| | |
|---|---|
| Súd: | Okresný súd Nitra |
| Spisová značka: | 19C/88/2018 |
| Identifikačné číslo súdneho spisu: | 4118210248 |
| Dátum vydania rozhodnutia: | 21. 02. 2024 |
| Meno a priezvisko sudcu, VSÚ: | JUDr. Lucia Kuzmová |
| ECLI: | ECLI:SK:OSNR:2024:4118210248.28 |

# ROZSUDOK V MENE SLOVENSKEJ REPUBLIKY

Okresný súd Nitra v spore žalobkyne: A. B., nar. XX.X.XXXX, bytom C. XXXX/XXX, XXX XX D. E. F., zast. JUDr. Pavol Gráčik, advokát, IČO: 51 721 554, so sídlom Farská 40, 949 01 Nitra, proti žalovanému: JESSENIUS – diagnostické centrum, a.s., IČO: 36 540 315, so sídlom Špitálska 6, 949 01 Nitra, zast. CLS Čavojský & Partners, s.r.o., IČO: 36 854 972, so sídlom Zochova 6-8, 811 03 Bratislava, o ochranu osobnosti a náhrady nemajetkovej ujmy, takto

**r o z h o d o l :**

I. Žalovaný je povinný zaplatiť žalobkyni náhradu nemajetkovej ujmy vo výške 10 000 eur, a to do 3 dní od právoplatnosti tohto rozsudku.

II. Vo zvyšnej časti súd žalobu zamieta.

III. Žalobkyňa má voči žalovanému nárok na náhradu trov konania v rozsahu 100 %, o výške ktorej bude rozhodnuté súdom prvej inštancie samostatným uznesením.

IV. Štát má voči žalovanému nárok na náhradu trov konania v rozsahu 100 %, o výške ktorej bude rozhodnuté súdom prvej inštancie samostatným uznesením.

**o d ô v o d n e n i e :**

1. Žalobou doručenou Okresnému súdu Nitra dňa 5.9.2018, upravenou podaním zo dňa 13.2.2023 realizovaným žalobkyňou po úmrtí pôvodného žalobcu v 2. rade D. B., nar. X.XX.XXXX, zomr. XX.XX.XXXX sa žalobkyňa a domáhala, aby súd zaviazal žalovaného povinnosťou zaplatiť jej za porušenie práva na súkromný a rodinný život sumu 50 000 eur. O trovách konania žiadala rozhodnúť do 30 dní od právoplatnosti rozhodnutia vo veci samej.

2. Žalobu odôvodňovala ujmou, ktorú utrpela v dôsledku straty syna D. B., nar. XX.X.XXXX, bytom G. XX, XXX XX F., ktorý zomrel dňa X.X.XXXX. K jeho úmrtiu došlo vo veľmi mladom veku 33 rokov. Žalobkyňa poukázala na skutkové okolnosti nasledovne: Dňa 17.8.2015 začal jej syn náhle trpieť prudkými bolesťami hlavy, preto dňa 20.8.2015 navštívil pohotovostnú ambulanciu lekárskej služby prvej pomoci. Z tohto miesta bol odoslaný na vyšetrenie do Fakultnej nemocnice Nitra (ďalej ako „FN Nitra“), kde bol vyšetrený v rámci ústavnej pohotovostnej služby neurológom. Ešte v ten istý deň bol podrobený CT vyšetreniu mozgu, ktorým však nebolo potvrdené žiadne krvácanie do mozgu a ani iný typ vnútrolebečného krvácania. Z vykonaného CT vyšetrenia však bola zrejmá prítomnosť podozrivého nálezu drobného ložiska 8 mm, ktorý bol hodnotený ako meningeóm (nezhubný nádor). Dňa 24.8.2015 absolvoval očné vyšetrenie, pretože bolesť hlavy pretrvávala a naviac uňho došlo k zhoršeniu zraku. Vyšetrením sa zistil opuch terča zrakového nervu obojstranne. V nadväznosti na výsledky očného vyšetrenia zo dňa 24.8.2015 bol hospitalizovaný na Neurologickej klinike FN Nitra s diagnózou zvýšeného vnútrolebečného tlaku. Dňa 25.8.2015 bolo vykonané MR vyšetrenie, na

základe ktorého nebol potvrdený tumor (nádor) v zadnej jame, nález na mozgových cievach bol bez chorobných zmien. Vzhľadom na to, že jeho zdravotné problémy pretrvávali a najmä s poukazom na neprimerane vysoké hodnoty krvného tlaku, bol následne dňa 26.8.2015 preložený na Internú kliniku FN Nitra. V priebehu ďalších dní došlo k stabilizácii krvného tlaku, preto bol dňa 30.8.2015 preložený na štandardné lôžko Internej kliniky FN Nitra. Dňa 31.8.2015 mu bolo vykonané očné vyšetrenie, na základe ktorého mu bolo diagnostikované pretrvávanie opuchu terča zrakového nervu obojstranne. Dňa 3.9.2015 sa podrobil ďalšiemu kontrolnému očnému vyšetreniu, kde bolo konštatované pretrvávanie vyššie spomínaného opuchu, avšak s miernym poklesom. Vzhľadom na to, že výsledky krvného tlaku boli dňa 3.9.2015 uspokojivé, došlo dňa 3.9.2015 o 14.30 hod. k ukončeniu jeho hospitalizácie a bol prepustený do ambulantnej starostlivosti internistu, oftalmológa a neurológa. Ešte v ten istý deň, ako bola ukončená jeho hospitalizácia, t. j. 3.9.2015, sa jeho zdravotný stav začal radikálne zhoršovať. Okolo 21.00 hod. sa začal psychicky meniť, bol nervózny, neskôr až agresívny, následne zostal ticho a prestal komunikovať. Za asistencie sanitky Rýchlej lekárskej pomoci bol prevezený do FN Nitra, a to na rádiologické pracovisko, kde mu bolo vykonané CT vyšetrenie mozgu, ktoré potvrdilo rozsiahle vnútrolebečné krvácanie. Počas uvedeného CT vyšetrenia sa stav jeho vedomia zhoršil a musel byť prijatý na Kliniku anesteziológie a intenzívnej medicíny. Následne bol podrobený operačnému zákroku, na základe ktorého došlo k chirurgickému otvoreniu dutiny lebečnej za účelom odstránenia subdurálneho krvného výronu. Dňa 4.9.2015 bolo vykonané ďalšie CT vyšetrenie mozgu, ktorým malo byť potvrdené správne vykonanie operačného zákroku. Dňa 7.9.2015 dochádzalo postupne k zvyšovaniu vnútrolebečného tlaku, čo prinášalo viaceré zdravotné komplikácie, na základe čoho mu bolo vykonané ďalšie CT vyšetrenie mozgu, na základe ktorého bola zistená rozsiahla nedokrvenosť mozgu. Následne bolo indikované urgentné odstránenie vnútrolebečného tlaku. Bezprostredne na to však došlo k zlyhávaniu základných regulačných mechanizmov mozgu, k nízkemu krvnému tlaku, k spomalenej činnosti srdca a následne k zastaveniu činnosti srdca, ktorý stav nebol zvrátený ani následným oživovaním a o 09:45 hod. bolo konštatované jeho úmrtie. Z dôvodu, že žalobkyňa mala podozrenie z nesprávneho poskytovania zdravotnej starostlivosti jej synovi, obrátila sa na Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, pobočka Nitra (ďalej len „Úrad“). Výsledkom jej podnetu bolo oznámenie Úradu o výsledku prešetrenia podnetu zo dňa 6.2.2017, z ktorého vyplýva, že vo všetkých MR a CT vyšetreniach chýbal popis parciálne trombotizovanej aneuryzmy a. communicans posterior vľavo. Podľa pitevného protokolu bola za základnú chorobu označená práve prasknutá aneuryzma, ktorá sa v zmysle popisu jednak v pitevnom protokole, ako aj v operačnej vložke nachádzala v ľavej časti mozgu. Jej popis nebol uvedený na CT a MR snímkoch. D. B. bol osobou, ktorá trpela zvýšeným krvným tlakom, ktorý mal mať aj medikamentózne liečený. Žalobkyňa je presvedčená, že pokiaľ by sa venovala tomuto nepopísanému ale viditeľnému nálezu náležitá pozornosť, tak jej syn mohol žiť. Až do dátumu 3.9.2015, kedy sa vlastne prišlo na to, že u D. B. došlo k rapídnemu zhoršeniu zdravotného stavu v dôsledku vnútrolebečného krvácania, neboli zo strany ošetrujúcich lekárov robené žiadne kroky k tomu, aby sa predišlo prasknutiu vtedy už vytvorenej aneuryzmy. Žalovaný mal riadne popísať snímky z CT a MR vyšetrení a následne mali ošetrujúci lekári zvoliť takú formu poskytovania zdravotnej starostlivosti, ktorá by zodpovedala ich vedomosti o existujúcej avšak zatiaľ neprasknutej aneuryzme. Zistenie vysokého vnútrolebečného tlaku prišlo neskoro, toto bolo možné zistiť už dňa 20.8.2015. Lekári mali k dispozícii všetky príznaky sprevádzajúce osobu s vysokým vnútrolebečným tlakom, avšak aj tak nesmerovali svoje kroky k tomu, aby sa včas zistila príčina tohto vysokého vnútrolebečného tlaku a aby sa zvolila vhodná metóda liečby, ktorou by sa okamžite začala riešiť po medicínskej stránke vtedy ešte neprasknutá aneuryzma. Zo strany žalovaného išlo o protiprávne konanie, flagrantná nedbanlivosť pri tak zodpovednej práci, čo bolo konštatované v oznámení Úradu a za nezákonný považovala žalobkyňa aj postup lekárov FN Nitra. Žalobkyňa poukazovala aj na skutočnosť, že po celú dobu hospitalizácie D. B. mal zvýšený tlak, preto jeho prepustenie z hospitalizácie v deň, keď je u neho nameraný tlak 150/105, považuje za hrubú nedbanlivosť a poskytovanie zdravotnej starostlivosti non lege artis. Pokiaľ by D. B. zostal v opatere lekárov, bola by aspoň zabezpečená čo najrýchlejšia reakcia v prípade, aký nastal pár hodín po jeho prepustení do ambulantnej liečby. Žalobkyňa ďalej popísala svoj blízky vzťah k synovi D. B., ktorý bol jedným z jej dvoch detí, vychovávali ho odmalička v ucelenej a súdržnej rodine, ktoré vzťahy pretrvávali až do dňa jeho smrti. Celá rodina prežívala jeho smrť veľmi bolestivo, táto otázka je stále veľmi bolestivou témou. D. bol veľmi dobrým človekom, čo bolo aj výsledkom vzornej výchovy, mali z neho veľkú radosť. Bol samostatný, vzájomne si pomáhali. Zomrel ako slobodný a bezdetný muž. Vo svojom živote si nestihol užiť pocit zo svojej vlastnej rodiny. Jeho smrť prišla veľmi nečakane a v neposlednom rade to malo celé veľmi rýchly priebeh. Podľa žalobkyne je zrejmé, že došlo jednak ku škode v podobe nemajetkovej ujmy a zároveň je zrejmé, že došlo k porušeniu zákona v podobe poskytovania zdravotnej starostlivosti non lege artis zo strany žalovaných subjektov (pôvodne okrem

žalovaného JESENIUS – diagnostické centrum, a.s. aj žalovaný v 2. rade – Fakultná nemocnica Nitra, IČO: 17336007, so sídlom Špitálska 6, 950 01 Nitra ). Medzi uvedenými predpokladmi na vznik nároku na náhradu nemajetkovej ujmy zároveň existuje príčinná súvislosť.

3. Pre úplnosť súd dopĺňa, že žalobkyňa v podanej žalobe označila za žalovaného v 2. rade FN Nitra. Voči tomuto subjektu však žalobu vzala späť. Uznesením č. k. 19C/88/2018- 466 zo dňa 8.12.2021 súd konanie vo vzťahu k tomuto subjektu zastavil. Zároveň súd dopĺňa, že pôvodnú žalobu podal ako žalobca v 2. rade aj neb. manžel žalobkyne D. B., nar. X.XX.XXXX, ktorý v priebehu konania zomrel. Uznesením č. k. 19C/88/2018-951 zo dňa 18.5.2023 súd konanie o jeho žalobe zastavil.

4. Žalovaný žiadal žalobu zamietnuť a priznať mu nárok na náhradu trov konania. Poukazoval na nepreukázanie príčinnej súvislosti a vecnej súvislosti medzi jeho postupom a úmrtím D. B., tiež na nepreukázanie neoprávneného zásahu do práva na ochranu osobnosti žalobkyne. Uvedené nevyplýva ani výsledku vykonaného dohľadu Úradu. Žalovaný závery uvádzané Úradom v oznámení zo dňa 6.2.2017 namieta, jeho stanovisko považuje za nejasné a vnútorne rozporné, tiež v rozpore so zdravotnou dokumentáciou D. B.. Ďalej poukazuje na skutočnosť, že dňa 20.2.2017 Úrad vydal upovedomenie o začatí správneho konania vo veci uloženia pokuty žalovanému, dňa 27.7.2018 Úrad predmetné správne konanie zastavil z dôvodu, že odpadol dôvod konania začatého na podnet správneho orgánu. Žalovaný namieta tvrdenia o jeho flagrantnej nedbanlivosti pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti synovi žalobkyne a poukazuje na skutočnosť, že ak by Úrad mal za riadne preukázané, že žalovaný neposkytoval zdravotnú starostlivosť správne, uložil by mu pokutu. Žalovaný opakovane zdôrazňoval nepreukázanie príčinnej súvislosti medzi smrťou D. B. a údajne zisteným nedostatkom pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti zo strany žalovaného. Podľa žalovaného síce príčinou smrti D. B. bol deštruktívny opuch mozgu (G93.6) s tým, že za základnú chorobu bola označená prasknutá aneuryzma (berry aneuryzma) na r. communicans post. sin. s menším subarachnoidálnym zakrvácaním, nebolo potvrdené, že práve prasknutie aneuryzmy na a. communicans post. l sin. s menším subarachnoidálnym zakrvácaním bolo príčinou smrti D. B. (dokonca ani sekundárnou). Žalovaný ďalej zdôrazňoval, že aj v prípade pripustenia, že zdravotná starostlivosť nebola zo strany žalovaného poskytnutá správne, táto skutočnosť nemala a ani vo svojej podstate nemohla mať vplyv na úmrtie D. B.. Ani správne poskytnutá zdravotná starostlivosť nemusí viesť k obmedzeniu alebo zabráneniu zhoršenia zdravotného stavu. Žalovaný namietal aj výšku požadovanej náhrady nemajetkovej ujmy, ktorú považuje za neprimeranú. Z opatrnosti vzniesol aj námietku premlčania argumentujúc tým, že pokiaľ žalobkyňa tvrdí, že non lege artis postup zo strany žalovaného predstavuje zásah do jej osobnostných práv, k neoprávnenému zásahu došlo v prvý deň poskytovania zdravotnej starostlivosti, a teda dňa 20.8.2015, kedy bolo vykonané prvé CT vyšetrenie mozgu D. B.. Žaloba bola súdu doručená dňa 5.9.2018, teda po uplynutí 3-ročnej premlčacej doby.

5. Súd spor prejednal na pojednávaniach za prítomnosti právnych zástupcov strán sporu. V rámci dokazovania súd vykonal výsluch žalobkyne a svedkyne A. H.. V priebehu konania boli k sporným otázkam vypracované znalecké posudky. Na návrh strán sporu boli vykonané výsluchy MUDr. Norberta Moravanského PhD., I. I. C., I. E. J., doc. MUDr. Petra Svobodu, CSc., I. E. H., K. I. E. B., L. a I. I. M.. Pokiaľ ide o ostatný obsah spisu, podľa § 204 CSP súd dokazovanie listinami nachádzajúcimi sa v súdnom spise čítaním ich obsahu na pojednávaná nevykonal, pretože jednotlivé listinné dôkazy tvoriace obsah súdneho spisu, boli stranám sporu zaslané.

6. Z vykonaného dokazovania súd zistil nasledovný skutkový stav:

7. Z úmrtného listu D. B., nar. XX.X.XXXX, naposledny bytom C. XXXX/XXX, D. E. F. vyplýva, že tento zomrel dňa X.X.XXXX.

8. Z operačnej vložky chirurgickej do záznamu o zdraví a chorobe k pacientovi D. B., k dátumu operácie dňa 4.9.2015 vyplýva, že operačnou diagnózou pacienta D. B. bol subdurálny hematóm na ľavej strane.

9. Z výpisu z pitevného protokolu číslo PNRSL2015 0618 k osobe D. B. vyplýva, že príčinou smrti bol deštruktívny opuch mozgu (G93.6). Základnou chorobou bola prasknutá aneuryzma (berry aneuryzma) na r. communicans post. sin. (na ľavej strane) s menším subarachnoidálnym zakrvácaním, arteriálna hypertenzia. Uvádza sa komplikácia základnej choroby: Subdurálny hematóm (stav po evakuácii subdurálneho hematómu a dekompresívnej kraniektomii). Ďalej sa uvádza, že 33 ročný pacient

v deň prepustenia z internej kliniky (3.9.2015), kam bol preložený z neurologickej kliniky, kde bol hospitalizovaný pre hypertenznú krízu a bolesti hlavy, v ten istý deň večer o 22.hod. privezený RLP pre poruchu vedomia - GSC 9, CT zistený akútny SDH F-T-P l. sin., po krátkej príprave evakuácia SDH so zavedením snímača, antiedematózna a cerebroprotektívna liečba, dňa 7.9.2015 stav progreduje, CT nález ischémie ľavej hemisféry a presun sčš do 18 mm, dekompresívna kraniektomia, napriek tomu stav progreduje, centrálne zlyhanie regulačných mechanizmov mozgu a o 9,45 hod. konštatovaný exitus pacienta.

10. V Liste o prehliadke mŕtveho a štatistickom hlásení o úmrtí je ako choroba, ktorá priamo navodila smrť D. B. uvedené: centrálne navodené zlyhanie srdca, predchádzajúce príčiny: edém mozgu s predĺženou kómou, centrálnou dysreguláciou a herniáciou, prvotná príčina: akútny SDH TPO sin. po kraniotómii a evakuácii hematómu, iné závažné chorobné stavy a zmeny: M. hypertonicus II. Ďalej je tu uvedené, že išlo o krvácanie do mozgu nejasného pôvodu.

11. Žalovaný súdu predložil vyjadrenie MUDr. Mateja Vozára, MPH k otázkam položených žalovaným ohľadom pacienta vo veku 33 rokov v situácii obdobnej synovi žalobkyne, ktorý uviedol, že subdurálna hemorágia je pri ruptúre aneuryzmy AcoP (4 mm) atypická, môže sa však vyskytnúť. V každom prípade môže ísť aj o následok traumy po páde, ktorá mohla predchádzať a byť tiež príčinou ruptúry aneuryzmy mozgovej tepny. Hypertenzná kríza môže byť príčinou ruptúry aneuryzmy mozgovej tepny, keďže stena tepny je v mieste výdute oslabená, preto je liečba hypertenzie veľmi dôležitou súčasťou prevencie intrakraniálneho krvácania. Doteraz nekrvácajúca aneuryzma akejkoľvek mozgovej tepny priemeru 4 mm nie je indikáciou k emergentnej endovaskulárnej liečbe. Pri spomenutom diametri aneuryzmy je indikáciou k emergentnej embolizácii resp. chir. liečby len aneuryzma krvácajúca, čo sa na iniciálnych CT a MR skenoch nepotvrdilo. Pri náleze 4 mm veľkej aneuryzmy AcoP je indikovaná v prvom rade dôsledná antihypertenzívna liečba za účelom zabezpečenia fyziologických hodnôt krvného tlaku, čo minimalizuje riziko ruptúry. Pacient je spravidla konzultovaný na multidisciplinárnom indikačnom seminári, kde sa rozhodne o spôsobe efektívneho liečebného zákroku, ktorý býva najčastejšie endovaskulárny. Následne je pacient kompletne vyšetrený za účelom zistenia jeho komplexnej hemokoagulačnej situácie a citlivosti na antiagreganciá a antikoagulanciá a v prípade vhodných výsledkov indikovaný k liečbe, čo v podmienkach SR zvyčajne netrvá kratšie ako 2 týždne. Ruptúra mikroaneuryzmy AcoP viedla k masívnemu SAH ako aj subdurálnemu hematómu s edémom mozgu s presunom stredočiarových štruktúr. Po správne indikovanej dekompresívnej kraniektómii došlo k zlepšeniu stavu, ktorý bol však následne komplikovaný vývojom rozsiahleho teritoriálneho infaktu s fatálnymi následkami. V každom prípade nie je možné jednoznačne rozhodnúť, či k ruptúre výdute viedla hypertenzná kríza alebo trauma lebky po prípadnom páde.

12. Zo stanoviska I. N. O., E., MBA., MPH. k poskytnutej zdravotnej starostlivosti D. B. zo dňa 20.12.2015 adresovanému Úradu vyplýva zistenie, že postup zdravotných pracovníkov FN Nitra v dohliadanom období bol správny s jedinou poznámkou – pri pretrvávajúcej cefaley bolo vhodné vykonať likvorologické vyšetrenie na vylúčenie prípadného zápalového ochorenia nervového systému, resp. intrakraniálnych štruktúr. Avšak prvotná príčina smrti pacienta D. B. – akútny subdurálny hematóm nesúvisí s predchorobím (cefalea, hypertonická kríza), ale musel vzniknúť silnou traumou hlavy, čo však nie je zadokumentované. Zdravotná starostlivosť vo FN Nitra bola D. B. poskytnutá správne, v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z.

13. Z protokolu č. 1025/2015 o vykonanom dohľade Úradu zo dňa 21.12.2016 vyplýva záver o správnom poskytnutí zdravotnej starostlivosti D. B. v dohliadanom období od 1.1.2015 do 7.9.2015.

