ operácie, z medicínskeho hľadiska sa dve znalecké organizácie nedokázali v rámci svojho znaleckého skúmania zhodnúť na tom, či bolo v danom prípade potrebné konvertovať operačný postup na otvorený typ operácie alebo nie. Ak sa na uvedenom nedokážu zhodnúť dve znalecké organizácie činné v oblasti lekárskej vedy, tým skôr nemožno hovoriť o nejakom štandardnom postupe vychádzajúcom zo súčasných poznatkov lekárskej vedy, ktorý by mal byť pre lekára poskytujúceho zdravotnú starostlivosť záväzný. Preto uvedený omisívny postup obžalovaného, keď nepristúpil ku konverzii operačného postupu na otvorený výkon nemožno s poukazom na citované ustanovenia zákona č. 576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov a s poukazom na rozpor v odborných stanoviskách znaleckých organizácií rovnako kvalifikovať ako protiprávne konanie.

Okrem uvedeného obžaloba kladie za vinu obžalovanému tiež to, že obžalovaný nedostatočne zhodnotil vyoperovaný preparát - žlčník vo vzťahu k jednotlivým jeho anatomickým štruktúram (cievy vývodu), nezaznamenal krvné straty počas operácie, nezaznamenal ani vlastnú výmenu operátora počas operácie a nezabezpečil pooperačnú starostlivosť v zmysle laboratórnych odberov, čím nesprávne viedol zdravotnú dokumentáciu. Pokiaľ ide o uvedené nedostatky vo vedení zdravotnej dokumentácie, znalecké organizácie sa zhodli, že k nim skutočne prišlo, avšak ani jedna zo znaleckých organizácií nekonštatovala, že by nesprávne vedenie zdravotnej dokumentácie malo akýkoľvek vplyv na smrť zomrelého poškodeného Q. a ani inak takýto skutkový záver z dokazovania nevyplýval. Inak povedané nebol preukázaný príčinný vzťah medzi nesprávnym vedením zdravotnej dokumentácie a smrťou zomrelého poškodeného Q.. (V tomto smere súd poukazuje napr. na závery znaleckej organizácie LEGE ARTIS znalecká organizácia, s.r.o., ktorá konštatovala, že v operačnom protokole a ani v zázname o anestézii z predmetnej operácie nie je uvedený ani hrubý odhad krvných strát. Nejednalo sa o straty krvi, ktoré by boli alarmujúce, či mali viesť k podozreniu na komplikáciu priebehu operácie.) Je nutné tiež uviesť, že nedostatočné zaznamenanie zhodnotenia vyoperovaného preparátu - žlčníka vôbec neznamená, že počas operácie nedošlo k makroskopickej revízií preparátu (pohľadu voľným okom) operátorom najmä za účelom zistenia aké štruktúry boli zaklipované a prerušené. Naopak z výpovedí obžalovaného a svedka W., ktorí boli priamymi účastníkmi prvej operácie, sú lekári, ktorí mali skúsenosti s takýmito operáciami tak v čase skutku, ako aj v čase ich svedeckých výpovedí, tak obaja zhodne vypovedali, že postupne vypreparovali štruktúry, ktoré zhodnotili ako anatomicky správne a pokračovali v operácií až do odstránenia žlčníka, počas operácie nedošlo k žiadnej komplikácii. Pritom aj znalecká

organizácia LEGE ARTIS znalecká organizácia, s.r.o. konštatovala, že napriek dlhšie trvajúcej operácii, operačný tím si nebol v danom čase vedomý vzniknutej komplikácie, považoval prevedenú operáciu v danom čase za správne prevedenú. V konaní nebol produkovaný dôkaz o opaku, preto súd vyhodnotil obe výpovede v tomto smere ako vierohodné. Teda nemožno dospieť k záveru, že neúplné vedenie zdravotnej dokumentácie obžalovaným bolo v príčinnej súvislosti s úmrtím zomrelého poškodeného.

V súhrne uvedeného súd konštatuje, že aj keď na základe dokazovania vykonaného na hlavnom pojednávaní možno konštatovať, že skutkový dej uvedený v obžalobe sa v podstatnej časti stal, a to tak v konaní obžalovaného, keď vykonal inkriminovaný operačný zákrok ako aj v následku, keď zomrelý poškodený Q. zomrel, avšak pre absenciu príčinnej súvislosti ako obligatórneho znaku objektívnej stránky a pre absenciu protiprávnosti konania obžalovaného, ktoré by malo za následok smrť zomrelého poškodeného Q. nemožno konštatovať, že by stíhaný skutok obžalovaného bol trestným činom v zmysle § 8 Trestného zákona, preto súd podľa § 285 písm. b) Trestného poriadku oslobodil obžalovaného spod obžaloby.

Keďže nárok na náhradu škody poškodenou L. Q. nebol riadne a včas uplatnený (§ 46 ods. 3 Tr. por.), súd o náhrade škody nekonal (§ 164 písm. a) Tr. por.).