14. Z oznámenia Úradu o výsledku prešetrenia podnetu zo dňa 6.2.2017 vyplývajú zistenia o nedostatkoch pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti synovi žalobkyne u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ktorým bol žalovaný. Podľa písomného stanoviska odborného konzultanta Úradu v medicínskom odbore rádiológia na základe dostupnej CT a MR dokumentácie Úrad konštatoval, že CT a MR vyšetrenia, realizované žalovaným boli realizované za využitia štandardných protokolov a bez omeškania v časovej súvislosti so vznikom klinických obtiaží. Od prvého CT vyšetrenia dňa 20.8.2015 vo všetkých CT a MR vyšetreniach chýba popis parciálne trombotizovanej aneuryzmy a. communicans posterior vľavo (čiastočne krvnou zrazeninou vyplnená výduť na mozgovej tepne s rozvojom subarachnoidálneho krvácania pozdĺž a cerebri media). Úrad konštatoval, že v dohliadanom období nebola žalovaným zdravotná starostlivosť poskytovaná správne v súlade s ust. § 4 ods. 3 zákona

č. 576/2004 Z. z. Podľa Úradu bol postup zo strany FN Nitra pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti synovi žalobkyne správny.

15. Dňa 20.2.2017 vydal Úrad upovedomenie o začatí správneho konania č. ZS 404/00004/2017 vo veci uloženia pokuty žalovanému z dôvodu zistenia porušenia ust. § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti D. B.. Úrad konštatoval chýbajúci popis parciálne trombotizovanej aneuryzmy a. communicans posterior vľavo. Konštatoval, že zdravotná starostlivosť je poskytnutá správne vtedy, ak sa vykonávajú všetky zdravotné výkony na správne určenie choroby so zabezpečení včasnej a účinnej liečby s cieľom uzdravenia osoby alebo zlepšenia stavu so zohľadnením poznatkov lekárskej vedy.

16. Dňa 27.7.2018 vydal Úrad v konaní č. ZS 404/00004/2017 rozhodnutie, ktorým správne konanie zastavil z dôvodu, že odpadol dôvod konania začatého na podnet správneho orgánu. Úrad opäť konštatoval nerozpoznanie parciálne trombotizovanej aneuryzmy a. communicans posterior vľavo v MR vyšetrení mozgu pacienta dňa 25.8.2015, čo uznal aj žalovaný ako účastník predmetného správneho konania. Úrad však dospel k záveru, že aj keby žalovaný v predmetnom MR vyšetrení mozgu pacienta dňa 25.8.2015 aneuryzmu rozpoznal, nemalo by to vzhľadom na zdravotný stav pacienta a jeho diagnózu, ako aj pri zohľadnení poznatkov lekárskej vedy vplyv na spôsob liečby zo strany FN Nitra, ani vplyv na neskoršie úmrtie pacienta, teda ani správne poskytnutá zdravotná starostlivosť nemusela viesť k obmedzeniu alebo zabráneniu zhoršenia zdravotného stavu pacienta. Toto konštatovanie potvrdzuje tak pitevný protokol ako aj odborné vyjadrenie MUDr. Mateja Vozára, MPH, podľa ktorého doteraz nekrvácajúca aneuryzma akejkoľvek mozgovej tepny priemeru 4 mm nie je indikáciou k emergentnej endovaskulárnej liečbe. Pri spomenutom diametri aneuryzmy je indikáciou k emergentnej embolizácii, resp. chirurgickej liečbe len aneuryzma krvácajúca, čo sa na iniciálnych CT a MR skenoch nepotvrdilo. Ďalej uvádza, že príčinou ruptúry aneuryzmy mozgovej tepny, keďže stena tepny je v mieste výdute oslabená, môže byť hypertenzná kríza, preto je liečba hypertenzie veľmi dôležitou súčasťou prevencie intrakraniálneho krvácania. V každom prípade môže ísť aj o následok traumy po páde, ktorá mohla predchádzať a byť tiež príčinou ruptúry aneuryzmy mozgovej tepny, nakoľko subdurálna hemorágia je pri ruptúre aneuryzmy atypická, môže sa však vyskytnúť. Ruptúra mikroaneuryzmy viedla k masívnemu SAH ako aj subdurálnemu hematómu s edémom mozgu s presunom stredočiarových štruktúr. Po správne indikovanej dekompresívnej kraniektómii došlo k zlepšeniu stavu pacienta, ktorý bol však následne komplikovaný vývojom rozsiahleho teritoriálneho infarktu s fatálnymi následkami. Podľa I. I. M., I., primára oddelenia rádiológie SÚSCCH a.s. Banská Bystrica však nie je možné jednoznačne rozhodnúť, či k ruptúre výdute viedla hypertenzná kríza alebo trauma lebky po prípadnom páde.

17. Žalobkyňa na pojednávaní uviedla jej syn nastúpil 24.8.2015 do nemocnice. Už týždeň predtým s ním chodila po vyšetreniach, asi 3x boli na pohotovosti, robili mu CT hlavy. Na konci krčnej chrbtice mu zistili prítomnosť nejakého útvaru. Syn hovoril, že má rakovinu. J. mu povedal, že je to len zrazenina a musí byť každý polrok sledovaný. Po pohotovostiach chodili, pretože syn sa necítil dobre, mal dvojité videnie a ukrutné bolesti hlavy. Stalo sa, že aj uprostred noci ju zobudil pre veľké bolesti hlavy. Keď ho išla objednať na MR hlavy a lekárke povedala o bolestiach, povedala jej, že ho má doviesť, že môže mať krvácanie do mozgu. Syna hospitalizovali dňa 24.8.2015, po dvoch dňoch mu prudko stúpol tlak, preto bol prevezený na interné. Robili mu aj ďalšie vyšetrenia a to RTG ľadvín, vyšetrenia očí. Keď mu po týždni tlak klesol, lekári ďalej hlavu vôbec neriešili a prepustili ho domov. Pri každej vizite počas pobytu v nemocnici udával bolesti hlavy, avšak toto sa neriešilo. Dňa 3.9. okolo 14:30 ho priniesla domov z nemocnice. Popoludní polihoval a večer už stonal od bolesti. Našla ho v izbe kľačať pri gauči a bol dezorientovaný. Zavolala sanitku, čo trvalo 20 minút kým k nim dorazila, volali im 2x, a keď sanitka dorazila, syn bol v bezvedomí. Ešte v tú noc mu hlavu otvorili a operovali ho. Tri dni bol v umelom spánku a na tretí deň, teda 7.9. jej zavolali že sa nezobudil. Jej syn D. bol dieťa, ktoré každý miloval. Bol to veselý chlapec, postavil im dom, bol to kus šikovného a dobrého chlapca, ochotného pomôcť aj iným. Teraz je to od jeho smrti už 4 roky, a jej je stále ťažko. Doma sa s manželom na tému ich syna nemôžu rozprávať. Syn D. žil s nimi v spoločnej domácnosti. V minulosti sa liečil na tlak, pričom prvé problémy sa uňho objavili počas vojenskej služby. Neskôr sa to stabilizovalo. Tlak nemal až extrémne vysoký, keď si ho zmeral, mal hodnoty 140 až 150. Zo začiatku po zistení problémov užíval lieky, potom sa tlak stabilizoval a ďalej lieky neužíval. Na preventívne prehliadky k lekárovi nemal dôvod chodiť, nebýval chorý. Má vedomosť o úraze hlavy v roku 2007 alebo 2009. C. ho vtedy sotil a D. si buchol hlavu o obrubník, preto ho pre istotu vzala do nemocnice, kde povedali že je všetko v poriadku.

18. Svedkyňa A. H., dcéra žalobkyne na pojednávaní vypovedala, že s rodičmi v spoločnej domácnosti nežije. Bratovmu zdravotnému stavu na začiatku nepripisovala nejakú vážnosť. Až po opakovaných návštevách pohotovostí, keď mal brat stále veľké bolesti hlavy, mame povedala, aby tlačili na lekárov, aby bratovi nejako pomohli. Vie, že bratovi zistili zvýšený očný tlak. Aj počas pobytu v nemocnici hovoril, že sa zle cíti. Brata nebolela len hlava, ale mal aj dvojité videnie. Potom čo mu rapídne stúpol tlak, ho preniesli na JISK-u. Brat bol aj počas pobytu v nemocnici veľmi spavý, veľmi sa s nimi nerozprával. Čudovali sa, keď im mama oznámila, že D. prepúšťajú z nemocnice domov, pretože v jeho zdravotnom stave sa nič nezmenilo. Dňa 3.9. po prepustení D. z nemocnice za ním prišla a hoci nie je zdravotnícky pracovník, aj ja ako laik na prvý pohľad videla, že nie je v poriadku. Bol malátny, len po pár hodinách od prepustenia z nemocnice musel byť opäť hospitalizovaný. Jej subjektívny názor a pocit je taký, že keby ho z nemocnice neprepustili, mohol byť pod dohľadom lekárov a veci sa mohli vyvinúť inak. Jej rodina jeho smrťou dodnes trpí. Mamina sa z tejto udalosti dodnes nespamätala, ocino je tak potichu a zožiera sa vo vnútri, čo sa odzrkadlilo aj na jeho zdravotnom stave. D. bol veľmi obľúbený. Všetci ho mali radi, každému rád pomohol a pre druhých by sa rozdal. Veľmi im všetkým chýba. Najmä však chýba rodičom, a to aj pre zdravotný stav otca. Teraz by bolo dobré, keby im vedel pomôcť. Brat lekárov nenavštevoval. Má vedomosť o tom, že počas vojny mal problémy s tlakom, nevie, či sa ďalej liečil. Bol dospelý človek. Nemá vedomosť o tom, že brat bol chorý.

19. Uznesením č. k. 19C/88/2018-217 zo dňa 26.11.2019 súd v konaní ustanovil znalecký ústav forensic.sk Inštitút forenzných medicínskych expertíz s.r.o., ktorý vypracoval znalecký posudok č. 99131/2021. Vyplýva z neho nasledovné:
D. B. bol v posudzovanom období hospitalizovaný na Neurologickej klinike FN Nitra a následne na Internej klinike FN Nitra pre bolesti hlavy, nedostatočne terapeuticky kontrolovanú artériovú hypertenziu a popisovaný edém terča zrakového nervu pri oftalmologickom vyšetrení. Zobrazovacími vyšetreniami mozgu (CT, MR) počas hospitalizácie na uvedených klinikách, bol rádiológom, ktorý je zodpovedný za popis zobrazovacieho vyšetrenia, vylúčený ložiskový intrakraniálny proces (vnútrolebečný patologický proces). U pacienta dominovala nedostatočne kontrolovaná artériová hypertenzia, ktorá aj podľa literárnych údajov môže vysvetľovať edém terča zrakového nervu obojstranne. Znalecký ústav konštatoval, že zdravotná starostlivosť nebohému na uvedených klinikách v pôsobnosti FN Nitra bola poskytovaná štandardne a správne v rámci evidence based medicine (medicína založená na dôkazoch). Zároveň konštatoval, že nerozpoznaná nekrvácajúca aneuryzma na tepne mozgu – arteria communicans posterior veľkosti 4 mm, jednoznačne prítomná a diagnostikovateľná na zobrazovacích skenoch MRA z 25.8.2015, mala byť podľa odporúčania z roku 2013 pre liečbu intrakraniálnych aneuryziem a SAH (subarachnoidálne krvácanie); (P. Q., N. P., R. A., N. L., S. I., T. U.: European Stroke Organization Guidelines for the Management of Intracranial Aneurysms and Subarachnoid Haemorrhage. Cerebrovasc Dis 2013;35:93-112) smerovaná k multidisciplinárnemu konzíliu odborníkov, pričom ďalší manažment individuálneho prípadu by bol stanovený po zohľadnení faktorov zo strany pacienta (vek, fajčenie, iné), faktorov aneuryzmy (veľkosť, lokalizácia) a po zohľadnení rizika intervencie. Podľa znaleckého ústavu v tomto prípade nešlo pri posúdení MR nálezu zo dňa 25.8.2015 o postup lege artis zo strany žalovaného ako poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.
CT vyšetrenie dňa 20.8.2015 bolo realizované natívne, t. j. bez podania kontrastnej látky. Natívne CT vyšetrenie v uvedenom dátume nepreukazovalo prítomnosť subarachnoidálneho krvácania. Popisovaný nodulus v zadnej jame lebečnej infratentoriálne, pri nasledujúcich vyšetreniach – bez príslušného korelátu na doplňujúcich vyšetreniach, možno považovať za artefakt (t. j. falošný nález, podmienený samotným zobrazovacím vyšetrením a jeho rozlišovacou schopnosťou, bez reálneho morfologického biologického korelátu s konkrétnym tkanivovým nálezom). Po tomto vyšetrení však bolo nutné dodiferencovanie nálezu, a to podaním kontrastnej látky, prípadne doplnením MR vyšetrenia. Externé likvorové priestory boli však bez evidentného patologického obsahu.
Nedostatočný opis CT a MR vyšetrení mal vplyv na celkový manažment poskytovania zdravotnej starostlivosti pánovi D. B. realizovaný vo FN Nitra. Stratifikácia pacienta by bola na základe správneho popisu zobrazovacích vyšetrení odlišná, a to vzhľadom na zistené nálezy.
Intrakraniálna ruptúra aneuryzmy je klasicky charakterizovaná subarachnoidálnym krvácaním (SAH) a je často komplikovaná aj intracerebrálnym hematómom (prevalenie krvácania do mozgu) a intraventrikulárnym hematómom (prevalenie krvácania do mozgových komôr). Klinický výskyt komplikácie ruptúry intrakraniálnej aneuryzmy (IA) charakteru subdurálneho hematómu (SDH – krvácanie pod tvrdou blanou mozgu) je veľmi nízky, čo bolo v literatúre hlásené v rozmedzí 0,5 - 7,9 %. Najčastejšie hlásené miesto aneuryzmy a komplikácie SDH je arteria carotis interna, nasledované arteria communicans posterior a arteria cerebri media.

V odbornej literatúre je popísaných viacero mechanizmov vzniku SDH (subdurálny hematóm) pri ruptúre aneuryzmy: (1) postupné menšie krvácanie s následným rozvojom adhézie, čo vedie ku konečnému roztrhnutiu tkaniva mozgu do subdurálneho priestoru, (2) vysokotlakové krvácanie z aneuryzmy, ktoré môže viesť k rýchlej akumulácii krvi a k roztrhnutiu arachnoidálnej membrány, s prevalením do subdurálneho priestoru mozgu; (3) intracerebrálne krvácanie môže expandovať cez kortex (mozgovú kôru) a spôsobiť slzenie arachnoidálnej membrány do subdurálneho priestoru; (4) aneuryzma, vychádzajúca z karotickej artérie v subdurálnom priestore, sa môže roztrhnúť a spôsobiť subdurálny hematóm priamo a (5) akútne zväčšenie intrakavemóznej aneuryzmy môže narušiť kavernóznu stenu sínusu splavov mozgu. Nech už je príčina akákoľvek, väčšina prípadov aneuryzmatického SDH vykazuje na CT skenoch SAH (subarachnoidálne krvácanie). V malom percente prípadov však môže aneuryzmatická ruptúra spôsobiť subdurálny odber krvi bez SAH, čo je zriedkavý stav, nazývaný čistý SDH. Z vyššie uvedeného teda vyplýva, že teoreticky je možný, a teda nie je v žiadnom prípade vylúčený, výskyt subdurálneho krvácania ako následku rupturovanej intrakraniálnej aneuryzmy, v tomto prípade nerozpoznanej aneuryzmy na arteria communicans posterior. Ide však o zriedkavú formu manifestácie ochorenia.
Podľa znaleckého ústavu bol postup zo strany poskytovateľa zdravotnej starostlivosti FN Nitra štandardný, správny; v súlade s postupmi lege artis aj v rámci Evidence based medicine. Poskytovanie zdravotnej starostlivosti vo FN Nitra nebolo v patofyziologickej príčinnej súvislosti so smrťou D. B..
Znalecký ústav pripustil možnosť zakrvácania aj ako následok traumy (úrazového deja). Podstatne s vyššou frekvenciou a pravdepodobnosťou sa v klinickej praxi vyskytuje samozrejme SDH ako následok traumatického deja. U neb. D. B. je na zobrazovacích snímkach realizovaných v období od 20.8.2015 do 25.8.2015 konštatovaný nález – bez traumatických zmien intrakránia (v dutine lebečnej), resp. na skelete, či mäkkých tkanivách lebky (pokrývky lebečné). Pri CT vyšetření dňa 3.9 2015 sa okrem dominantného nálezu masívneho akútneho subdurálneho hematómu nad ľavou hemisférou mozgu, zobrazilo i možné „kontúzne ložisko“ (pomliaždenie) v spánkovej oblasti vľavo (hypodenzná zóna temporálne vľavo na ploche 24x 15 mm), ktoré pretrvávalo i na CT snímkach zo dňa 4.9.2015. Uvedené kontúzne ložisko v spánkovej oblasti vpravo, vykreslené na CT mozgu 3.9.2015 i na kontrolnom CT mozgu po 24 hodinách, môže vytvárať podozrenie na traumatický pôvod subdurálneho krvácania, no zároveň je nutné uviesť, že takýto nález na CT zobrazovacom vyšetrení mozgu môže vzniknúť i následkom útlakových (kompresívnych) prejavov v lebečnej dutine následkom intrakraniálnej hypertenzie. V prípade nebohého pána B. teda nie je možné jednoznačne a úplne vylúčiť, ale ani ničím forenzne relevantne potvrdiť predchádzajúci úraz hlavy. Uvedené nálezy na CT vyšetreniach mozgu zo dňa 3.9.2015 a 4.9.2015 však nezobrazujú žiadne podkožné zmeny (na pokrývkach lebečných), resp. zmeny na skelete lebky, ktoré by zvyšovali pravdepodobnosť možného traumatického deja. Takéto zmeny na mäkkých tkanivách hlavy, či na skelete lebky, by však bolo možné z hľadiska skúseností z forenznej traumatológie jednoznačne očakávať na podporu úrazu hlavy. Z tohto dôvodu znalecký ústav favorizoval záver, že v prípade D. B. s najväčšou mierou pravdepodobnosti ide v prípade prítomnosti subdurálneho krvácania o komplikáciu ruptúry mozgovej aneuryzmy. Podľa znaleckého ústavu je súvislosť traumy (úrazu) hlavy D. B. s ruptúrou aneuryzmy skôr nepravdepodobná.
Znalecký ústav konštatoval, že neurochirurgický operačný výkon, realizovaný dňa 4.9.2015, bol podľa operačného nálezu bez komplikácií. Vykonaná bola evakuácia akútneho subdurálneho hematómu FTP vľavo (fronto-temporo-parietálne, v čelovo-spánkovo-temennej oblasti) cez kraniotómiu (otvorenie dutiny lebečnej), s inzerciou (zavedením) snímača intrakraniálneho tlaku do dutiny lebečnej. Na základe posúdenia operačného protokolu znalecký ústav konštatoval, že operácia prebehla bez intraoperačných komplikácií, štandardným spôsobom. Realizovaný operačný výkon nespôsobil infarkt mozgu. Takýto mechanizmus vzniku infarktu mozgu nemá oporu v dokumentovanom priebehu operačného výkonu.
Znalecký ústav vymenoval rizikové faktory SAH. Medzi rizikové faktory pre formáciu aneuryzmy patrí ženské pohlavie, fajčenie cigariet, artériová hypertenzia, vek a rodinná anamnéza. Prevalencia hypertenzie u pacientov so SAH je o niečo vyššia ako vo všeobecnej populácii; po úprave pre vek, pohlavie, fajčenie cigariet a konzumáciu alkoholu, anamnéza hypertenzie teda významne zvyšuje riziko SAH. Súčasne však pacienti s artériovou hypertenziou, ktorí užívali antihypertenzívne lieky, môžu mať zníženie rizika tvorby de novo aneuryziem. Dlhoročná neliečená artériová hypertenzia teda patrí medzi rizikové faktory pre formáciu de novo intrakraniálnej aneuryzmy a patrí taktiež medzi najvýznamnejšie modifikovateľné rizikové faktory vzniku SAH (krvácanie pod arachnoideou mozgu po ruptúre aneuryzmy). Pán D. B. netrpel ochorením spojivového tkaniva, resp. inou genetickou poruchou, ktorá by podľa literárnych údajov mohla zvyšovať pravdepodobnosť výskytu intrakraniálnych aneuryziem. Taktiež v zdravotnej dokumentácii nie je údaj o familiárnom výskyte intrakraniálnych aneuryziem (výskyt v rodine). Na základe týchto údajov (pozn. údaje k roku 2015) netrpel nebohý

štatisticky vyššou genetickou predispozíciou pre výskyt intrakraniálnych aneuryziem v porovnaní so všeobecnou populáciou, čo však neumožňuje s absolútnou istotou tvrdiť, že nemohlo ísť o vrodené postihnutie. Na danú otázku teda nie je možné s istotou odpovedať, t. j. nie je možné v danom prípade ustáliť jednoznačnú príčinu vzniku aneuryzmy. Znalecký ústav sa nevedel vyjadriť k otázke , či mohol D. B. dodržiavaním liečebného režimu a životosprávy eliminovať alebo aj odvrátiť riziko prasknutia mikroaneuryzmy. U pacientov s artériovou hypertenziou, ktorí užívali antihypertenzívne lieky, môže byť zaznamenané zníženie rizika tvorby de novo aneuryziem. Zároveň mikroaneuryzma môže predstavovať aj náhodný nález, zistený pri zobrazovacom vyšetrení mozgu, ktorý nemusí – ani počas celého života – viesť k jej ruptúre, no vždy je takýto nález nutné posúdiť a zvážiť možnú intervenciu.
Znalecký ústav nevedel potvrdiť, že D. B. po prepustení z nemocnice dňa 3.9.2015, kedy u neho došlo k vnútrolebečnému krvácaniu, nedodržal prepúšťajúcim lekárom nariadenú liečbu a liečebný režim, teda, že neužil doporučené lieky a požil alkoholické nápoje. Vzostup krvného tlaku, ktorý bol zaznamenaný u nebohého pána D. B. pri príchode RZP, nemusel byť prejavom len vynechania predpísanej antihypertenznej liečby, ale mohol byť prejavom aj sympatikovej reakcie. Bezprostredne po SAH, resp. po inej afekcii CNS, dochádza k intenzívnej aktivácii oblasti hypotalamu, inzuly a mozgového kmeňa, s následnou aktiváciou sympatikových nervových zakončení, vedúcich k vyplaveniu norepinefrínu, s následnou klinickou kardiovaskulárnou manifestáciou.
Uvádzaná koncentrácia alkoholu 0,054 g/l je hodnota, ktorá je uvedená vo výsledkovom liste z odberu vzorky krvi zo dňa 3.9.2015 z času 23,49 hod. Ide o koncentráciu alkoholu v krvnom sére, t. j. v centrifugovanej tekutej zložke krvi po oddelení krvných elementov, čo nie je výsledok priamo interpretovateľný na celú krv. V každom prípade však podľa výsledkov nejde o významný nález (ide o minimálnu, pozitívnu koncentráciu etanolu v krvnom sére), ktorý by potvrdzoval a preukazoval stav opitosti D. B. v čase odberu krvi. Uvedenú hodnotu nie je možné z forenzného hľadiska ďalej hodnotiť a skúmať a ani na základe nej posudzovať stav opitosti menovaného v danom čase, či v čase pred odberom vzorky krvi.
Znalecký ústav v závere potvrdil závery pitvy, t. j. bezprostrednú a prvotnú príčinu smrti. V danom prípade išlo o úmrtie z chorobných príčin, t. j. neúrazovú základnú príčinu smrti.

20. Vzhľadom na námietky žalovaného k obsahu znaleckého posudku bolo znaleckým ústavom vypracované doplnenie č. 1 znaleckého posudku a znalecký ústav k formálnym námietkam uviedol svoje stanovisko. Z tohto stanoviska vyplýva, že znalecký ústav menovite v znaleckom posudku uviedol, kto ho vypracoval s tým, že konkrétne osoby z jednotlivých medicínskych odvetví poveruje podľa odborného rámca konkrétneho prípadu. Znalecký ústav je zapísaný v odbore Zdravotníctvo a farmácia, pod ktorý je možné subsumovať všetky medicínske odvetia. V čase vypracovania znaleckého posudku znalecký ústav nedisponoval informáciou o tom, že doc. MUDr. Branislav Kolarovszki, PhD. vypracoval pre Úrad akékoľvek konzultačné stanovisko. Túto informáciu im neuviedol a považuje za pravdepodobnosť rovnajúcu sa takmer istote, že si na uvedený prípad nespomenul. Znalecký ústav uvedené zistil až ex post, nemali zlý úmysel. Znalecký ústav považoval za logické uvedenie nálezovej časti v takom rozsahu, ako bola uvedená, pretože v prípade ich účasti na pojednávaní už nebudú mať k dispozícii spisový materiál. V nálezovej časti zároveň uviedli najvýznamnejšie časti zdravotnej dokumentácie a k posudku pripojili 4 prílohy, ktoré považovali za dôležité.

21. V doplnení č. 1 znaleckého úkonu č. 99131/2021 zo dňa 31.3.2022 znalecký ústav doplnil odpovede na otázky žalobkyne a žalovaného.
Uviedol, že začiatok ťažkostí D. B. je možné datovať od 17.8.2015 s manifestáciou akútnej bolesti hlavy v oblasti záhlavia. Pre uvedené ťažkosti bol vyšetrený neurológom s realizáciou CT mozgu (1. vyšetrenie) dňa 20.8.2015 s klinicky vyslovenou suspekciou na SAH (podozrenie na krvácanie pod arachnoideu); krvácanie CT vyšetrením nebolo verifikované. Nekontrastné CT vyšetrenie bolo indikované správne, ale s ohľadom na časový odstup od vzniku ťažkostí je senzitivita CT vyšetrenia nízka; na 3. deň od vzniku ťažkostí dosahuje cca 70 %. V závere vyšetrenia absentuje ďalší urgentný manažment pacienta, ktorý je odporúčaný aj pri normálnom CT náleze, ktorý bol zahájený až hospitalizáciou od dňa 24.08.2015. Znalecký ústav analyzoval tento moment poskytovania zdravotnej starostlivosti opakovane, no nie je možné uvedený postup nerealizovania kontrastného CT vyšetrenia hodnotiť ako vyslovene nesprávny. Mohla byť v danom čase samozrejme rovnako zvažovaná hospitalizácia, no taktiež nešlo o jednoznačné odborné medicínske pochybenie, ak lekár neindikoval hospitalizáciu. Ide o časté úskalie diagnostiky, závislé od aktuálnej intuície ošetrujúceho lekára. V každom prípade znalecký ústav po opätovnej revízii postupov v tomto čase nemôže realizované postupy označiť ako jednoznačne odborne chybné, či nesprávne. Znalecký ústav zopakoval, že zobrazovacími vyšetreniami mozgu (MR a MRA

z 25.8.2015) počas hospitalizácie na uvedených klinikách, bol rádiológom, ktorý je zodpovedný za popis zobrazovacieho vyšetrenia, vylúčený ložiskový intrakraniálny proces (vnútrolebečný patologický proces). U pacienta v uvedenom období dominovala nedostatočne kontrolovaná artériová hypertenzia, ktorá aj podľa literárnych údajov môže vysvetľovať edém terča zrakového nervu obojstranne (viď. aj práca Bradley WG et al. Neurology in clinical practice, Elsevier 2008). Súčasne napriek v danom čase klinicky vylúčenému intrakraniálnemu procesu na MR mozgu, ale popisovanému edému terča zrakového nervu, by teoreticky v diagnostickej rozvahe mohla byť zvažovaná realizácia lumbálnej punkcie, ako ďalšieho diagnostického výkonu, ale v intenciách praktického, klinického manažmentu pacienta s bolesťou hlavy a nekontrolovanou arteriálnou hypertenziou, bola diagnostická entita, sekundárna bolesť hlavy pri artériovej hypertenzii, vyhodnotená ako najpravdepodobnejšia príčina, aj s ohľadom na vyššie uvedené argumenty. Pri pretrvávajúcej suspekcii na SAH, ako alternatíva mohlo byť taktiež zvažované DSA vyšetrenie, resp. doplňujúce sekvencie v rámci MRI vyšetrenia, ale s ohľadom na popísaný negatívny nález na CT mozgu z 20.8.2015 a MR mozgu a MRA z 25.8.2015 bola v diagnostickej rozvahe zvažovaná možnosť skôr sekundárnej bolesti hlavy pri nedostatočne kontrolovanej artériovej hypertenzii, čo bola jedna z reálnych možností. Znalecký ústav opakovane konštatoval, že zdravotná starostlivosť nebohému na uvedených klinikách počas hospitalizácie (24.8.2015 - 3.9.2015) v pôsobnosti FN Nitra bola poskytovaná štandardne a správne v rámci evidence based medicine (medicína založená na dôkazoch). Je však zároveň nevyhnutné konštatovať, že vzhľadom na charakter ťažkostí aj pri normálnom CT náleze z 20.08.2015 mohol byť pán D. B. hospitalizovaný už po vyšetrení dňa 20.8.2015 a mohlo byť zvážené CT angiografické vyšetrenia (no jeho nevykonanie nie je možné označiť ako postup non lege artis) a, že nerozpoznaná nekrvácajúca aneuryzma na tepne mozgu – arteria communicans posterior veľkosti 4 mm, jednoznačne prítomná a diagnostikovateľná na zobrazovacích skenoch MRA z 25.08.2015, mala byť podľa odporúčania z roku 2013 pre liečbu intrakraniálnych aneuryziem a SAH (subarachnoidálne krvácanie) smerovaná k multidisciplinárnemu konzíliu odborníkov, pričom ďalší manažment individuálneho prípadu by bol stanovený po zohľadnení faktorov zo strany pacienta (vek, fajčenie, iné), faktorov aneuryzmy (veľkosť, lokalizácia) a po zohľadnení rizika intervencie. Nerozpoznanie nekrvácajúcej aneuryzmy na MRA skenoch z 25.08.2015 bol postup non lege artis.

Znalecký ústav ďalej uviedol, že po CT vyšetrení dňa 20.08.2015, ktoré bolo realizovaní natívne, mohlo byť alternatívne realizované dodiferencovanie nálezu, a to podaním kontrastnej látky, prípadne doplnením MR vyšetrenia, ktoré mohlo byť indikované už dňa 20.08.2015. Nevykonanie tohto vyšetrenia však znalecký ústav nehodnotil ako vyslovene nesprávny postup. Externé likvorové priestory boli bez evidentného patologického obsahu. Uvedené bolo odporúčané aj na CT žiadanke: vhodné elektívne doplniť MRI mozgu a CC prechodu, pričom MR mozgu bolo doplnené 25.8.2015.

Znalecký ústav opäť zdôraznil, že nedostatočný opis MR vyšetrenia a MRA z 25.8.2015 mal vplyv na celkový manažment poskytovania zdravotnej starostlivosti pánovi D. B. realizovaný vo FN Nitra a jeho stratifikáciu. Pri popísaní aneuryzmy na a. communicans posterior vľavo a zohľadnení nie úplne jednoznačného nálezu v subarachnoidálnom priestore v povodí a. cerebri media vľavo (možné SAH), by sa v diagnostickej rozvahe doplnili a žiadali sekvencie zamerané na detekciu krvácania (napr. SWI sekvencie – Susceptibility vážené sekvencie sú založené na schopnosti detegovať aj veľmi malé množstvá deoxyhemoglobínu alebo iných zlúčenín obsahujúcich železo a vápnik), resp. doplnilo DSA (digitálna subtrakčná angiografia) vyšetrenie. Na základe uvedených doplňujúcich vyšetrení by sa stanovila stratifikácia pacienta k intervenčnému zákroku (krvácajúca/nekrvácajúca aneuryzma, veľkosť, lokalizácia).

S poukazom na odborné publikácie znalecký ústav konštatoval, že literárne údaje referujúce o najčastejšej lokalizácii prasknutej aneuryzmy vedúcej k SDH sa rôznia, ale aj podľa publikovaných prác po roku 2015 bolo prehodnotené ako najčastejšie miesto rupturovanej aneuryzmy, vedúcej k SDH práve a. communicans posterior.

V prípade pána D. B. je možné ustáliť ako najpravdepodobnejší mechanizmus vzniku subdurálneho hernatómu postupujúce menšie „slzenie“ intrakraniálnej aneuryzmy s adhéziou medzi vakom aneuryzmy a arachnoidálnou membránou. Následná ruptúra aneuryzmy mohla spôsobiť krvácanie priamo do subdurálneho priestoru dutiny lebečnej. Relevantne zodpovedať otázku percentuálneho výskytu čistého subdurálneho hematómu – bez subarachnoidálneho krvácania následkom ruptúry intrakraniálnej aneuryzmy na a. communicans posterior nie je podľa znaleckého ústavu možné. Výskyt subdurálneho krvácania nie je možné v žiadnom prípade vylúčiť ako možný následok rupturovanej intrakraniálnej tepnovej aneuryzmy, v tomto prípade nerozpoznanej aneuryzmy na arteria communicans posterior. Ide však o zriedkavú formu manifestácie ochorenia. V prípade D. B. išlo zo súdnolekárskeho hľadiska o úmrtie z chorobných príčin. Pri analýze prípadu neboli zistené žiadne také forenzne preukázateľné okolnosti, ktoré by poukazovali na zjavnú patofyziologicky podmienenú medicínsku príčinnú súvislosť

úmrtia menovaného s konkrétnymi úkonmi poskytovania zdravotnej starostlivosti (teda aj úkonov poskytovaných spoločnosťou Jessenius, a.s).
Znalecký ústav ďalej k možnosti pooperačných komplikácií, resp. úkonov súvisiacich s operačným výkonom zo dňa 4.9.2015 opäť uviedol, že neurochirurgický operačný výkon, realizovaný dňa 04.09.2015, bol podľa operačného nálezu bez komplikácií. Vykonaná bola evakuácia akútneho subdurálneho hematómu FTP vľavo (fronto-temporo-parietálne, v čelovo-spánkovo-temennej oblasti) cez kraniotómiu (otvorenie dutiny lebečnej), s inzerciou (zavedením) snímača intrakraniálneho tlaku do dutiny lebečnej. Operácia prebehla bez intraoperačných komplikácií, štandardným spôsobom. Realizovaný operačný výkon nespôsobil infarkt mozgu. Takýto mechanizmus vzniku infarktu mozgu nemá oporu v dokumentovanom priebehu operačného výkonu. Zároveň dodal, že subdurálne krvácanie vedúce k intrakraniálnej hypertenzii zvyšuje vulnerabilitu mozgu k sekundárnemu ischemickému poškodeniu. Sú známe viaceré faktory predisponujúce k rozvoju cerebrálnej ischémii vrátane arteriálnej hypotenzie, zvýšeného intrakraniálneho tlaku, opuchu mozgu, fokálnej kompresie mozgového tkaniva a mikrovaskulárneho ochorenia.
Znalecký ústav doplnil, že riziko SAH pri ruptúre intrakraniálnej aneuryzmy sa pri správne nastavenej liečbe už nezníži, keďže ruptúra intrakraniálnej aneuryzmy je sprevádzaná už najčastejšou manifestáciou SAH, resp. inou manifestáciou SDH. Dodržiavanie životosprávy v zmysle abstinencie od fajčenia a alkoholu a dodržiavanie stanovenej liečby má samozrejme zásadný vplyv na dlhodobú kompenzáciu arteriálnej hypertenzie. Medzi prognostické terapeutické skóre nerupturovanej intrakraniálnej aneuryzmy patrí UIATS skóre (Etminan N, Brown RD Jr, Beseoglu K et al. The unruptured intracanial aneurysm treatment score:a multidisiplinary consensus. Neurology 2015:85(10):881-9). UIATS skóre zahŕňa a kvantifikuje kľúčové faktory pre klinické rozhodnutie v manažmente nerupturovanej intrakraniálnej aneuryzme. V prípade pána D. B. UIATS skóre favorizuje chirurgické alebo endovaskulárne riešenie (UIATS pre chirurgické/endovaskulárne ošetrenie 15 bodov v. s. UIATS pre konzervatívnu liečbu 6 bodov).
K ochoreniam pečene D. B. znalecký ústav uviedol, že steatóza pečene nie je diagnóza v príčinnej súvislosti s jeho smrťou.
K možnej príčine ruptúry aneuzyzmy následkom úrazu hlavy D. B. znalecký ústav zopakoval, že uvedená súvislosť je nepravdepodobná vzhľadom na neprítomnosť iných príznakov úrazu hlavy.

22. Žalovaný súdu v priebehu konania predložil súkromný znalecký posudok doc. MUDr. Petra Svobodu, CSc. č. 270/2022 zo dňa 23.8.2022, z ktorého vyplývajú nasledovné závery:
Liečbu hypertenznej krízy počas hospitalizácie pri klinických známkach intrakraniálnej hypertenzie považuje za správnu.
Pre ďalší osud pacienta bolo nešťastné, že po podaní solumedrolu došlo dňa 3.9.2015 k zmenšeniu opuchu papily zrakového nervu. Internisti preto zjavne predpokladali, že liečba je úspešná. Ťažkosti pacienta ustupovali, prepustenie D. B. bolo možné.
Hypertenzia je určite jedným zo základných rizikových faktorov pre tvorbu a ruptúru aneuryzmy. Tlak sa však podarilo znížiť na únosné hodnoty, pričom nezáleží na tom, akými liekmi sa to dosiahlo. Jeho neideálne hodnoty mohli byť spôsobené aj efektom bieleho plášťa. Prepustenie domov preto bolo možné. K ruptúre aneuryzmy obvykle dochádza bez zvláštnej vyvolávacej príčiny, tlak bol celkovo kompenzovaný, takže hypertenziu medzi 14:30 – 22:00 hod. dňa 3.9.2015 by znalec nepovažoval za vyvolávací faktor masívneho krvácania. Skôr je potrebné uvažovať, či u D. B. nedošlo v tejto dobe k pádu, hoci to nie je potvrdené žiadnym podporným faktorom na koži alebo kostiach hlavy. Konzultujúci rádiológ sa k popísanému nálezu možných kontúznych ložísk na CT 3.9.2015 nevyjadril. Nie je preto jasné, či to prehliadol a čo si o tom myslel.
Kortikoidy (solumedrol, methylprednizol v dávke 500 mg po 3 dni, v dvoch cykloch, najprv na neurológii, potom ešte raz na internom) boli podávané na doporučenie oftalmológov k zmenšeniu opuchu papily zrakových nervov obojstranne. Takto krátkodobo podávané pulzné dávky kortikoidov nespôsobia Cushingov syndróm. M. Cushing je ochorenie porušenia regulačných mechanizmov ovládajúcich systém hypolatalus-hypofýza-nadobličky väčšinou v dôsledku adenómu hypofýzy; o to sa v prípade D. B. nejednalo. Manitol sa používa k zníženiu zvýšeného tlaku vo vnútri lebky z dôvodu prebytku tekutiny v mozgu (opuch) alebo po poranení hlavy; z tohto hľadiska nebol indikovaný k liečbe hypertenznej krízy. Ďalšie možné použitie je k zníženiu vnútroočného tlaku, ale k tomu, či by mal byť použitý, sa znalec nevie vyjadriť. Výsledky katecholamínov (adrenalín...) v dobe liečenia neboli k dispozícii, laboratórium ich uvoľnila až 10.9.2015.
O hypertenznom postihnutí D. B. svedčí hodnota hrúbky interventrikulárneho septa 11 mm a najmä značne zväčšená hmotnosť srdca. Keďže nebola zistená príčina tohto stavu ako športové srdce, srdcová

vada a pod., je možné konštatovať, že zväčšené srdce je v priamej súvislosti so zle liečenou alebo neliečenou hypertenziou po dobu rádovo niekoľko rokov.
Alkohol môže účinok liekov zvyšovať aj znižovať. Môže zvyšovať účinok liekov pôsobiacich vazodilatačne (ACEI, Embrantil). Hladina alkoholu 0,054 g/l stanovená u pána B. 3.9.2015 o 23:49 hod. je natoľko minimálna, že za predpokladu vyšetrenia enzymatickou metódou nemusí nič znamenať. Nie je preto pravdepodobné, že by sa alkohol podieľal na situácii v akútnom zmysle, teda na tom, čo sa stalo 3.9.2015 popoludní a večer. Pokiaľ by sa alkohol požíval v nadmernom množstve dlhodobo, čo nie je možné potvrdiť ani vyvrátiť, zvyšoval by podľa nie príliš spoľahlivého UIATS skóre riziko ruptúry o 1 bod. Zvýšené hodnoty GMT pri zistenej hepatopatii sú častým laboratórnym parametrom pre chronický abúzus alkoholu. Pri zvýšení hodnôt GMT je potrebné v prvom rade uvažovať o toxonutritívnej etiológii. Pri dlhšom veľkom abúzuse však nachádzame podstatne vyššie hodnoty, niekoľkonásobky normy.
Fajčenie cigariet je najdôležitejší ovplyvniteľný rizikový faktor pre vznik, rast a ruptúru aneuryzmy. Podľa UIATS skóre je hodnotený 3 bodmi, teda ešte vyššie ako hypertenzia.
Úmrtnosť pri prasknutí aneuryziem sa pohybuje okolo 30 % a viac.
Znalec záverom dodal, že v celom prípade je málo zohľadnené, že na vzniku aneuryzmy nemali žiadny podiel zdravotníci, naopak D. B. fajčením a nedodržiavaním pokynov lekárov v liečbe vysokého krvného tlaku spĺňal najzávažnejšie rizikové faktory, hoci samozrejme, nie u každého fajčiaceho hypertonika sa aneuryzma vyvinie a praskne.

23. V doplnení č. 2 znaleckého úkonu č. 99131/2021 zo dňa 19.12.2022 znalecký ústav uviedol, že v klinickom priebehu ochorenia pána B. možno zdokumentovať dve situácie bolesti hlavy. Prvú situáciu zo dňa 17.8.2015, kedy dochádza k vzniku náhlej, silnej bolesti hlavy. Druhú situáciu v priebehu hospitalizácie (25.8 - 3.9.2015) ako pokračujúcu intenzívnu bolesť hlavy s papiledémom.
K situácii č. 1 znalecký ústav uviedol, že Thunderclap headache (TCH), v slovenskom preklade „prudko nastupujúca (blesková) bolesť hlavy“, v praxi sa preferuje jej anglické pomenovanie, je definovaná ako ťažká, explozívna bolesť hlavy s rýchlym začiatkom a dosiahnutím maxima intenzity počas 60 s. Môže ísť o primárnu alebo sekundárnu bolesť hlavy. Môže mať vaskulárne aj nevaskulárne príčiny. Klinicky najzávažnejšie sú všetky typy krvácavých a ischemických cievnych mozgových príhod, so zvláštnym zreteľom na SAH (subarachnoidálna hemoragia), ktorá býva často nesprávne diagnostikovaná. Diferenciálne diagnostický problém prináša tzv. výstražná bolesť hlavy (STH, sentinel headache), ktorá predchádza diagnóze SAH, pretože podľa dostupných dát 10 - 43 % pacientov so SAH má anamnézu výstražnej bolesti hlavy, ktorá má charakter TCH. Pri negatívnom neurologickom vyšetrení a CT mozgu býva mylne táto výstražná cefalea často diagnostikovaná ako migréna alebo cervikokraniálny syndróm. Diagnostické problémy môžu sprevádzať v klinickej praxi aj TCH na podklade trombózy splavov a disekcie mozgových artérií. Z klinického hľadiska je potrebné najviac upozorniť na STH (STH, sentinel headache) pri nekrvácajúcej alebo pri tzv. plačúcej aneuryzme, ktorá niekoľko dní alebo týždňov predchádza ruptúre aneuryzmy s diagnostikovateľným SAH. Tieto bolesti hlavy majú charakter TCH a perzistujú hodiny až dni. Bolesti vznikajú najpravdepodobnejšie aktiváciou vaskulárnej senzitívnej aferentácie na podklade roztiahnutia a rozopätia steny aneuryzmy alebo drobným nedetekovateľným krvácaním (tzv. warning leak). Zhruba u 25 - 50 % pacientov s prebehnutým SAH nie je STH pred ruptúrou správne diagnostikovaná. Chybná diagnóza môže byť spôsobená nízkou citlivosťou natívneho CT vyšetrenia mozgu pri veľmi malom krvácaní alebo vyšetrení CT mozgu po viac ako 24 hod od začiatkov príznakov a nevykonaním vyšetrenia likvoru v týchto prípadoch. Pre správnu diagnózu sa odporúča vždy urobiť vyšetrenie likvoru a MR mozgu (T2 vážený obraz a sekvencie gradientného echa) a MRA mozgových ciev. Ak má aneuryzma veľkosť 6 mm a viac, je senzitivita MRA 95 %. Najvhodnejším úvodným zobrazovacím vyšetrením v tomto klinickom prostredí je nekontrastné CT hlavy. Negatívna prediktívna hodnota CT, ak sa vykoná pomocou moderných skenerov počas prvých 6 hodín od vzniku príznakov a je interpretovaná rádiológom môže byť až 99,9 %. Nezrealizovanie CT hlavy predstavuje 73 % nesprávnej diagnózy. Neexistuje jednoznačný dôkaz, ktorý by podporoval použitie CT s intravenóznym (i. v.) kontrastom v tejto variante klinických ťažkostí. CT angiografia (CTA) nie je samostatne indikovaná ako počiatočná zobrazovacia technika; môže však byť užitočná v spojení s nekontrastným CT hlavy; u niektorých pacientov môže byť v čase negatívneho nekontrastného CT posúdená potreba angiografickej časti vyšetrenia a môžu existovať inštitucionálne postupy, ktoré majú vplyv na podporu klinického rozhodovania. Vhodnosť zobrazovacích vyšetrení po identifikácii SAH (subarachnoidálnej hemorágie, hematómu) sa riadi samostatnými odporúčaniami.
K situácii č. 2 znalecký ústav popísal, že u pacientov s podozrením na zvýšený vnútrolebečný tlak a bolesť hlavy, MRI hlavy bez a s kontrastom je zobrazovacím vyšetrením voľby na posúdenie intrakraniálnych útvarov a žilovej trombózy. CT hlavy s kontrastom môže byť vhodné, ak je MRI

kontraindikované alebo nedostupné. Znalecký ústav konštatoval, že v prípade pána D. B. v rámci úvodného diagnostického procesu, bolo dňa 20.8.2015 realizované nekontrastné CT hlavy a dňa 25.8.2015 nekontrastné MRI hlavy a MRA. Indikácia samotných vyšetrení bola aj na základe odporúčaní (ACR 2014) správna, mohla byť zvažovaná vychádzajúc z vyššie uvedených odporúčaní, dňa 20.8.2015 realizácia/doplnenie CTA hlavy s kontrastom a dňa 25.8.2015 aj s ohľadom na nie úplne jednoznačný nález v subarachnoidálnom priestore v povodí a. cerebri media vľavo (možné SAH), ešte realizácia/doplnenie MRI hlavy s kontrastom. Nie každá situácia sa dá „presne matematicky zadefinovať", a preto definitívne medicínske rozhodovanie „arts" zostáva a musí zostať v kompetencii indikujúceho a popisujúceho lekára. Uvedené odporúčania vytvárajú akúsi niť uvažovania s cieľom celosvetového zjednotenia postupov a tým čo najväčšej ochrany zdravia pacienta. Klinické vyšetrenie nie je dostatočné na diagnostiku SAH, vytvára „len" klinické podozrenie. Najčastejšie používaným vyšetrením prvej línie je nekontrastná počítačová tomografia (CT) hlavy. CT má vynikajúcu citlivosť na SAH v akútnom štádiu, najmä pri použití moderných skenerov, so senzitivitou až 98 % - 100 % v prvých hodinách od vzniku príznakov. Keďže sa však subarachnoidálna krv z mozgu rýchlo odstraňuje, citlivosť vyšetrenia rýchlo klesá. Šesť hodín po vzniku je citlivosť CT vyšetrenia na nájdenie SAH približne 86 % - 93 % a po 1 týždni klesá na približne 50 %. V klinickej praxi, pri pretrvávajúcom podozrení na SAH po negatívnom CT vyšetrení, najčastejšie stojí rozhodovanie medzi konvenčnou cerebrálnou angiografiou, resp. CTA a lumbálnou punkciou (LP) na analýzu mozgovomiechového moku (CSF). Existuje niekoľko široko používaných CSF analýz pre SAH, ktoré majú rôznu diagnostickú výkonnosť, dostupnosť a technické požiadavky. Dôsledkom rozdielov medzi metódami a spôsobmi ich implementácie v klinickej praxi je, že pacienti môžu v rôznych nemocniciach dostať odlišnú diagnózu a liečbu.

V roku 2010 sa vo Švédsku uskutočnil prieskum analýz CSF pri vyšetrovaní SAH. Dotazník bol zaslaný všetkým švédskym laboratóriám, ktoré sa zúčastňujú na programoch kontroly kvality (n=24) (Nagy et al. Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (CCLM), vol. 51, no. 11, 2013, pp. 2073-2086.) s cieľom zistiť, či rozdiely analýzy CSF môžu mať za následok odlišný manažment pacientov, bola zaslaná prieskumná vzorka (pripravená v laboratóriu klinickej neurochémie v Molndale so vzorkou CSF z rutinného pracovného postupu). Vzorka mala (fiktívnu) anamnézu. Vzorka bola prezentovaná ako „muž, 34 rokov, akútna bolesť hlavy, vzniknutá 8 h pred odberom. Krvácanie?" Zo 17 odpovedajúcich laboratórií 11 uviedlo, že SAH sa nedá vylúčiť (9 konkrétne odpovedalo, že výsledok zodpovedá aj traumatickému odberu CSF), 3 uviedli, že výsledok naznačuje SAH a 2 uviedli, že SAH je nepravdepodobné. Spektrofotometria v Molndale ukázala výrazný peak oxyhemoglobínu (absorbancia, 415 nm, 0,16 AU), tzn. prítomnosť krvi v CSF. V nemecky hovoriacich krajinách (Nemecko, Rakúsko a Švajčiarsko) v roku 2013, sa absorpčná spektrofotometria na diagnostiku SAH stále používala zriedkavo. Namiesto toho vo väčšine centier metódou voľby bolo meranie CSF feritínu. V USA sa uznávala lumbálna punkccia na vyšetrenie SAH (vizuálna kontrola a počty buniek) po negatívnom CT vyšetrení, ale spektrofotometria bola zriedkavá. Z uvedeného literárneho prehľadu vyplýva, že najpresnejšou analýzou na detekciu krvi v CSF predstavuje spektrofotometrické vyšetrenie. V roku 2015, spektrofotometrické vyšetrenie nebolo a v niektorých laboratóriách v SR ani v roku 2022 nie je rutinnou diagnostickou metódou na detekciu krvi v CSF. Štandardná vizuálna inšpekcia CSF s odberom 3 vzoriek má preukázanú senzitivitu 24-47 %, čiže nižšiu ako realizácia CT vyšetrenia po 1 týždni od inzultu. Z uvedeného dôvodu zastáva znalecký ústav názor, že lumbálna punkcia s analýzou CSF v roku 2015 u pána D. B. mohla byť zvažovaná k vylúčeniu krvi v CSF, ale je potrebné zohľadniť lokálne podmienky, materiálovo-technické vybavenie laboratória a taktiež personálne skúsenosti. A taktiež pri zohľadnení všetkých premenných, ako ukazuje i fiktívna vzorka vo Švédsku, výsledky môžu byť stále niekedy mätúce.

Znalecký ústav ďalej uviedol, že pacienti s ischemickou cievnou mozgovou príhodou, ktorí sa dostanú do nemocníc s akútnou starostlivosťou, si vyžadujú organizovanú reakciu viacerých disciplín a klinických oblastí. Pacienti, ktorí sa dostavia do 6 hodín od vzniku cievnej mozgovej príhody tvoria kategóriu pacientov s cievnou mozgovou príhodou známu ako „hyperakútny pacient s cievnou mozgovou príhodou". V priebehu rokov sa postupne s rozvojom ďalších terapeutických možnosti rozšíril čas pre definovanie hyperakútneho štádia, až na v súčasnosti platných 24 hodín (pozn. len informatívne).

Medzi príčiny cerebrálnej ischémie po akútnom subdurálnom hematóme patrí: (1) cytotoxický edém spôsobujúci zvýšený ICP, čo vedie k výraznému zníženiu mozgového prietoku krvi, a tým zvyšuje riziko ischémie, (2) priamy tlak zo SDH a tým mechanický útlak cievy, (3) v laboratórnych štúdiách dokázaná taktiež oklúzia malých ciev, ktorá vedie k mozgovému infarktu a opuchu mozgu po ASDH. Pri súčasnom výskyte SAH medzi ďalší faktor podmieňujúci zvýšené riziko vzniku ischémie patrí vazospazmus, ktorý vedie ku kaskáde udalostí, na ktorej sa podieľajú excitotoxické mediatory, čo vedie k sekundárnemu poškodeniu mozgu (Mirvis SE et al. AJR Am J Roentgenol. 1990).

K otázke o možnom negatívnom výsledku CT/MR nálezu znalecký ústav odkázal na tabuľku č. 3 uvádzanú v tomto doplnení č. 2 znaleckého posudku, v ktorej uvádzal senzitivitu jednotlivých metód, ktoré porovnávali zohľadniac čas od inzultu. Problémom pri použití MRI pri SAH je, že krv sa kombinuje s CSF, ktorý má vysokú koncentráciu kyslíka, čím sa oneskoruje prechod krvných produktov do stavu deoxyhemoglobínu, ktorý sa lepšie zobrazuje pomocou MRI. Keďže neexistujú údaje, ktoré by ukazovali diskrétny časový rámec pre použitie MRI, rozhodnutie o použití MRI na posúdenie krvi by sa malo použiť po konzultácii s rádiológiou a neurológiou alebo neurochirurgiou. Kombinácia FLAIR a SWI sekvencie sa ukázala ako 100 % citlivá na SAH, hoci väčšina prípadov bola zobrazená viac ako 24 hodín po vzniku bolesti hlavy. MRA je 95 % citlivá na aneuryzmy > 3 mm.
S poukazom na skutkový stav prejednávanej veci znalecký ústav uviedol postup, ktorý považujú za lege artis a v súlade s guidelines nasledovne: Dňa 20.8.2015 mohla byť realizovaná CTA hlavy s kontrastom a LP. Dňa 25.8.2015 mohlo byť realizované MRI hlavy s kontrastom. Dňa 25.8.2015 mala byť (musí byť) popísaná aneuryzma na MRA. Následne mala byť vykonaná DSA (digitálna subtrakčná angiografia) a na základe zohľadnenia všetkých kritérií vrátane podozrenia na zakrvácanie do subarachnoidálneho priestoru v realizovanom MRI vyšetrení zo dňa 25.8.2015 by sa stanovila stratifikácia pacienta k intervenčnému zákroku, ktorý by aneuryzmu vyradil z cirkulácie. Napríklad podľa UIATS skóre. V rámci chirurgického ošetrenia akútneho subdurálneho hematómu sa vykonáva okrem evakuácie hematómu aj osteoklastická kraniektómia (pozn. znal. ústavu: kostný štep je ponechaný mimo tela pacienta), pretože mozgové tkanivo postihnuté cytotoxickým edémom môže ešte viac expandovať nad úroveň kalvy. V prípade pána D. B. bol kostný štep po evakuácii hematómu naspäť implantovaný. Túto okolnosť však nie je možné z forenzného hľadiska ďalej relevantne hodnotiť a analyzovať.

24. Na pojednávaní súd vykonal výsluch znalcov znaleckého ústavu, a to I. F. I. E., I. I. C., I. E. J., ktorí spoločne odpovedali na otázky strán sporu. I. F. I. uviedol, že je hlavný konzultant znaleckého ústavu, riadil všetky práce, ktoré sa týkali znaleckých úkonov, jeho profesia je súdne lekárstvo, má atestáciu z patologickej anatómie a zo súdneho lekárstva. I. I. C. je neurológ pracujúci v odbore neurológia 17 rokov, z toho posledných 7 rokov ako primár 2. neurologickej kliniky na Kramároch. I. E. J. sa predstavila ako rádiológ, má atestáciu z rádiológie, kde pracuje už 27 rokov, pracovala v onkologickom ústave dlhé roky, potom vo všeobecnej nemocnici a momentálne je vedúci lekár magnetickej rezonancie Doktor Magnet v Bratislave.
K otázke o falošnej negativite CT/MR nálezu znalci pripustili, že s ňou možno stretnúť. Falošnú negativitu môže spôsobiť čas. Čas, kedy sa realizuje samotné zobrazovacie vyšetrenie od klinického inzultu, od prvej klinickej manifestácie u pacienta.
I. C. uviedol, že počas svojej praxe sa nestretol s ruptúrou mozgovej aneuryzmy, ktorá sa prejavila subdurálnym hematómom. Keď už príde k tejto manifestácii, čo sa v prípade pána B. udialo 3.9., sa štandardne nerobí CT angiografia, keďže sa predpokladá, že sa jedná o traumatický dej. V tomto prípade je nutné posunúť sa o pár dní dozadu a zamyslieť sa nad tým, čo sa dialo 25.8. Ten pacient prichádza 25.8. stále bez neurologického deficitu do nemocnice podľa popisov. Prichádza len so subjektívnymi ťažkosťami, s bolesťou hlavy a s výsledkom oftalmologického vyšetrenia.
Čo sa týka indikácie zobrazovacieho vyšetrenia, v znaleckom posudku použili ako zdôvodnenie guideline z roku 2014 americkej rádiologickej spoločnosti, čiže nie nejaké izolované odporúčania alebo skúsenosti. Preto uvádzajú, že mohla byť zvažovaná CT angiografia vzhľadom na ten nejasný nález na tom natívnom CT mozgu a vyslovené podozrenie alebo príchod pacienta s náhlymi bolesťami hlavy. Ako je aj v tom guideline rozpísané a tam aj presne numericky zadefinované, ktoré vyšetrovacie metódy majú akú silu, kedy musí byť, kedy zvyčajne môže byť, kedy nemusí byť vykonaná táto metodika. CT angiografia mohla byť zvážená aj na základe guidelinu americkej rádiologickej spoločnosti.
Pri vypracovaní znaleckého posudku bola použitá vždy literatúra do roku 2015. Raz zadefinovali literatúru z roku 2017 na zdôvodnenie, že aj po roku 2015 sa ako najčastejšia príčina možného subdurálneho hematómu ako následok ruptúry aneuryzmy zistila lokalizácia na zadnej komunikante, arteria communicans posterior.
I. I. sa vyjadril aj k možnosti zakrvácania následkom pádu, resp. úrazu hlavy D. B.. Uviedol, že nie je možné úraz, ktorý by mal pán B. utrpieť niekedy v priebehu dopoludnia až v popoludňajších hodinách 3.9.2015, vylúčiť so stopercentnou istotou. Subdurálny hematóm zobrazený na zobrazovacích modalitách, ale aj v pitevnej praxi, je vo väčšine prípadov úrazového pôvodu. Vedecká literatúra obsahuje významné argumenty a ten subdurál bol prevažne na ľavej strane, nad ľavou hemisférou, ktorá významne favorizuje situáciu, že aj aneuryzma v zadnej tepne komunikujúcej cievy, mohla spôsobiť prevalenie krvi do subdurálneho priestoru bez toho, aby ten pacient utrpel nejakú traumu hlavy. Na traumu hlavy nie sú argumenty zo spisu a zo zdravotnej dokumentácie. Pri rozsahu subdurálneho

hematómu, aký bol zistený 3.9. by očakávali, že na mäkkých tkanivách hlavy, to znamená na kožnom kryte bude nejaký krvný výron, ktorý bude zachytený na CT, a ktorý povie, že tak tu je možný focus traumy, to znamená ten pacient padol hlavou. Nebol porušený skelet hlavy čo, samozrejme nemusí byť pri subdurálnom hematóme, ale pri takom rozsahu by sa mohlo očakávať, že by tam mohla byť nejaká prasklina. Zakrvácanie v mäkkých pokrývkach hlavy je prítomné skoro vždy. Ak by tam aj krvný výron bol, nie vždy musí byť evidentne dostupný na zobrazovacej modalite akou je CT vyšetrenie. CT vyšetrenie nie je nastavené na mäkké tkanivá a nikto nerobí magnetickú rezonanciu ako prvý výber, pretože hľadajú závažnejší následok ako zakrvácanie niekde v mäkkých pokrývkach hlavy, lebo toto pacienta nepripraví o zdravie o život. Táto problematika je komplexná, ale môže sa stať, že úrazový subdurál môže byť bez poškodenia skeletu a veľmi významne menej pravdepodobne bez korelátu v pomliaždení mäkkých tkanív hlavy. O úrazových dôsledkoch nehovorí nič ani to, že viečka ľavého oka boli privreté. Je to unilaterálna zmena, to znamená len na jednej strane tváre, je to tzv. chemóza, že sú tie spojivky zlepené, ale nevie k tomu ďalej uviesť žiadnu ďalšiu podrobnosť. V každom prípade mohli byť opuchnuté, je to nález, ktorý sa nedá ďalej interpretovať.
I. I. uviedol, že tento prípad nevyžadoval odborníkov z oblasti anestéziológie a intenzívnej medicíny. Závery nimi uvádzané nie sú viazané na výsledok dohľadu Úradu. Koho do tímu privolá, určuje znalecký ústav. V znaleckom posudku posudzovali komplexnú zdravotnú dokumentáciu. Znalecké úkony zasahovali neurológiu, neurochirurgiu, súdne lekárstvo, dvaja znalci z rádiológie a zo súdneho lekárstva dvaja znalci, respektíve z oblasti aj nekrotické patologickej anatómie. Posudzovali a vyhodnocovali zdravotnú dokumentáciu FN Nitra. Neurológia je v podstate internistický smer v rámci poskytovania zdravotnej starostlivosti. Ako neurológ tak aj súdny lekár na základe morfologických prejav a patológ prichádza do kontaktu so všetkými klinickými a morfologickými príznakmi ochorenia s názvom arteriálna hypertenzia. V tomto prípade však nenadobudli pocit, že majú osobitne skúmať arteriálnu hypertenziu ako target ako diagnózu, ktorá by mala byť podstatná v tomto prípade okrem štatistického konštatovania, že pán B. trpel arteriálnou hypertenziou, čo je známy fakt a samozrejme, aj otázkou, či sa mohla arteriálna hypertenzia etiologicky podieľať na vzniku aneuryzmy, respektíve vzniku krvácajúcej aneuryzmy. To zodpovedali v znaleckom posudku. Táto informácia predstavuje fundamentálnu medicínu, nepotrebujú mať na to špeciálneho odborníka. Tento prípad taktiež nezasahuje ani do oblasti intenzívnej starostlivosti a ára, pretože ante finem bola pánovi B. poskytovaná zdravotná starostlivosť po neurochirurgickej intervencii, ktorá v podstate riešila už stav, ktorý nastal a to bolo ťažké centrálne poškodenie mozgu. Nenadobudli pocit, že v tomto stave, ktorý vlastne zodpovedal systému zlyhávania centrálneho nervového systému, bolo možné akýmkoľvek terapeutickým zásahom zvrátiť fatálny stav, ktorý vlastne nastal po následnom prijatí do nemocnice.
E. C. je prednosta neurochirurgie v Martine. I. I. nevedel o tom, že profesor Kolarovszki vypracoval akúkoľvek správu pre úrad. Toto bol dôvod, prečo medzi doplnkom číslo 1 a doplnkom číslo 2 využili možnosti konzultácie s pani doktorkou E. H., ktorá je neurochirurgička pracujúca v Nemecku, ktorá sa vyjadrovala k otázkam z oblasti neurochirurgie v doplnku č. 2. I. H. si preštudovala kompletnú spisovú dokumentáciu plus zdravotnú dokumentáciu pána D. B. a samostatne vyhodnocovala postupy neurochirurgické, ktoré boli aplikované v tomto prípade. Postup v takýchto prípadoch je taký, že ďalší znalec, ktorý je pribratý do tímu, dostáva prípad de nuevo. I. H. sa najskôr zoznámila s prepisom spisu, následne dostala zdravotnú dokumentáciu a potom sa zoznámila s tým, aké sú závery 1., 2. posudku a 1. doplnku a na 2. potom spolupracovala.
I. C. poukázal na rizikové faktory súvisiace so vznikom aneuryziem. V znaleckom posudku rozlišujú 2 pojmy, a to asymptomatická aneuryzma, nájdená náhodne v súvislosti s niečím iným a potom symptomatická aneuryzma, ktorá sa najčastejšie manifestuje klinicky bolesťou hlavy, a ktorú častokrát predchádzajú tzv. sentinelové bolesti. Patofyziologických mechanizmov, ktoré ich spôsobujú, môže byť veľa, najčastejšie je to takzvané slzenie (leaking) tejto aneuryzmy, čo je drobné presakovanie krvi, dráždenie mozgových obalov, lebo samotný mozog vôbec nebolí, bolia mozgové obaly a postupne môže dôjsť a dôjde k ruptúre, prasknutiu s následnou veľkou klinickou manifestáciou. Ako sa to bude klinicky manifestovať, závisí od strašne veľa faktorov, a to je predovšetkým, aká bola veľká aneuryzma, kde bola lokalizovaná, aký mala tvar, ale hlavne je to veľkosť a lokalita. To znamená, že kde dôjde k zakrvácaniu, v akom rozsahu, čiže niektoré subarachnoidálne krvácania môžu prebehnúť jemno tzv. pretrunkálne alebo periencefalitídne subarachnoidálne krvácania, ktoré prebehnú veľmi s miernou klinickou symptomatológiou bez deficitu, ale veľké množstvo a väčšina, žiaľ, prebehne s veľkou klinickou manifestáciou a častokrát až fatálne.
I. J. sa vyjadrila, že na prvom CT vyšetrení neboli žiadne známky subarachnoidálneho krvácania. Keďže bolo vykonané iba natívne CT, z tohto vyšetrenia sa aneuryzmu hodnotiť vôbec nedá. Ďalší postup v takýchto prípadoch zvyčajne určuje klinik. Iné je to u pacienta, ktorý prichádza v dobrom stave, nemá

žiadne príznaky, príde ambulantne s bolesťami hlavy, s podozrením na subarachnoiálne krvácanie. Ak ho tam neuvidia, pacient s výsledkom je odoslaný k ošetrujúcemu lekárovi. Ak je to pacient, ktorý je hospitalizovaný a majú možnosť komunikovať s tým lekárom a je tam ten lekár a okamžite zavolá, že jemu sa to nezdá, či to môžu doplniť, tak sa to dopĺňa aktuálne. Prax u ambulantného pacienta je taká, že sa urobí natívne CT vyšetrenie a s výsledkom sa pacient odošle k odosielajúcemu lekárovi. Pri negatívnych vyšetreniach odosielajúceho lekára nekontaktujú.
Podľa I. J. na MR vyšetrení 25.8. bola detekovateľná jednak tá samotná aneuryzma a jednak tam bol patologický obsah v externých likvorových priestoroch, to je vlastne ten priestor okolo mozgu, pozdĺž tej jednej arterie cerebri media, ktorá je lokalizovaná veľmi blízko toho miesta, kde sa nachádzala samotná tá aneuryzma. Ten obsah bol veľmi podozrivý preto, že by sa mohlo jednať o subarachnoidálne krvácanie. Bolo urobené aj MR vyšetrenie s kontrastnou látkou, kde priamo ten leak nebolo vidno, ale to hovorí len o tom, že v tej danej chvíli tá kontrastná látka neprestupovala. Ale to, že tam už bol ten patologický obsah, svedčí o tom, že v krátkosti predtým tam k nejakému presakovaniu do tých externých likvorových priestorov došlo. Podľa I. J. je na snímkoch, ktoré posudzovala, tá aneuryzma naozaj jednoznačná a takisto ten patologický obsah, ktorým bol vytesnený ten likvor v okolí arterie cerebri media. Nález posudzovala tak, že nevedela o pacientovi absolútne nič. Dostala CT a MR vyšetrenie a mala napísať svoj vlastný nález.
MUDr. Moravanský doplnil, že toto je štandardná práca forensic. Pokiaľ ide o zobrazovacie vyšetrenia alebo nejaké výsledky laboratórnych testov, vždy to dostane poskytujúci znalec najskôr ako zaslepenú vec. Následne sa k tomu vyjadria, následne sa to skomponuje do znaleckého posudku. V tomto prípade sa na znaleckom posudku podieľal aj ďalší rádiológ, a to doktorka I. P., ktorá je uvedená medzi autormi, takže v podstate dvaja rádiológovia videli tento nález, čo je štandardná práca.
I. J. uviedla, že pri MR vyšetreniach môžu byť falošne pozitívne aj negatívne nálezy, ale vždy musí vedieť, že o čom je reč. Keď je reč napríklad o falošne pozitívnom náleze tej aneuryzmy, tak v tomto prípade nie. Jednak je to jednoznačne detekované na MR sekvenciách a jednak je to viditeľné aj po podaní kontrastnej látky. Keďže je to cievna štruktúra, tou kontrastnou látkou sa naplní, takže je tam viditeľné, takže minimálne na týchto dvoch sekvenciách je určite dobre detekovateľná a nevie si predstaviť, čo iné by to mohlo byť okrem aneuryzmy. Vždy pracujú s tým, že ak nájdu nejakú patológiu, zaoberajú sa tým, čo všetko by mohla znamenať. V tomto prípade neexistuje iná varianta k tomu, čo by to mohlo byť. Čo sa týka toho patologického obsahu v okolitej arterie cerebri media, tam teoreticky by sa museli veľmi zamýšľať, aby prišli na to, čo iné by to mohlo byť ako krvácanie na základe tých charakteristík, ktoré zase boli minimálne v dvoch sekvenciách. To sú také odborné výrazy, ktoré nie sú veľmi pochopiteľné. Je to vlastne o fyzikálnom vyšetrení. Prvá sekvencia sa volá flair, kde to bolo jasne viditeľné a druhá sekvencia boli difúzne vážené obrazy. Takže zase to bolo minimálne v dvoch sekvenciách, kde ten nález bol pomerne jednoznačný.
I. C. k otázke, či sa môže slziaca aneuryzma zaceliť, uviedol, že s najväčšou pravdepodobnosťou, ktorá hraničí s istotou, táto aneuryzma praskne skôr či neskôr. Ak to je raz krvácajúca aneuryzma, čo ukazovalo MR a AG, že tam je aneuryzma, ktorá pravdepodobne slzí, kde je tam presakovanie do priestorov v povodí artérie cerebri media, malo dôjsť k uzáveru takejto aneuryzmy. To znamená, najpravdepodobnejšie vzhľadom na tú veľkosť byť došlo k endoskopickému uzáveru, to znamená, zavedeniu katétru cez stenovú tepnu, vyplneniu tejto aneuryzmy špirálikmi, spevnenie tej aneuryzmy a vyradenie tejto cievnej výdute z obehu. Postup je iný, ak je to asymptomatická nekrvácajúca aneuryzma a keď je to symptomatická krvácajúca aneuryzma. V tomto prípade to bola symptomatická krvácajúca aneuryzma. Toto bolo možné zrealizovať u pacienta B.. E. B. bol v období 25.8. do 3.9. stále bez neurologického deficitu, to nebol pacient v kóme, tieto zákroky sa robia aj u pacientov, ktorí sú v ťažkých deficitoch.
I. I. ďalej uviedol, že ak by sa u pacienta našla aneuryzma, ktorá má isté rozmery, to sú konkrétne škály, ktoré pozná neurológia, intervenčná rádiológia a tá aneuryzma nekrváca, tak musí v prvom rade ten intervenčný odborník rozhodnúť, čo s ním robiť, až potom sa riešia ovplyvniteľné faktory. Čiže musí niekto povedať, táto aneuryzma, ktorá bola zistená na zobrazovacom vyšetrení, zostane len v pozorovaní alebo sa s ňou niečo ide robiť. Ak aj malá aneuryzma rozmermi krváca, tak si vyžaduje intervenciu. Pán B. sa však nedostal ani na štartovacie boxy na to, aby vôbec jeho meno poznal intervenčný rádiológ. Táto kauza nie je o intervenčnej rádiológie, pretože tu sa nerieši, či vôbec bola stanovená nejaká indikácia na výkon intervenčnej rádiológie. Pán B. sa nedostal ani tú štartovaciu líniu, aby prognosticky mal šancu, aby sa ho intervenčná rádiológia dotkla. Na túto pozíciu sa nedostal z dôvodu, že nález z 25.8.2015 nebol vyhodnotený správne.
I. C. nevedel uviesť, či sa takáto operácia robila v Nitre v roku 2015. Minimálne sa robila v Martine, Bratislave a možno aj Banskej Bystrici a Košiciach a je bežné, že pacienti sa transportujú do iných miest.

Podľa I. I. sa v prípade zistenia krvácania manažment pacienta mení na urgentný.
I. I. ďalej uviedol, že nemá žiadnu pochybnosť o tom, že pán B. zomrel na deštruktívny opuch mozgu a nezomrel na infarkt ľavej hemisféry. Nie je možné odpovedať na otázku, že či infarkt mozgu, ktorý bol diagnostikovaný na CT, mal nejaký konkrétny percentuálny podiel na smrti pána B.. V žiadnom prípade sa nedá konštatovať, čo spôsobilo infarkt mozgu. A už vôbec sa nedá konštatovať, že infarkt mozgu pacienta je v akejkoľvek príčinnej súvislosti s vykonaným neurochirurgickým zákrokom v prípade preexistujúcich stavov, akým bola v tomto prípade existencia aneuryzmy v povodí artéria communicans posterior, v prípade krvácajúcej aneuryzmy, v prípade subdurálu a v prípade jednoznačných histologických zmien deštruktívneho opuchu mozgu. Ďalej vysvetlil, že akýkoľvek inzult, ktorý zasiahne hlavu človeka spôsobí jednu jedinú uniformnú vec, ktorú mozog vie urobiť, a tou je opuch. Nič iné mozog nevie spraviť. Histologicky je nespochybniteľný fakt, že pán B. zomrel na opuch mozgu. To je následok stavu, ktorý nastal. Po ceste, po schodoch, ktorými ideme hore na úmrtie pána B., sa stalo množstvo vecí. Tie množstvá veci, ktoré sa tam stali, zohrali úlohu na ceste k smrti pána B.. Ak základnou diagnózou smrti, prvotnou príčinou bola existujúca prasknutá aneuryzma v povodí artéria communicans posterior, tak je to základná príčina smrti. Ak jej komplikácia teda medzitým, bol subdurálny hematóm, tak je to komplikácia tej základnej príčiny a pán B. zomrel na deštruktívny opuch mozgu. Nijaká iná forenzná okolnosť, ktorá bola medzi týmito dejmi, ktoré uviedol a medzi tým opuchom mozgu nemá zjavný príčinný vzťah k smrti pána B.. To znamená, pána B. nepochybne nezabila neurochirurgická operácia vo FN Nitra, nepochybne pána B. nezabilo to, že mu vrátili kus klenby lebečnej naspäť, aj keď sa to ponúka laicky. Napokon existuje evidentné vyšetrenie CT, ktoré je vlastne z dátumu ante finem, ktoré hovorí o takzvanom presune stredočiarových štruktúr mozgu. Tieto parametre sú k dispozícii. To znamená, že vie o tlakových pomerov, ktoré sa diali v hlave pána B., ale nepochybne čo ho zabilo, je krvácanie do mozgového kmeňa, čo je vlastne dôsledok deštruktívneho opuchu mozgu, ktorý sa rozvinul pri existencii krvácajúcej aneuryzmy, ktorá sa prevalila do subdurálneho priestoru. To je interpretácia pitevného protokolu, ktorý on ako súdny lekár nespochybňuje, lebo tie diagnózy mu dávajú logiku.
Podľa I. C. v tomto prípade 4 mm aneuryzma nemohla spôsobovať intrakraniálnu hypertenziu. Pojem stratifikácia pacienta vysvetlil tak, že sa ohľadom pacienta zhodnotia všetky faktory. V znaleckom posudku použili aj skórovací škálovací systém, ktorý je tam pod pojmom UIATS. Pozerali aj na tú variantu, že aneuryzma nekrváca. Tento stratifikačný systém zohľadní tie rizikové faktory, ktoré z tej rodinnej anamnézy, abúzy, tie sú rizikové faktory samotného pacienta. Zhodnotí, že kde je vlastne aneuryzma lokalizovaná, pridružené komorbidity, očakávaná dĺžka života a následne a tento škálovací systém alebo skorovací systém vyhodnotí, čo je pre pacienta väčším benefitom. To znamená, či pristúpiť k intervencii alebo ho ponechať na konzervatívnej liečbe. Toto je škálovací systém pre nerupturované aneuryzmy. Je to skórovací systém z roku 2015. V roku 2014 bol ešte publikovaný jeden Faro S, taktiež veľmi dobrý systém. Ak však už krváca, tak tam už nepoužívajú skórovacie systémy, tam sa zhodnotí hlavne v akom stave je klinicky pacient, či zvládne ten zásah. Aj u pacientov, ktorí sú vo veľmi ťažkých až komatóznych stavoch, sa pristupuje k intervencii.
I. J. objasnila, že DSA vyšetrenie je intervenčné vyšetrenie krvného obehu aj v mozgu, kde sa v prvom rade zobrazí nastreknutím kontrastnej látky do cieľového systému tá mozgová cirkulácia a ak sa tam nájde aneuryzma, ktorá krváca, tak pokiaľ to stav pacienta dovoľuje, tak sa následne ošetrí. Je to vlastne iný spôsob zobrazenia tej mozgovej cievnej cirkulácie. Skratka znamená digitálna subtrakčná angiografia.
Znalci doplnili, že pokiaľ by bola aneuryzma dňa 25.8.2015 popísaná, tá stratifikácia práve spočíva v tom, že určite by nikto ju pána B. neriešil arteriálnu hypertenziu v prvom kole, ale riešil by to, čo je závažnejšie, riešila by sa vlastne vec, ktorá by vyvstala z toho vyšetrenia magnetickou rezonanciou. Klinici po 25.8. vychádzali z toho, že mali pred sebou pacienta s bolesťou hlavy. Mali pacienta, ktorého CT 5 dní dozadu hovorilo, že je to v poriadku, MR mozgu im hovorilo, že to v poriadku, MR angiografia hovorila, že je to v poriadku a mali pacienta, u ktorého vedeli z anamnézy, že je to neliečený hypertonik alebo nedostatočne liečený hypertonik a hypertenzia nie je len príčinou aneuryziem ale môže byť aj príčinou tzv. sekundárnych bolesti hlavy. Čiže pracovali s tým, čo mali, čiže s informáciou sekundárnej cefaley a podľa toho sa k tomu postavili. Preto pacient po dvoch dňoch bol preložený na internú kliniku, kde špecialisti v tomto odbore sa zamerali na liečbu arteriálnej hypertenzie, keďže tie tlaky boli v úvode veľmi zlé komponované. Klinici nemali dôvod dopĺňať ďalšie a ďalšie vyšetrenia, keďže mali dve predchádzajúce. Pacientovi tlaky pomaličky klesali, bolesti hlavy či už ustupovali neustupovali z dekurzov možno pretrvávali, možno aj ustupovali, na pacientovi sa neobjavovala nijaká nová klinika, nebolo tam nič nové, čo by klinikov smerovalo k tomu, že poďme ďalej, poďme pátrať do terénu, ktorý sme už prešetrili. To by sa dalo donekonečna. Klinické uvažovanie išlo týmto smerom. K DSA by sa

pristúpilo vtedy, ak by MRA popísalo, že je tam 4mm aneuryzma, sú tam nejaké pochybnosti či krváca či nekrváca. Nie je úlohou klinikov revidovať tie závery, ktoré dostanú od rádiológa.
I. C. by lumbálnu punkciu zvažoval, bola tam aj obava z edému terča zrakového nervu, čo je nepriamy ukazovateľ intrakraniálnej hypertenzie. Bola by tam následne možná obava, že čo bude herniovať. Mohlo to byť zvažované, ale nie je presvedčený, že to muselo byť.
I. I. doplnil, že pokiaľ je definovaný opuch zrakového nervu, znamená to, je to jeden z ukazovateľov, že sa niečo v lebečnej dutine robí, niečo sa tam deje. Indikácia na lumbálnu punkciu nie je jednoduchá. Je to z dôvodu, že ak sa pichne do miechového kanála, ktorý je ako spojené nádoby s mozgovo-miechovým mokom v mozgu, to je akoby sa zrazu vypustilo umývadlo, v ktorom sa perie bielizeň a ponožky sa budú chcieť strčiť do toho odkvapu. Presne tento mechanizmus sa stane. Ak sa odoberie likvor pri edéme zrakového nervu, môže sa stať situácia, že práve ten mozog tým podtlakom, ktorý spôsobí, aj keď je to niekoľko kvapiek, môže, to herniovať, to znamená, môže sa začať kompresne správať vo vzťahu k tomu veľkému záhlavovému otvoru, ktorý môže spôsobiť smrť pacienta, respektíve apalický syndróm, z ktorého sa už nemusí dostať.
Podľa I. C. je lumbálna punkcia kľúčová pri niektorých diagnózach. Napríklad iba tým spôsobom sa dá vylúčiť neuroinfekcia, ale znova je tam tá obava, ktorá by hrozila súvislosti s tým, že je tam opuchnutý zrakový nerv. Čiže tam by to mohlo naozaj smerovať k veľmi závažným komplikáciám so smrteľným následkom. Neuroinfekcie málokedy predbiehajú len bolesti hlavy, zvyčajne sú sprevádzané aj systémovými prejavmi, čiže minimálne teploty tam naskočia, minimálne triašky, zápalové parametre sú vysoko elevované, čiže zohľadňuje sa viacero parametrov.
I. C. potvrdil, že všetky krvácajúce aneuryzmy sú ošetrované, ak sa jedná o krvácajúce aneuryzmy, sú to hodinové záležitosti. Absolútne indikovaný je aj letecký transport pacienta bez ohľadu na to, kde na Slovensku sa nachádza. V súčasnosti sa strolkové mobily. Ten strolk mobil funguje tak, že záchranka prichádza na adresu, kde sa stane takáto príhoda. Záchranár alebo RZP, RLP posádka zabezpečuje základné vitálne funkcie a už priamo cez strolk mobil kontaktuje pracovisko, kam bude smerovať pacienta. Následne tam sa stretáva tím už priamo na CT pracovisku. To znamená, vynecháva sa urgentný príjem. Už to je známka toho, že ide o urgentnú záležitosť. Keď to rupne, pacient nejde ani na urgentný príjem, ide priamo na CT, kde ho v závislosti od toho, či ten pacient už napojený, zaintubovaný, napojený na umelú pľúcnu ventiláciu, čaká tím. Čaká ho tím áristu, čaká ho tím neurochirurga, čaká ho tím rádiológa, čaká ho neurológ. Zhodnotí sa a robí sa hneď zobrazovacie vyšetrenie a rozhodnutie je okamžité. Tam sa nezasadá, že teraz akože stretneme sa ráno a povieme si, že čo sa bude diať. Niektoré vysokošpecializované odbory ako je napríklad intervenčný rádiológ, ktorých je stále málo, sa budia a prichádzajú aj v noci do práce a pacient je transportovaný. To znamená hyperakútna starostlivosť. Sú to naozaj hodiny a prvé hodiny od toho, kedy sa to udialo. V roku 2015 si nie je istý, či bol používaný strolkový mobil, či ten pacient prišiel na urgentný príjem, ale myslí si, že priamo bol na CT pracovisko transportovaný aj tento pacient, keď to už prasklo.
K otázke zistenia alkoholu u D. B. I. I. uviedol, že o alkohole v tomto prípade nemôže byť žiadna reč, nevie, čo znamená hodnota 0,054. Takú hodnotu nikdy u nikoho nevidel. Z hľadiska forenznej medicíny 0,054 je nič, je to čo máme teraz v krvi všetci.
Za neriešiteľnú považujú znalci otázku vytrhnutia kanyly rovnako ako elastrografiu pečene.
I. J. k artefaktom pri flair sekvencii uviedla, že ide o oblasť, kde sa najčastejšie vyskytujú artefakty. Berie to do úvahy. Je to presne oblasť na spodine strednej jamy lebečnej, kde je veľa skeletu a k tomu je mozog a sú tam veľké záhyby, že tam najčastejšie tie artefakty vznikajú, ale ak sú tam tie artefakty, sú obojstranné, čiže symetria je veľmi dôležitá. Tuto to bolo jednoznačné, že tam bola asymetria a keď jej takéto niečo udrie do oka, tak už cielene pátra, či je to artefakt, či to nie artefakt, či to je, či to vidí niekde inde alebo to nevidí. Na difúziách to bolo úplne jednoznačné. Na ADC mape je to čierne, čierne, čierne, žiaden likvor. Magnetickú rezonanciu robí veľmi dlho a vie, aké všetky možné artefakty sa tam vyskytujú. Všetko brala do úvahy, tá zmena signálovej intenzity na tých flair sekvenciách bola pomerne jednoznačná. Pri scrolovaní tých obrázkoch to bolo na prvom mieste, čo jej udrelo do očí. Doplnila, že prehliadnuť 4 mm aneuryzmu je naozaj veľmi ľahké. Pokiaľ by tá aneuryzma nekrvácala, tak by to nebol problém. Zrejme by ten pacient prišiel na nejaké ďalšie vyšetrenie, kde by to možno nejaký kolega uvidel a našlo by sa to včas predtým, než by začala krvácať. Toto je naozaj zhoda veľkých náhod toho, že sa prehliadla tá aneuryzma, ktorá slzila, a ktorá potom praskla, je to osud, ktorý to takto zariadil. To neznamená, že ak to niekto prehliadol, je zlý lekár alebo robí zlú robotu.
I. I. záverom zosumarizoval, že pán B. sa riadením osudu a správnym nevyhodnoteným vyšetrením 25.8. nedostal na rovnakú štartovaciu líniu ako iní pacienti so slziacou aneuryzmou, ktorým by to MR potvrdilo. On zostal 7 metrov za štartovacou líniou, čiže nemohol dobehnúť ten beh v rovnakom zhluku pretekárov ako tí iní. O tomto je tento prípad, že zostal vzadu za štartovacou líniou.

25. K. I. E. P., CSc, ktorý pôsobil primár internej kliniky Fakultnej nemocnice v Brne, neskôr pracujúci ako riaditeľ nemocnice v Kyjove, generálny riaditeľ nemocníc karlovarského kraja vo výsluchu na pojednávaní uviedol, že chyby boli na všetkých stranách. Chyba bola pri popise MR, pri ktorej bola prehliadnutá 4 mm aneuryzma. MR vidí štruktúry cca 2 mm a väčšie. Aj 4 mm je možné prehliadnuť, aj keď sa to nemá stať, ale je to možné. CT je ešte menej citlivé. MR nevidí drobné krvácanie, pokiaľ to je menšie ako tá štruktúra a pokiaľ nie je zamerané cielene na krvácanie. Aneuryzma do 4 mm by sa neoperovala, nebola by tam indikácia pre operáciu. Chybu urobilo aj neurologické oddelenie. Keď je podozrenie na SAH a zobrazovacia metóda či CT alebo MR ho nevidí, podľa guidelines z roku 2015 musí byť vykonaná lumbálna punkcia, pokiaľ je podozrenie na SAH. Pokiaľ sa lumbálna punkcia neurobí, má sa podľa guidelines z roku 2015 zopakovať zobrazovacie vyšetrenie, teda CT alebo MR. To, že to nezopakovali, je chyba neurologickej kliniky vyvážená tým, že tam boli v neskoršom priebehu okolnosti, ktoré lumbálnu punkciu sťažujú. Chyba bola aj na internej klinike, kde sa sústredili na úpravu tlaku, ktorý bol veľmi vysoký, ale už vôbec nemysleli na pôvodné podozrenie na SAH. Mali myslieť na to, že je potreba vykonať lumbálnu punkciu alebo zobrazovacie vyšetrenia. Tá lumbálna punkcia má význam v tom, že vidí aj drobné krvácanie, zatiaľ čo zobrazovacie vyšetrenia ani zďaleka nie. Zároveň ide o faktory na strane pacienta, ktorý bol hypertonik. Na vojne mu bola robená ergometria, kde pri relatívne malej záťaži a 160 pulzoch, dosiahol jeho tlak 210/118. S takou záťažou sa človek stretáva aj počas života prakticky každý deň, keď beží na autobus alebo robí niečo fyzicky. Od prehliadky v rámci vojny bol pán B. 3x na vyšetrení, pri tom vyšetrení mu bol zmeraný tlak a vždy mal diastolický tlak 95, čo je u takto mladého človeka veľmi vysoký tlak. K tomu ešte fajčil. Vysoký tlak a fajčenie sú dva najzávažnejšie rizikové faktory pre vývoj mozgovej aneuryzmy, pre jej rast a aj ruptúru. Riziká všetkých týchto okolností sa u fajčiarov zvyšujú násobne.

Pokiaľ by bola aneuryzma rozpoznaná a nebolo by zistené krvácanie, nestalo by sa nič. Pán B. by bol zaradený do indikačnej komisie, ktorá by zvážila ďalší postup. Indikačná komisia sa schádza 1x za mesiac alebo menej často. Aneuryzma do 7 mm, keď nekrváca, tak sa neoperuje. Až aneuryzmy nad 7 mm sa považujú za rizikové. Úplne iná situácia by bola, keby bolo preukázané krvácanie. V tom prípade by to bolo nutné riešiť urgentne. Opäť by sa konziliárne riešilo, čo sa má urobiť. Tu je potreba povedať, že keď tá aneuryzma krváca, tak každý 2. až 3. pacient zomrie, aj keď sa s ním robí čokoľvek. Keď sa zistí väčšia krvácajúca aneuryzma, súčasná metóda je zapchať krvácajúcu cievu trombom. Ten trombus sa tam vytvorí tak, že sa do postihnutej tepny cez veľkú tepnu zavedie katéter až k miestu aneuryzmy a katétrom sa tam streknú kovové titánové vlákna. Tie vlákna obmedzia prietok krvi a tú tepnu de facto upchajú. V danom prípade bola aneuryzma čiastočne trombotizovaná, teda čiastočne zapchatá. To by hralo rolu v úvahách čo ďalej, pretože samotná aplikácia titánových vlákien (coils) vedie asi u 1 % liečených k úmrtiu a asi u 15 % k ochrnutiu. Nedá sa úplne jednoducho človeku, ktorý má malú aneuryzmu a nebolo u neho dokázané krvácanie, iba tak zaviesť túto metódu, pretože je riziko 1:6, že ochrnie. Tieto výkony majú podľa súčasných doporučení robiť pracoviská, ktoré ich urobia viac než 100 za rok, na Slovensku to nebude nikto. V prípade, že to robí menej skúsené pracovisko, je preukázané, že počty komplikácií sú ešte väčšie. V Nitre je dostupná neurochirurgia. Je ďalšia metóda, ktorú možno použiť, ale pretože ide o de facto otvorenú operáciu na mozgu, sú komplikácie ešte o dosť väčšie. Podľa znalca žiadna z chýb nemá príčinnú súvislosť s následkom. Ex post je jasné, že sa stal rad chýb na všetkých stranách. Potrebné je hodnotenie z hľadiska situácie, aká bola pri hospitalizácii pána B. v roku 2015. Chyby, ktoré sa stali, neviedli k tomu, že by došlo k zásadnej zmene celého procesu. Základná vec je, že pán B. trpel potenciálne smrteľným ochorením, na ktoré neskôr zomrel.

Lumbálna punkcia sa robí už od 50-tych alebo 80-tych rokov. V dobách, keď nebolo CT, to bolo rutinná diagnostická procedúra. On sám ich robil stovky. Guidelines z roku 2015 hovorí, že lumbálna punkcia musí byť vykonaná, keď je negatívne zobrazovacie vyšetrovanie. Podľa toho musela byť vykonaná. Medicína je ale zložitá. Všetko čo sa urobí, môže byť dobré ale aj zlé. Keď sa postupuje podľa guidelines, nemôže byť stíhaný ten, čo robil to, čo sa urobiť má. Sú však situácie, keď možno zvážiť, že postup mimo guideline je výhodnejší. V tom prípade však je potrebné zapísať do dokumentácie, prečo to človek robí. Teda, keby bolo zapísané v dokumentácii, že lumbálnu punkciu neindikujem, pretože podozrenie na SAK už nemám a vzhľadom k edému papily je to riskantné, dalo by sa to akceptovať. Neskôr by sa to ukázalo, že to nebol dobrý postup. Pokiaľ nebol edém papily zistený, tak kontraindikácia nebola. K tejto kontraindikácii znalec uviedol, že niekedy v malom percente prípadov presakuje mozgomiešny mok otvorom po punkcii a stráca sa, čím tlačí mozog na kostené štruktúry, teda zhoršuje opuch mozgu. Pri hypertenzii nie je bežné, že si pacient vytrhol kanyly. Toto nespôsobil ani edém terča papily. Lieky apaurin a diazepam sa používajú sa na ukľudnenie pacienta. Tiapridal rovnako, je účinnejší, ale jeho

účinok zaberie až neskôr. Na hypertenziu sa tieto lieky nepoužívajú. Hypertonika bežne nie je nutné upokojovať. Nebolo zistené, že D. B. sa liečil na nejaké úzkostné stavy.
Pokiaľ by bola aneuryzma veľká 4 mm a bez prítomnosti krvácania správne popísaná, bol by pán B. pravdepodobne odoslaný s odstupom času k indikačnej komisii až bude zasadať, teda možno aj o mesiac. Nebolo by to urgentné, pretože u aneuryzmy o priemere 4 mm je riziko krvácania veľmi malé.

26. Znalkyňa znaleckého ústavu MUDr. Petra Hudak vo výsluchu uviedla, že pôsobí neurochirurgička s atestáciou v oblasti neurochirurgie od roku 2016. K prípadu dostala až v rámci doplnenia znaleckého posudku č. 2. Bola jej poskytnutá kompletná zdravotná dokumentácia a zobrazovacie vyšetrenia a na základe toho si spravila vlastný názor.
Ako neurochirurg si vyhodnocuje snímky sama. V danom prípade na základe prvého CT vyšetrenia mohlo vzniknúť podozrenie na to, že sa jedná o nejaký nález, ktorý môže byť patologický v oblasti, kde bola neskôr videná aneuryzma. Na základe CT vyšetrenia sa nedalo s istotou povedať, že sa jedná o aneuryzmu, ale mohlo byť odporúčané dodiagnostikovanie inou metódou, napríklad MRT, ktoré bolo spomenuté, ktoré sa vykonalo 25.8.2015. Pre neurochirurga, ktorý síce nemá atestáciu z rádiológie, ale vidí viacero snímkov počas dňa, počas svojej praxe, je tam viac ako podozrenie na aneuryzmu. Tam jednoducho tú aneuryzmu v oblasti arteria communicans posterior vidno.
Pri negatívnom natívnom CT nie je nutné na 100 % spraviť CT angiografiu. Môže byť, nemusí byť. Jedná sa o mladého pacienta, CT angiografia je radiačné zaťaženie, mali tam ďalšie rizikové faktory ako vysoký krvný tlak, z ktorého lekári usudzovali, že sa jednalo o malígnu hypertenziu a nie je to jednoznačne postup non lege artis, keď sa nevykonala CT angiografia. Mohla sa, závistí to na tom danom odborníkovi, ktorý sa stará o pacienta a zhodnocuje situáciu. Je to úplne v poriadku, že v tej chvíli vyhodnotili lekári postup, že pacienta vrátili do ambulantnej starostlivosti, odporučili ambulantné dodiagnostikovanie, prípadne pri zhoršení stavu dostavenie sa na urgentný príjem.
Keď vidia SAH, musí byť vykonané CT angiografické vyšetrenie alebo podľa toho, aký je pacient, či je klinicky stabilný, nestabilný, podľa nálezu sa rozhoduje o ďalšom postupe. Keď je čas a pacient je stabilný, vykonáva sa digitálna substrakčná angiografia a ďalej sa rozhoduje neurorádiológ a neurochirurg, aký bude ďalší postup. Ak je pacient nestabilný a jedná sa o akútne krvácanie, ktoré spôsobuje útlak mozgu, CT angiografia sa spraví hneď, aby mal neurochirurg aspoň ako-taký prehľad, ako sa aneuryzma klenuje. Pacient je prebratý odborníkmi z anestéziológie a prevezený na operačnú sálu. Ak je CT negatívne, tak nie v každom prípade vystavujú pacienta radiačnej záťaži a kontrastu, ktorý musí byť podaný. Sú iné možnosti, ktorými sa môže a nemusí SAK potvrdiť.
Nevykonanie lumbálnej punkcie v roku 2015 na Slovensku nebol jednoznačný postup non lege artis. Každá invazívna metóda nemá len výhodu diagnostického zistenia, ale aj riziká spojené s tým. Pri lumbálnej punkcii môže dôjsť k poškodeniu koreňových nervov, môže dôjsť k syndrómu straty likvoru. Pacient s bolesťami hlavy môže mať ešte silnejšie bolesti hlavy, ktoré môžu pretrvávať viacero týždňov. To všetko treba zvážiť a na základe toho sa rozhodnúť.
I. H. k osteoplastickej kraniotómii uviedla, že pri evakuácii akútneho subdurálneho hematómu je možné ponechať štep mimo hlavy pacienta, tým pádom je väčší priestor, keby došlo k expanzii. Počas operácie má neurochirurg možnosť vidieť celé mozgové tkanivo, jeho správanie, jeho pulzáciu, to ako sa javí, či je tam tendencia rastu, expanzie ešte v rámci operácie. Veľakrát sa stáva, že práve po evakuácii hematómu sú subdurálne priestory kľudné, tak sa môže lekár rozhodnúť pre opätovnú implantáciu kostí do hlavy pacienta, pretože neimplantovanie kosti nesie so sebou viaceré riziká. Je to avitálny kostný štep, ktorý sa musí za daných podmienok skladovať, zamraziť. Veľa pacientov, ktorí dostávajú tento kostný štep po vypršaní akútnej fázy 6 týždňov, niekedy až 3 mesiace, dostanú tento štep, ktorý sa buď nevzrastie, alebo ho telo neprijme, začnú sa kostné hrany resorbovať, dochádza k osteolýze, alebo dôjde k infikovaniu kostného štepu, čo je spojené s hospitalizáciou pacienta, ktorý musí byť vybratý, treba ho vyhojiť, potom treba vytvoriť umelú plastiku. Kedysi to bol tvrdnúci materiál, ktorý nebol presný, esteticky nedokonalý. Teraz sa robia 3D technikou, pomocou CT scanu. Toto sú všetko faktory, ktoré daný neurochirurg zvažuje. Akonáhle je lokálny stav kľudný, čo potvrdilo aj CT vyšetrenie na druhý deň, tak je možné kostný štep znovu implantovať. Môže potvrdiť, že pri operácii bola implantovaná intrakraniálna sonda, ktorá dáva informáciu o tom, aký je intrakraniálny tlak. Ona bola implantovaná správne, bola implantovaná do konca ventrikulárneho systému, to znamená, že mala veľmi presné hodnoty, no akonáhle boli tieto hodnoty patologické, tak bolo vykonané kontrolné vyšetrenie a nebol tam vidieť len cytotoxický edém, len ten infarkt, ktorého pôvod nevie jasne vysvetliť, alebo bolo tam vidieť aj zakrvácanie, ktoré mohlo, ale aj nemuselo súvisieť s aneuryzmou. Nevie ten súvis potvrdiť ani vyvrátiť. S vrátením štepu je spojené riziko reoperácie. Keď stúpa tlak, tak sa jednoducho štep vyberie, žiadny problém nenastal. Mozgové tkanivo vydrží veľmi veľa. Je veľmi nepravdepodobné, to sa ani nedá dať do súvisu, že by nastal ten stav,

ktorý bol zistený v CT vyšetrení 7.9.2015, mohol súvisieť s tým kostným štepom, preto sa to nedá dať jasne dať do súvisu a ani sa to nedá zistiť, lebo nevedia, aká bola príčina toho mozgového infarktu. Majú tam viacero hypotéz, jedna z nich je aj vazokonštrikčná. V pitve sa potvrdila parciálna trombotizovaná aneuryzma s miernym lokálnym SAH. Počas SAK sa vylučujú metabolity krvi, ktoré môžu dráždiť povrch ciev a vzniká vazokonstrikcia. Toto jeden z možných mechanizmov, ako mohol infarkt vzniknúť.
Opuch mozgu vznikol cytotoxickým edémom pri veľkej pravdepodobnosti. Tento cytotoxický edém mohol vzniknúť v rámci posthemoragického stavu. Pacient prešiel operáciou akútneho subdurálneho hematómu, ten akútny subdurálny hematóm vytváral nejakú dobu útlak. Je tam veľa faktorov, ktoré mohlo mozgové tkanivo naštartovať a vznikol cytotoxický edém.
I. H. poukázala na skutočnosť, že pacient mal zhoršené podmienky v rámci ďalšej stratifikácie, lekári fakultnej nemocnice nemali také informácie, ako v tej dobe mali mať. Či by to pomohlo konečnému stavu, sa nedá povedať, ale bohužiaľ tí lekári vychádzali z toho, že sa jedná o pacienta, ktorý na natívnom CT nemá žiadny nález. To, že to nebolo popísané, už uviedli. Jej osobný názor je taký, že by pacienta s negatívnym vyšetrením takisto poslala na MR a nie CT angiografiu. CT angiografia sa rutinne vykonáva pri pacientoch so SAK, ktoré je diagnostikované v natívnom CT, detekuje rýchlejšie, pacient je na stole. Keď ešte nemá cievny prístroj, tak dostane kontrast. Ak je to akútny stav, tak sa neprihliada na to, aké sú riziká kontrastu.
V tej chvíli, 3. deň, pri podozrení na SAH, keď tam nebolo popísané žiadne SAH, je v poriadku, keď nebolo vykonané ďalšie vyšetrenie cez akútnu reťaz poskytovania starostlivosti, pretože lekári majú veľa pacientov, ktorí majú bolesti hlavy a zhodnocujú ten daný stav pacienta a rozhodujú sa na základe toho. Je vždy otázne to, ako ďaleko lekár zájde, keď chce niečo hľadať. Lekári v tej chvíli nemali pocit neveriť, že SAK tam nie je. Mohli skúmať a bádať alebo vykonať ďalšie vyšetrenie, ale v tej chvíli to nie je jednoznačný postup non lege artis.
Pacient so SAH pociťuje v prvom rade bolesti hlavy, závisí, aké je to SAH masívne, do akej miery pacient zakrváca subarachnoidálne. Niekedy aj množstvo krvi, ktorú vedia na CT vyšetrení popísať, nemusí korelovať s množstvom krvi, ktoré vidia pri SAH s klinickým prejavom. Sú pacienti, ktorí celkom dobre znášajú aj väčšie množstvo krvi v subarachnoidálnom priestore a pacienti, ktorí majú minimálne množstvo a toto dráždenie meningov vyvoláva typické príznaky ako stuhnutie šije, bolesti hlavy, zvracanie, niekedy poruchy hlavových nervov s dvojitým videním s rôznymi inými výpadkami. Keď sa jedná o sekundárne následky SAH, tak pacienti trpia príznakmi upadania až straty vedomia kvôli poruche opuchu mozgovomiechového moku. Zmenené správanie nie je jeden z typických príznakov, môže byť. Je to veľmi špecifický príznak, ktorý môže vzniknúť zo všeobecného útlaku mozgového tkaniva, nie je to príznak, ktorý jednoznačne poukazuje na prítomnosť SAK, preto je dôležitá ďalšia diagnostika. Má skúsenosti s viacerými pacientami, ktorým bolo zmenené správanie. Horšie ten pacient vníma, že je pripútaný, je tam kanyla, prívod. Keď má zmenené vnímanie vonkajšieho sveta, tak to môže vyhodnotiť ako hrozbu pre vlastný život, chce sa toho automaticky zbaviť. Ono to nepoukazuje na nič viac, ako na to, že pacient mal nejaký nález, ktorý ho dráždil, ktorý mu zmenil vedomie a na základe toho sa zmenilo aj jeho správanie. Potom sa robia ďalšie vyšetrenia, ktoré to potvrdia alebo nepotvrdia. Ak sa to nepotvrdí, konzultuje sa kolega z oddelenia psychiatrie. Ak pacient nespolupracuje, tak treba zistiť prečo.
I. H. potvrdila, že celkovo chorobnosť pacientov s aneuryzmou aj úmrtnosť, ak je aneuryzma prasknutá a dochádza k SAH a ďalším sekundárnym komplikáciám, je vysoká. Nedá sa povedať, že každý pacient, ktorý je ošetrený správne, v správnom čase, rýchlo, vyjde z tejto zdravotnej starostlivosti bez ujmy na zdraví.
Kontrolné CT vyšetrenie po evakuácii akútneho subdurálneho hematómu u pána B. bolo správne. Potvrdilo správne vyšetrenie a neboli tam žiadne známky takého poškodenia, ktoré by naznačovalo, že by pán B. s veľkou pravdepodobnosťou mal utrpieť ďalšie následky, ktoré by mali byť trvalé. I. H. zdôraznila, že pacient mal najprv aneuryzmu a potom mal subdurálny hemtóm. To je vec, ktorá je fakt, ktorej sa treba držať, že to nebolo naopak. Ten subdurálny hematóm určoval ďalší smer akútnej liečby, pretože lekári museli konať, museli chirurgicky tento hematóm evakuovať. Napriek tomu prvé vyšetrenie po operácií nenaznačuje, že by mal pacient veľmi zlú prognózu v rámci subdurálneho hematómu.
I. H. poukázala na nepopísanie aneuryzmy, ktorá bola viditeľná, ale nebola popísaná, čo malo vplyv aj na ďalšie postupy. Uviedla, že keby tam stálo, že pacient má podozrenie na aneuryzmu a doporučujú vyšetrenie SWI, aby vylúčilo alebo potvrdilo SAH, tak by to bolo chybné, keby lekári na takéto odporučenie nereagovali. To tam nestálo, stálo tam, že nález je negatívny, že cievy sú v poriadku a doporučujú vyšetrenie. Lekárov by to neposunulo ďalej, ako v tej chvíli boli, preto je to v poriadku, že to nevykonali hneď v ďalší deň. Tam malo stáť, že pacient má aneuryzmu na arteria communicans posterior, vysoké podozrenie, že tam tá aneuryzma je, a doporučujeme vykonať SWI vyšetrenia. Vtedy by bolo

potrebné to vykonať. Ak by sa zistilo krvácanie, nie je nutné vykonať SWI sekvenciu, zistené krvácanie netreba potvrdzovať, rieši sa príčina krvácania.

27. K. I. E. B., L. na pojednávaní uviedol, že je rádiológ, je v pozícii garanta ďalšieho vzdelávania v odbore rádiológia a interná rádiológia v rámci Slovenskej zdravotníckej univerzity.
K významu guidelines v roku 2015 na Slovensku uviedol, že v tomto roku ešte neboli štandardné diagnostické terapeutické postupy, čo je ekvivalent guideline, ktorý sa používa vonku. Tým pádom na Slovensku sa vyšetrovacie postupy robili na základe skúseností jednotlivých centier alebo pracovísk. Guideline vonku, či už sú to americké, nemecké alebo iné európske, mali štandardné kritéria, ktoré boli zamerané na prístrojové, personálne vybavenie, čo v tom období podľa guideline nemali. To ale neznamená, že robili zle, vedeli postupovať podľa skúseností a centier podľa zamerania. Toto sa týka rádiológie, ostatné odbory si robili svoje postupy.
Rádiológ robí všetko na základe dožiadania klinika. Ako rádiológ nemá šancu sledovať chorobopis a klinický stav pacienta, preto vyšetrenia na akékoľvek zobrazovacej modality robia podľa žiadanky, ktorú im klinik zasiela.
Vo vzťahu k CT pri požiadaní na natívne CT si vie zobraziť SAH a vo vzťahu k CT A. Pre zhodnotenie zdroja krvácania je jednoznačne nutné toto zobraziť pomocou metód, ktoré zobrazia cievy, t. j. v prvom rade CT A, v druhom rade MR angiografia a v treťom rade digitálna subtrakčná angiografia.
Všetky zobrazovacie modality majú určité percento falošne negatívnych nálezov, s čím je potrebné počítať. Na citlivosť vplýva aj plynutie času. Zobrazovacia modalita je pomocná vyšetrovacia metóda pre klinika za účelom zobrazenia alebo vylúčenia nejakého nálezu. To je podobné, ako keď si zberá informácie z biochémie alebo hematológie, to znamená že do kliniky si musí nejakým spôsobom zapracovať tieto údaje z pomocných vyšetrovacích postupov. Možnosť zobrazenia SAH sa môže meniť v časovom intervale od krvácania.
V roku 2015 boli na Slovensku dve multidisciplinárne konzíliá, v Banskej Bystrici a v Martine.
Podľa skúseností, ktoré má z intervenčnej rádiológie, v roku 2015 by sa každá nekrvácajúca malá aneuryzma do 5 mm riešila len konzervatívne. Intervenčný výkon a operačný výkon nesú veľké riziko pre pacienta, preto prvým krokom je konzervatívna liečba, ktorá zahŕňa sledovanie rastu aneuryzmy.
Vak parciálne vytrombotizovanej aneuryzmy je horšie viditeľný ako vak bez trombu s normálnym prietokovým signálom. S podobnou prehliadnutou aneuryzmou sa stretol aj počas svojej praxe.
Nepovažuje za správne určiť krvácanie iba na základe difúzne vážených obrazov a FLAIR sekvencie, obidve majú svoje limitácie a narobia zbytočne nálezy, ktoré nezodpovedajú pitevnému protokolu.
Podľa I. B. by po realizovaní doporučenej SWI sekvencie bolo možné spoľahlivo odlíšiť hemoragický obsah vo FLAIR sekvencii od artefaktov v subarachnoidálnom priestore. Na základe topografickej anatómie považuje za nepravdepodobné, že by krvácajúca aneuryzma nemala v okolí zakrvácanie. Krv by mala tiecť súvisle smerom od aneuryzmy. Aj v minulosti sa vždy pátralo po zdroji krvácania. Bez zobrazovacej modality je to jednoznačne lumbálna punkcia, potom ide jasne CT angio, natívne CT nemá význam, tam sa zdroj krvácania nenájde.
Pri pacientovi s negatívnym nálezom pri MR alebo CT pri pretrvávajúcej suspekcii na SAH by sa mala zvoliť zobrazovacia metóda, ktorá SAH zobrazí a pri použití AG, eventuálne zistí aj zdroj krvácania. Ako prvú by dal lumbálnu punkciu.
Veľkosť aneuryzmy hovorí o tom, aká je štatistická pravdepodobnosť, že môže prasknúť. Čiže veľkosť je len jedna veličina, ktorá hovorí, ako postupovať v rámci liečby. Zvažujú všetky riziká a podľa veľkosti, klinických nálezov sa prikláňajú k rozhodnutiu medzi konzervatívnou a invazívnou liečbou. K vybratiu konzervatívnej liečby hovoria dva faktory, a to je nárast tej aneuryzmy a klinika pacienta. Aneuryzma môže narásť do gigantických rozmerov a pacient sa môže dobre cítiť, nebude mať žiadne príznaky. Ale práve tá veľkosť dáva upozornenie, že je tam veľké riziko, že aneuryzma rastie, stena sa oslabuje a môže prasknúť a vtedy rozhoduje indikácia intervencie. Ak aneuryzma nerastie a klinický stav pacienta je zvládnutý, tak ten pacient môže prežiť (tlak, životospráva) a nebude sa nič robiť intervenčne. Akonáhle je klinika pre pacienta nevhodná, tak pacient by mal ísť na konzílium, ktoré musí rozhodnúť. Tam budú všetci zainteresovaní, bude tam internista, neurológ rádiológ atď. a tí zvážia všetky riziká intervenčného výkonu ako aj operácie. Tí rozhodnú, čo sa pacientovi povie, že je tam riziko pri nezvládnutej klinike viac ako 50 až 70 %. V roku 2015 to bolo inak ako teraz, teraz by sa jednoznačne povedalo, že takýto pacient ide na indikačný seminár do centra.
Klinik môže začať liečiť, až keď má diagnózu. A keď nemal diagnózu, tak sa odsúdil k tomu, že tá liečba bola zlá. Akonáhle by bol správne diagnostikovaný zdroj krvácania, bude tam jasná odpoveď, ako ďalej s pacientom.

K diagnostikovaniu aneuryzmy na MR z 25.8.2015 MUDr. Bořuta uviedol, že tá aneuryzma mala výrazne znížený signál. Pri kratšom čase na vyhodnocovanie nálezu sa mohlo stať, že tam táto aneuryzma nebola vyhodnotená. Tá aneuryzma tam je, ale nie je tam dokázané krvácanie. Tie sekvencie, ktoré tam boli urobené, to nemohli jednoznačne zobraziť.

28. I. I. M. na pojednávaní vypovedal, že je rádiológ, intervenčný rádiológ. Uviedol, že s operáciou aneuryzmy do 4 mm skúsenosti nemá, keďže sa väčšinou nerobia do 5 mm. Aneuryzmy do 5 mm sa väčšinou liečia konzervatívne. K manažmentu pacienta s aneuryzmou 4 mm, ktorá nekrvácala v roku 2015 uviedol, že takýto pacient bol predstavený na multidisciplinárnom indikačnom seminári, ktorý zahrňoval prítomnosť neurochirurga, diagnostického, prípadne intervenčného rádiológa, internistu, neurológa. V roku 2015 boli 3 typy liečby, jedna konzervatívna a dve operačné – neurochirurgická a intervenčne-rádiologická liečba. Výber operačnej techniky závisí od veľkosti, tlaku aneuryzmy a od jej morfológie, od veľkosti krčka aneuryzmy, jej lokalizácie, prístupu pre chirurga. Operačné riešenia boli indikované na aneuryzmy väčšie ako 5 mm. V roku 2015 nešlo o rutinnú operáciu. Rutinne sa tieto nálezy operujú možno posledné 3 až 4 roky. Pri nekrvácajúcej aneuryzme celý proces plánovanej operácie trval do mesiaca. Ak by aneuryzma krvácala, v takomto prípade ide pacient priamo na stôl.

29. Zistený skutkový stav súd posúdil v zmysle nižšie uvedených ustanovení platných právnych predpisov.

30. Podľa čl. 8 ods. 1 Dohovoru o ochrane ľudských práv a základných slobôd každý má právo na rešpektovanie svojho súkromného a rodinného života, obydlia a korešpondencie.

31. Podľa čl. 10 ods. 2 Listiny základných práv a slobôd a čl. 19 ods. 2 Ústavy SR každý má právo na ochranu pred neoprávneným zasahovaním do súkromného a rodinného života.

32. Podľa § 11 Občianskeho zákonníka fyzická osoba má právo na ochranu svojej osobnosti, najmä života a zdravia, občianskej cti a ľudskej dôstojnosti, ako aj súkromia, svojho mena a prejavov osobnej povahy.

33. Podľa § 13 ods. 1 Občianskeho zákonníka fyzická osoba má právo najmä sa domáhať, aby sa upustilo od neoprávnených zásahov do práva na ochranu jeho osobnosti, aby sa odstránili následky týchto zásahov a aby mu bolo dané primerané zadosťučinenie.

34. Podľa § 13 ods. 2 Občianskeho zákonníka pokiaľ by sa nezdalo postačujúce zadosťučinenie podľa odseku 1 najmä preto, že bola v značnej miere znížená dôstojnosť fyzickej osoby alebo jeho vážnosť v spoločnosti, má fyzická osoba tiež právo na náhradu nemajetkovej ujmy v peniazoch.

35. Podľa § 13 ods. 3 Občianskeho zákonníka výšku náhrady podľa odseku 2 určí súd s prihliadnutím na závažnosť vzniknutej ujmy a na okolnosti, za ktorých k porušeniu práva došlo.

36. Podľa § 420 ods. 1 Občianskeho zákonníka každý zodpovedá za škodu, ktorú spôsobil porušením právnej povinnosti.

37. Podľa § 420 ods. 2 Občianskeho zákonníka škoda je spôsobená právnickou osobou alebo fyzickou osobou, keď bola spôsobená pri ich činnosti tými, ktorých na túto činnosť použili. Tieto osoby samy za škodu takto spôsobenú podľa tohto zákona nezodpovedajú; ich zodpovednosť podľa pracovnoprávnych predpisov nie je tým dotknutá

38. 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 (ďalej len zákon č. 576/2004 Z. z.) ak tento zákon neustanovuje inak, zdravotná starostlivosť je súbor pracovných činností, ktoré vykonávajú zdravotnícki pracovníci vrátane poskytovania registrovaných alebo povolených humánnych liekov a zdravotníckych pomôcok, ktoré spĺňajú požiadavky na uvedenie na trh podľa osobitného predpisu, diagnostických zdravotníckych pomôcok in vitro, ktoré spĺňajú požiadavky na uvedenie na trh podľa osobitného predpisu a dietetických potravín, ktoré spĺňajú požiadavky na uvedenie na trh podľa osobitného predpisu s cieľom predĺženia života fyzickej osoby (ďalej len „osoba“), zvýšenia kvality jej života a zdravého vývoja budúcich generácií; zdravotná starostlivosť zahŕňa prevenciu,

dispenzarizáciu, diagnostiku, liečbu, biomedicínsky výskum, ošetrovateľskú starostlivosť a pôrodnú asistenciu. Súčasťou poskytovania zdravotnej starostlivosti je aj preprava podľa § 14 ods. 1; pracovné činnosti pri preprave podľa prvej časti vety nemusia byť vykonávané zdravotníckymi pracovníkmi.

39. Podľa § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. 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.

40. Do rámca vymedzeného ustanoveniami § 11 až 13 Občianskeho zákonníka patria osobnostné práva zahŕňajúce širokú oblasť súkromia fyzickej osoby (najmä jej súkromného života, intímnej a rodinnej sféry, vnútorného myšlienkového a citového života). Súčasťou súkromného života je nepochybne tiež rodinný život zahrňujúci vzťahy medzi blízkymi osobami. Podstatou rodinného života je oprávnenie fyzickej osoby utvárať, udržiavať a rozvíjať vzťahy medzi členmi rodiny založené na silných citových väzbách. Ak medzi fyzickými osobami existujú sociálne, morálne, citové a kultúrne vzťahy vytvorené v rámci ich súkromného a rodinného života, môže porušením práva na život jednej z nich dôjsť k nedovolenému zásahu do práva na súkromie ďalších osôb. Občiansky zákonník v § 13 ods. 2 umožňuje priznať náhradu nemajetkovej ujmy v peniazoch, ktorej účelom je vyvážiť a zmierniť nemajetkovú ujmu peňažnou formou a plní tiež satisfakčnú funkciu. Právo na náhradu nemajetkovej ujmy v peniazoch vzniká predovšetkým vtedy, keď morálna satisfakcia ako rýdzo osobné právo, na vyváženie a zmiernenie nepriaznivých následkov protiprávneho zásahu do osobnostných práv nestačí. Na vznik občianskoprávnej zodpovednosti spôsobenej zásahom do osobnosti fyzickej osoby musia byť splnené zákonné predpoklady, ktorými sú 1. protiprávne konanie alebo opomenutie, 2. škodlivý následok, 3. príčinná súvislosť medzi protiprávnym konaním alebo opomenutím a škodlivým následkom. Ochrana osobnosti je založená na objektívnom zodpovednostnom princípe, čo znamená, že sa nevyžaduje zavinenie pôvodcu zásahu, v tomto prípade žalovaného.

41. Podľa § 100 ods. 1 Občianskeho zákonníka sa právo premlčí, ak sa nevykonalo v dobe v tomto zákone ustanovenej (§ 101 až 110). Na premlčanie súd prihliadne len na námietku dlžníka. Ak sa dlžník premlčania dovolá, nemožno premlčané právo veriteľovi priznať.

42. Podľa § 101 Občianskeho zákonníka pokiaľ nie je v ďalších ustanoveniach uvedené inak, premlčacia doba je trojročná a plynie odo dňa, keď sa právo mohlo vykonať po prvý raz.

43. Pred posúdením merita prejednávaného sporu sa súd zaoberal námietkou premlčania, ktorú vzniesol žalovaný. Túto vyhodnotil ako nedôvodnú. Právo na náhradu nemajetkovej ujmy v peniazoch je právom majetkovej povahy, ktoré sa premlčuje (rozsudok Najvyššieho súdu SR z 27.11.2012 sp. zn. 2 Cdo/194/2011). Počiatok plynutia všeobecnej trojročnej premlčacej doby v prípade náhrady za nemateriálnu ujmu je podľa § 101 Občianskeho zákonníka viazaný na okamih, kedy došlo k neoprávnenému zásahu objektívne spôsobilému porušiť alebo ohroziť osobnostné práva fyzickej osoby. Premlčacia doba začína plynúť dňom nasledujúcim po dni, kedy k takémuto zásahu došlo. Do práva žalobkyne na súkromie a rodinný život bolo zasiahnuté. Tento zásah nastal momentom smrti jej syna, teda dňa 7.9.2015, určite nie skôr. Dňom nasledujúcim začala plynúť všeobecná trojročná premlčacia doba, ktorá skončila 8.9.2018. Žalobkyňa svoju žalobu podala na súde dňa 5.9.2018, teda pred uplynutím premlčacej doby. Nie je správne posúvať začiatok premlčacej doby ku dňu nasledujúceho po dni, kedy sa mal žalovaný dopustiť non lege artis postupu, teda na deň 26.8.2015, prípadne ešte skôr, pretože v tento deň ešte škodlivý následok nenastal.

44. V prejednávanom prípade súd dospel k záveru, že boli naplnené všetky predpoklady na vznik zodpovednosti žalovaného za zásah do osobnostných práv žalobkyne.

45. Bolo preukázané, že žalovaný ako poskytovateľ zdravotnej starostlivosti synovi žalobkyne, túto zdravotnú starostlivosť neposkytol správne, teda lege artis. Požiadavka postupovať pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti lege artis, t. j. v súlade s dostupnými poznatkami lekárskej vedy, tvorí pilier lekárskeho povolania. Za poznatky lekárskej vedy sa pokladá všetko, čo lekárska veda dosiahla; samozrejme, využiteľnosť resp. aplikácia týchto poznatkov v praxi je podmienená aj inými

aspektami ako medicínskymi. Vo všeobecnosti z hľadiska vymedzenia pojmu lege artis postup treba brať do úvahy tie medicínske poznatky, ktoré sú obsahom výučby na lekárskych fakultách a sú uznávané odbornou lekárskou obcou, v odbornej lekárskej tlači, na konferenciách a kongresoch. Za porušenie požiadavky poskytovať zdravotnú starostlivosť lege artis je preto možné považovať napríklad nedostatočnú odbornosť (napr. neatestovaný lekár, nedostatok praxe, exces, t. j. vybočenie z prislúchajúceho oprávnenia atď.), preceňovanie vlastných schopností (nevyžiadanie konziliárneho vyšetrenia v prípade, kedy malo byť vyžiadané, neskoré odoslanie resp. neodoslanie pacienta na nadväzujúce vyšetrenie, neskoré odovzdanie alebo neodovzdanie pacienta do starostlivosti odborníkov iného odboru, podcenenie informácií o akútnom stave, neskoré zabezpečenie hospitalizácie, nezabezpečenie včasného prevozu na kvalifikovanejšie pracovisko atď.), ďalšie odborné chyby (zanedbanie určitých príznakov, nevykonanie nutných diagnostických výkonov, nesprávna interpretácia výsledkov vyšetrení atď.), technické chyby, zlyhanie zručnosti a pod. Z vykonaného dokazovania v tomto spore vyplynulo, že zdravotná starostlivosť zo strany žalovaného bola nebohému D. B. poskytnutá non lege artis, čím žalovaný porušil svoju právnu povinnosť. K tomuto záveru súd dospel po vyhodnotení jednotlivých dôkazov nasledovne:

46. V konaní nebol sporný sled jednotlivých skutkových okolností, a to že dňa 17.8.2015 začal D. B. trpieť prudkými bolesťami v záhlaví. Dňa 20.8.2015 bol vyšetrený na neurologickej ambulancii FN v Nitre. Dňa 20.8.2015 bolo realizované natívne CT vyšetrenie mozgu so záverom „bez intrakraniálneho krvácania“. Dňa 24.8.2015 bol D. B. prijatý ako akútny stav na neurologickú kliniku FN v Nitre pre syndróm intrakraniálnej hypertenzie, pričom uvádzal zhoršenie videnia, dvojité videnie do diaľky, pretrvávanie bolesti hlavy napriek analgetikám, pocit tlaku v záhlaví. Absolvoval očné vyšetrenie so záverom edému terča zrakového nervu vpravo. Dňa 25.8.2015 bolo D. B. realizované sporné MR vyšetrenie. Vzhľadom na vystupňované hodnoty krvného tlaku až na hypertenzné krízy s maximom 245/118 bol D. B. na základe realizovaného interného konzília dňa 26.8.2015 preložený na JIS internej kliniky za účelom liečby a diferenciálnej diagnostiky sekundárnej hypertenzie. Subjektívne uvádzal bolesti hlavy, niekedy s miernym ústupom, počas celej hospitalizácie bol orientovaný s aktívnou polohou. Počas hospitalizácie na JIS mu boli predpísané lieky o. i. diazepam, apaurin. Dňa 29.8.2915 si D. B. svojvoľne vytrhol obe kanyly. Dňa 30.8.2015 bol preložený na štandardné lôžko, krvný tlak 160/90, pulz 130. Počas hospitalizácie boli D. B. relizované laboratórne vyšetrenia, echokardiografické vyšetrenia, sonografické vyšetrenie brušnej dutiny, RTG hrudníka, očné vyšetrenia. Dňa 3.9.2015 bol D. B. bez teploty, hemodynamický a tlakovo stabilný (140/90) a bol prepustený do ambulantnej starostlivosti internistu, oftalmológa a neurológa. Dňa 3.9.2015 večer došlo u D. B. k zmene správania, prejavila sa u neho dezorientácia, agresivita, nepokoj. Bola privolaná RLP, zistená ťažká porucha vedomia, bol bez verbálneho kontaktu, spontánne otváral oči, izokorický, pohyby na bolestivý podnet. Cestou RLP bol privezený na CT vyšetrenie mozgu s nálezom akútneho subdurálneho hematómu vľavo. D. B. bol prijatý na oddelenie Kliniky anestéziológie a intenzívnej medicíny, kde neurochirurg indikoval neurochirurgickú intervenciu. Dňa 4.9.2015 o 00:15 hod. bola realizovaná evakuácia subdurálneho hematómu akútneho s kraniotómiou s implantovaním ICP snímača. Dňa 7.9.2015 sa zdravotný stav D. B. náhle zhoršil. Urgentné CT vyšetrenie mozgu potvrdilo akútne subdurálne krvácanie nad ľavou hemisférou hrúbky max. 7 mm, masívnu ischémiu ľavej hemisféry, malígny opuch mozgu a mozgového kmeňa. O 9:20 hod. bola začatá jeho kardio-pulmonálna resuscitácia, napriek tomu došlo k zástave srdca, pri ktorej bol o 9:45 hod. konštatovaný exitus pacienta.

47. Z vykonaného dokazovania jednoznačne vyplynulo, že tak na CT vyšetrení zo dňa 20.8.2015 ako aj na MR vyšetrení zo dňa 25.8.2015 u D. B. chýbal popis parciálne trombotizovanej aneuryzmy. Tieto vyšetrenia vykonali lekári žalovaného, k čomu súd dopĺňa, že žalovaný nesie zodpovednosť za poskytovanie zdravotnej starostlivosti a zdravotníckych služieb svojimi zamestnancami v zmysle § 420 ods. 2 Občianskeho zákonníka. Nedetekovanie aneuryzmy predmetnými vyšetreniami konštatoval aj Úrad v oznámení o výsledku prešetrenia podnetu zo dňa 8.2.2017. Úrad síce následne správne konanie zastavil a žalovanému neuložil pokutu, záver o nepopísaní aneuryzmy na CT a MR vyšetreniach však spochybnený nebol. Je potrebné poukázať aj na tú skutočnosť, že pre súd nie sú závery Úradu, ktorý nezistil príčinnú súvislosť medzi nerozpoznaním aneuryzmy a smrťou D. B., záväzné. Pokiaľ ide o CT vyšetrenie mozgu realizované dňa 20.8.2015, toto bolo realizované natívne, teda bez podania kontrastnej látky, nepreukazovalo prítomnosť subarachnoidálneho krvácania, popisovalo nodulus v zadnej jame lebečnej. Nepopísanie aneuryzmy na základe výsledkov vyšetrenia zo dňa 20.8.2015 nebolo vyhodnotené ako jednoznačne non lege artis postup ani v znaleckom posudku znaleckého ústavu, čo však neplatí o MR vyšetrení zo dňa 25.8.2015. MR vyšetrenie dňa 25.8.2015

už bolo vykonané aj s podaním kontrastnej látky. Zo znaleckého posudku ústavu vyplynulo, že na angiografických sekvenciách, ako aj na sekvenciách s podaním kontrastnej látky je možné diferencovať prítomnosť sakulárnej aneuryzmy na a. communicans posterior l. sin veľkosti 4 x 5 mm. Pozdĺž a. cerebri media sú likvorové priestory so zmeneným signálom – možno predpokladať patologický obsah charakteru subarachnoidálneho krvácania. Aneuryzma však v náleze popísaná nebola. Skutočnosť, že aneuryzmu o veľkosti 4 mm bolo možné pri vyšetrení dňa 25.8.2015 rozpoznať potvrdila I. E. J. aj vo výsluchu na pojednávaní. Možné rozpoznanie aneuryzmy na základe MR vyšetrenia zo dňa 25.8.2015 nebolo nevylúčené žiadnym z vykonaných dôkazov. Lekár žalovaného, ktorý MR vyšetrenie zo dňa 25.8.2015 vyhodnotil, mal vo výsledku vyšetrenia (náleze) aneuryzmu popísať, čo sa nestalo. Chýbajúci popis aneuryzmy súd vyhodnotil ako postup non lege artis. Prvý predpoklad zodpovednosti žalovaného za zásah do osobnostných práv žalobkyne bol preukázaný.

48. Ďalším zákonným predpokladom pre vznik občianskoprávnej zodpovednosti spôsobenej zásahom do osobnosti fyzickej osoby je preukázanie škodlivého následku. V súdenej veci nebolo sporným, že dňa X.X.XXXX zomrel syn žalobkyne D. B.. Škodlivý následok v podobe smrti osoby v konaní spochybnený nebol. Tiež nebolo spochybnené, že smrť D. B. je pre žalobkyňu ako jeho matku neopísateľná strata a v danom prípade jednoznačne došlo k zásahu do práva žalobkyne na ochranu súkromia, do ktorého patrí aj rodinný život a vzťahy medzi blízkymi príbuznými.

49. Po vyhodnotení jednotlivých dôkazov vo vzájomných súvislostiach súd dospel k záveru, že medzi porušením právnej povinnosti žalovaného a škodlivým následkom v podobe smrti D. B. je daná príčinná súvislosť. Podľa výpisu z pitevného protokolu príčinou smrti D. B., ku ktorej došlo dňa 7.9.2015, bol deštruktívny opuch mozgu, základnou chorobou bola prasknutá aneuryzma na ľavej strane s menším subarachnoidálnym zakrvácaním, ďalej sa tu uvádza arteriálna hypertenzia. Žalovaný spochybnil závery pitevného protokolu a tvrdil, že bezprostrednou príčinou smrti D. B. bol infarkt mozgu, základnou chorobou bola arteriálna hypertenzia na prvom mieste, mozgová aneuryzma na mieste druhom a komplikáciou základnej choroby bolo prasknutie aneuryzmy so sprievodným subarachnoidálnym krvácaním a atypickým subdurálnym krvácaním. Infarkt mozgu ako prvotná príčina smrti nebola v konaní preukázaná. Naopak existencia mozgovej aneuryzmy spochybnená nebola, jej nepopísanie a neriešenie malo na smrti D. B. významný podiel. Žalovaný síce vznik a následné prasknutie aneuryzmy u D. B. nespôsobil, už existujúcu aneuryzmu však správne neidentifikoval, čo malo za následok, že D. B. bolo znemožnené jej odstránenie. V konaní bolo preukázané, že D. B. vzhľadom na svoje subjektívne ťažkosti (prudké, sústavné bolesti hlavy) dňa 20.8.2015 vyhľadal lekárov a následne absolvoval dve zobrazovacie vyšetrenia, ktoré realizoval žalovaný (natívne CT dňa 20.8.2015 a MR vyšetrenie s podaním kontrastnej látky dňa 25.8.2015). Na týchto zobrazovacích vyšetreniach nebola aneuryzma nachádzajúca sa na a. communicans posterior l. sin popísaná, čo malo významný vplyv na následný manažment pacienta. V roku 2015 na Slovensku neexistovali štandardné diagnostické a terapeutické postupy, ktoré by mali záväzný charakter. Z vyjadrenia I. B. na pojednávaní vyplynulo, že vyšetrovacie postupy v roku 2015 sa robili na základe skúseností jednotlivých pracovísk a zahraničných guidelines. Znalecký ústav v posudku s poukazom na odporúčania z roku 2013 pre liečbu intrakraniálnych aneuryziem a SAH uviedol, že aneuryzma mala byť smerovaná k multidisciplinárnemu konzíliu odborníkov s tým, že ďalší manažment by bol stanovený po zohľadnení faktorov na strane pacienta, faktorov na strane aneuryzmy a po zohľadnení rizika intervencie. Žalovaný existenciu multidisciplinárnych konzílií v roku 2015 na Slovensku vzhľadom na vyjadrenie I. B. spochybňoval (I. B. totiž tvrdil, že v tomto období na Slovensku boli len dve takéto konzíliá v Banskej Bystrici a Martine). Táto námietka je podľa názoru súdu bezvýznamná, pretože ani neexistencia multidisciplinárneho konzília v Nitre v roku 2015 by neznamenala, že aneuryzmu D. B. by na základe pozitívneho MR nálezu zo dňa 25.8.2015 nemal kto riešiť. Súd vyjadruje presvedčenie, že v prípade správneho popísania tohto nálezu, by sa ňou lekári zaoberali. Pretože lekári o aneuryzme netušili, neriešili ju a sústredili sa na úpravu tlaku D. B., ktorý bol veľmi vysoký (dňa 25.8.2015 až 245/118). Po stabilizovaní hodnôt krvného tlaku bol pacient najprv preložený z JIS na štandardné lôžko a následne dňa 3.9.2015 bol prepustený z nemocnice. Nesprávnosť tohto postupu z vykonaného dokazovania nevyplynula. V konaní nebol zistený non lege artis postup na strane ďalšieho poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ktorým bola FN Nitra. Z vykonaného dokazovania súd zistil, že lekári, ktorí mali k dispozícii negatívny MR nález zo dňa 25.8.2015 sa ďalej nezaoberali podozrením na SAH. Hoci každý lekár by mal počítať aj s možnosťou falošnej negativity nálezu, za predpokladu ustupovania zdravotných ťažkostí pacienta, ktorého krvný tlak sa znižoval, pacient bol stabilizovaný a preložený z JIS na štandardné lôžko, nie je podľa názoru súdu chybou, že lekári už negatívne nálezy opakovane nepreverovali a pôvodné podozrenie na SAH

ďalej neriešili. Jednoznačnou chybou nie je ani nezrealizovanie lumbálnej punkcie, zvlášť za situácie, že ide o úkon značne rizikový. Ani jeden z vypočutých lekárov sa jednoznačne nevyjadril k tomu, že lekári boli povinní lumbálnu punkciu v tomto konkrétnom prípade pri negatívnom MR náleze zo dňa 25.8.2015 vykonať. Znalecký ústav v doplnení č. 1 k znaleckému posudku dospel k záveru, že lumbálna punkcia mohla byť zvažovaná k vylúčeniu krvi v mozgovomiechovom moku, avšak je potrebné zohľadniť lokálne podmienky, materiálovo-technické vybavenie laboratória a taktiež personálne skúsenosti. Znalci poukázali na prieskum realizovaný na fiktívnej vzorke vo Švédsku a uviedli, že pri zohľadnení všetkých premenných môžu byť výsledky niekedy naďalej mätúce. I. I. a rovnako I. C. vo výsluchu na pojednávaní poukázali na rizikovosť vykonania lumbálnej punkcie pri diagnóze edému terča zrakového nervu. Nevykonanie lumbálnej punkcie v prípade D. B. nebol jednoznačný postup non lege artis ani podľa MUDr. Hudak. I. P. s poukazom na guidelines z roku 2015 síce uvádzal, že lumbálna punkcia musí byť vykonaná v prípade, keď je negatívne zobrazovacie vyšetrenie a existuje podozrenie na SAH. Pripustil však, že medicína je zložitá, lumbálna punkcia môže zhoršiť opuch mozgu a zároveň uviedol, že pacientom s edémom papily zrakového nervu vzniknutým v dôsledku vnútrolebečnej hypertenzie by lumbálna punkcia nemala byť vykonaná, pretože zníženie tlaku v chrbticovom kanáli môže pri vznútrolebečnom tlaku natlačiť mozog na kostenú spodinu lebečnú, čo spôsobuje poruchu dychového centra a smrť. O vhodnosti uvažovania o lumbálnej punkcii sa v stanovisku k poskytnutiu zdravotnej starostlivosti zmienil aj konzultant Úradu MUDr. Juraj Štofko, PhD., MBA., MPH. Jej nevykonanie však nevníma ako pochybenie. Z uvedeného súd vyvodil záver, že nevykonanie lumbálnej punkcie D. B. nie je možné klasifikovať ako non lege artis postup lekárov FN Nitra. K otázke vykonania resp. nevykonania lumbálnej punkcie je potrebné doplniť, že ani preukázanie toho, že lekári FN Nitra boli povinní ju urobiť, nezbavuje žalovaného zodpovednosti za to, že nálezy nepopísal správne. Súdu je zrejmé, že z výsledku lumbálnej punkcie by bolo možné zistiť prítomnosť krvácania v mozgovomiechovom moku, čo by v prípade pozitívneho nálezu zásadne ovplyvnilo ďalšiu liečbu D. B.. Zároveň v prípade negatívneho výsledku by mohlo mať vplyv na posúdenie zodpovednosti žalovaného v tomto konaní, keďže nepopísaná nekrvácajúca aneuryzma o veľkosti 4 mm by sa tak či tak okamžite operačne a zrejme ani iným spôsobom ako konzervatívne neriešila. Faktom je, že lumbálna punkcia v tomto prípade realizovaná nebola a nie je úlohou súdu v tomto konaní vyhodnocovať, či lekári FN Nitra mali k jej vykonaniu pristúpiť alebo nie. Predmetom tohto konania totiž nie je posudzovanie správnosti postupu lekárov FN Nitra. Celkom zbytočné je potom aj teoretizovanie, či mala byť lumbálna punkcia realizovaná už po výsledkoch vyšetrení dňa 20.8. prípadne neskôr. Vzhľadom na nevykonanie lumbálnej punkcie, prípadne ďalších vyšetrení tak nie je možné s istotou uzavrieť, či sporná aneuryzma bola alebo nebola krvácajúca. Podľa názoru súdu však vôbec nie je možné dospieť k záveru, že traja z piatich rádiológov (teda rádiológovia žalovaného, I. B., I. I.) uvádzajú, že išlo o aneuryzmu nekrvácajúcu, čo žalovaný naznačil v záverečnej reči. Toto vyjadrenie súd považuje za mätúce. Nedetekovanie žiadnej aneuryzmy predsa nie je možné stotožňovať so stavom, kedy by bola aneuryzma popísaná a zároveň by sa potvrdilo, že ide o nekrvácajúcu aneuryzmu. To, že išlo o nekrvácajúcu aneuryzmu podľa názoru súdu nevyplynulo ani z vyjadrení, správ I. B. či I. I.. Súd opäť konštatuje, že rozlišovanie, či išlo o aneuryzmu krvácajúcu alebo nekrvácajúcu by malo podstatný vplyv na jej riešenie, je však nutné pripomenúť, že lekári práve vzhľadom na výsledky zobrazovacích vyšetrení nepočítali so žiadnou aneuryzmou, jej ďalšie rozlišovanie preto ani neprichádzalo do úvahy.

50. Súd dospel k záveru, že kauzálny nexus, teda príčinná súvislosť medzi porušením právnej povinnosti žalovaného a škodlivým následkom, je daná, považuje však za potrebné vyjadriť sa k niektorým námietkam a vyhodnoteniam dôkazov uvádzaných žalovaným v priebehu konania a zhrnutým v záverečnej reči.

51. V konaní nebolo sporným, že D. B. si počas hospitalizácie vytrhal kanyly a boli mu podávané lieky používané na ukľudnenie (apaurin, tiapridal, diazepam), z jeho zdravotnej dokumentácie a ani z iných dôkazov však nevyplývajú žiadne závery o tom, z akých dôvodov k uvedenému došlo. Žalovaný na tieto okolnosti síce poukazoval, bližšie však neuviedol dopad uvedených skutkových okolností na posúdenie merita prejednávaného sporu. Uvedené môže poukazovať na nejaký neurologický problém, určite to však nie je v rozpore s inými zisteniami podstatnými pre posúdenie tohto sporu, a to, že v mozgu D. B. bola aneuryzma. Pokiaľ žalovaný na uvedené skutkové okolnosti poukazuje s cieľom naznačiť, že postup lekárov FN Nitra nebol správny, súd opakovane uvádza, že vzhľadom na späťvzatie žaloby voči FN Nitra ako pôvodnému žalovanému v 2. rade sa správnosťou jeho postupu ďalej nezaoberal. Uvedenej otázke sa nevenovali ani znalci znaleckého ústavu nepovažujúc bližšie posudzovanie uvedeného za potrebné. K vypracovaniu znaleckého posudku ani neprizvali lekárov z oblasti internej medicíny či farmácie. Ďalšie

dokazovanie k posúdeniu týchto skutkových okolností nepovažoval za potrebné ani súd. Pokiaľ by žalovaný uviedol konkrétne tvrdenia o súvislosti vytrhania kanýl či podávania liekov na ukľudnenie s jeho nesprávnym postupom, prípadne so škodlivým následkom v podobe smrti D. B., súd by sa uvedeným zaoberal. Žalovaný však takéto tvrdenia neuviedol.

52. V konaní nebol preukázaný non lege artis postup iného (ďalšieho) poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Za non lege artis postup súd nepovažoval nevykonanie lumbálnej punkcie, prepustenie D. B. z nemocnice dňa 3.9.2015 či iné úkony lekárov počas hospitalizácie D. B. na Klinike anestéziológie a intenzívnej medicíny FN Nitra. K nevykonaniu lumbálnej punkcie sa súd už vyjadril v odôvodnení tohto rozhodnutia vyššie. K prepusteniu D. B. dňa 3.9.2015 súd odkazuje na znalecký posudok ústavu, v ktorom bolo skonštatované, že pacientovi ťažkosti ustúpili, krvný tlak mu klesol na prijateľné hodnoty, prepustenie preto bolo možné. K totožnému záveru dospel aj MUDr. Svoboda v znaleckom posudku. Zo zdravotnej dokumentácie a lekárskych správ vyplynulo, že dňa 4.9.2015 bola D. B. realizovaná evakuácia subdurálneho hematómu s kraniotómiou s implantovaním ICP snímača. Nijaké pochybenia v súvislosti s touto operáciou preukázané neboli. Pokiaľ je žalovaný presvedčený, že došlo k nesprávnosti postupu iného subjektu, mal o uvedenom predložiť dôkaz. Aby takéto pochybenie malo pre prejednávaný spor nejaký význam, muselo by naviac preukázať príčinnú súvislosť so smrťou D. B. dňa 7.9.2015. Podľa názoru súdu žalovaný poukazovaním na možný non lege artis postup zo strany iných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti odkláňa pozornosť od svojho vlastného pochybenia.

53. Žalovaný v rámci svojej obrany poukazoval na zlú životosprávu D. B., ktorý fajčil, dlhodobo ignoroval lekárske prehliadky a neliečil svoj vysoký krvný tlak a jeho nezodpovedný prístup k zdraviu dával do súvislosti s vznikom a následne aj ruptúrou aneuryzmy. Je všeobecne známe, že zdravá strava, dostatok spánku, pravidelný pohyb na čerstvom vzduchu, nefajčenie, nekonzumovanie alkoholu, prípadne striedme konzumovanie alkoholu, duševná vyrovnanosť a mnohé ďalšie, sú významné ovplyvniteľné faktory zdravia človeka vo všeobecnosti. Exaktný vplyv týchto faktorov na zdravie človeka sa vymedziť nedá, pretože každý ľudský organizmus je individuálny. Uvedené podľa názoru súdu platí aj pre vznik, rast a ruptúru aneuryziem. Znalecký ústav za rizikové faktory pre formáciu aneuryzmy zaradil ženské pohlavie, fajčenie cigariet, artériovú hypertenziu, vek a rodinnú anamnézu. Zároveň uviedol, že dlhoročná neliečená artériová hypertenzia vo všeobecnosti patrí medzi rizikové faktory pre formáciu de novo intrakraniálnej aneuryzmy a patrí taktiež medzi najvýznamnejšie modifikovateľné rizikové faktory vzniku SAH. I. P. za najdôležitejší rizikový faktor pre vznik SAH a možno aj pre tvorbu aneuryziem označil hypertenziu. Fajčenie cigariet považuje za najdôležitejší ovplyvniteľný faktor pre vznik, rast a ruptúru aneuryziem. Nadmerné požívanie alkoholu a jeho veľkého množstva označil ako rizikový faktor pre ruptúru. Vzhľadom na zistenia ohľadom životosprávy D. B. je možné konštatovať, že aj on sám svojím prístupom k liečbe vysokého krvného tlaku a fajčením mohol prispieť k tomu, že sa v jeho mozgu aneuryzma vytvorila, prípadne praskla. S istotou však uvedené skutočnosti nie je možné ani potvrdiť ani vyvrátiť. Takéto tvrdenie nepreukazuje nijaký z predložených dôkazov.

54. V konaní nebolo sporným zistenie alkoholu v krvi D. B. v koncentrácii 0,054 g/l z odberu vzorky krvi zo dňa 3.9.2015. Vzhľadom k tomu, že znalecký ústav a ani iný z lekárov, ktorí sa vo veci vyjadrovali, túto minimálnu pozitívnu koncentráciu etanolu v krvnom sére nepovažovali za významný nález, ktorý by potvrdzoval a preukazoval stav opitosti D. B. v čase odberu krvi, súd sa týmto zistením ďalej nezaoberal. Skutočnosť, že by v danom prípade išlo o nejaký významný nález nevyplynula ani z iných dôkazov.

55. Žalovaný v konaní súdu namietal povrchnosť a množstvo nedostatkov znaleckého posudku vypracovaného znaleckým ústavom. Poukazoval na skutočnosť, že k vypracovaniu znaleckého posudku bol pribratý doc. MUDr. Branislav Kolarovszki PhD., ktorý sa už vo veci vyjadril ako konzultant Úradu. K tejto námietke sa vyjadril znalecký ústav v doplnení č. 1 k znaleckého posudku uvádzajúc, že v čase vypracovania znaleckého posudku nedisponovali informáciou o tom, že I. C. vypracoval pre Úrad akékoľvek stanovisko. Považujú za takmer isté, že I. C. si na uvedenú skutočnosť nespomenul. Znalecký ústav nemal zlý úmysel. Námietku žalovaného o vylúčení znalca MUDr. Kolarovszkeho súd s poukazom na ust. § 11 ods. 2 zákona č. 382/2004 Z. z. považoval za dôvodnú. Tento nedostatok bol však podľa názoru súdu odstránený vypracovaním dodatku č. 2 k znaleckému posudku, v ktorom boli sporné otázky z oblasti neurológie posúdené I. E. H., ktorú súd v konaní aj vypočul. Z jej vyjadrenia vyplynulo, že mala k dispozícii kompletnú zdravotnú dokumentáciu D. B. a zobrazovacie vyšetrenia a na základe toho si spravila na posudzovanú vec vlastný názor. So závermi znaleckého posudku, ktorý si pozrela ex post, sa plne stotožnila. K prizvaniu iných lekárov k vypracovaniu znaleckého posudku ústavom, a to I. I. C., I. E.

J., I. I. P. bolo objasnené, že ide o osoby s pracovno-právnym vzťahom k znaleckému ústavu, odborníkov vo svojich medicínskych oblastiach, plne spôsobilých na posúdenie odborných otázok týkajúcich sa tohto sporu. Námietku žalovaného, že tieto osoby nie sú znalcami, súd považoval na irelevantnú a zdôrazňuje, že subjekt forensic.sk Inštitút forenzných medicínskych expertíz s.r.o. je znaleckým ústavom v odbore Zdravotníctvo a farmácia, pod ktorý je možné zahrnúť všetky medicínske odvetvia.

56. Žalovaný namietal aj skutočnosť, že I. I. sa na pojednávaní vyjadroval k otázkam patriacim skôr do oblastí intervenčnej rádiológie, neurochirurgie alebo internej medicíny, mal preto za to, že sa k uvedenej problematike nevedel po odbornej stránke dostatočne vyjadriť. S touto námietkou súd tiež nesúhlasí. Podľa názoru súdu jednotlivé medicínske oblasti sa čiastočne prelínajú, nie je možné ich striktne oddeliť, I. I. je súdny lekár, zastrešoval vypracovanie znaleckého posudku a súd ho považuje za dostatočne odborne spôsobilého, aby sa k jednotlivým otázkam vyjadroval. Na pojednávaní, na ktorom súd vykonal výsluch tohto znalca, boli prítomní aj ďalší dvaja znalci (I. C. a I. J.), ktorí sa pri odpovediach na otázky navzájom dopĺňali.

57. Žalovaný v konaní namietal tiež rozpornosť záverov znaleckého ústavu vo vzťahu k vyhodnoteniu CT vyšetrenia D. B. zo dňa 20.8., keď znalecký ústav na jednej strane pripustil, že citlivosť CT plynutím času klesá, na 3. deň od vzniku ťažkostí dosahuje cca 70 % a zároveň znalecký ústav poukázal na to, že v závere vyšetrenia absentuje ďalší urgentný manažment pacienta, ktorý je odporúčaný aj pri normálnom CT náleze. Uvedenú vetu súd nevníma ako podstatný rozpor v znaleckom posudku, keď znalecký ústav sám nehodnotil postup nerealizovania kontrastného CT vyšetrenia ako vyslovene nesprávny.

58. V záverečnej reči žalovaný spochybňoval znalecký posudok aj rôznymi ďalšími tvrdeniami. Napríklad namietal, že I. H. na pojednávaní podrobne zodpovedala otázku ponechania, resp. vybratia kostného štepu mimo tela pacienta, čo v znaleckom posudku nebolo zodpovedané (nechápe prečo). Opakovane namietal nevyhodnotenie podávania liekov apaurin, diazepam a tiapridal D. B. a vytrhávanie kanýl. Žalovaný namietal vyjadrenia I. H. ohľadom vedenia záznamov v zdravotnej dokumentácii a postupu, ktorý uvádzala ohľadom nespolupracujúceho pacienta. Pokiaľ námietky žalovaného nemali bezprostredný dopad na posúdenie merita prejednávaného sporu, súd sa nimi ďalej nezaoberal.

59. Z vykonaného dokazovania nevyplynula iná príčina subarachnoidálneho krvácania ako práve prasknutá aneuryzma. Nebolo preukázané, že D. B. mal utrpieť poranenie hlavy, ktoré by toto krvácanie spôsobilo. Tomuto záveru nasvedčuje predovšetkým tá skutočnosť, že u D. B. neboli zistené žiadne zmeny na mäkkých tkanivách hlavy, na kožnom kryte, nebol zistený žiadny krvný výron, prasklina a ani nič iné, z čoho by bolo možné vyvodiť, že D. B. mal utrpieť traumu hlavy. I. I. síce pripustil vznik úrazového subdurálu aj bez poškodenia skeletu, uvedené zároveň vyhodnotil ako významne menej pravdepodobné bez korelátu v pomliaždení mäkkých tkanív hlavy. Úrazovému deju nenasvedčujú ani žiadne iné dôkazy.

60. Žalovaný v konaní namietal, že znalecký ústav neposudzoval celé obdobie hospitalizácie D. B., konkrétne neposudzoval obdobie 9 dní, a to od 26.8.2015 do 3.9.2015 a od 3.9.2015 do 7.9.2015. Podľa názoru súdu toto zistenie zo znaleckého posudku nevyplýva. Naopak, zo znaleckého posudku a jeho doplnení vyplýva, že znalci v znaleckom posudku popísali aj vyšetrenia, výsledky a úkony, ktoré boli realizované v namietanom období, napr. sonografické vyšetrenie brušnej dutiny dňa 28.8., očné vyšetrenie dňa 31.8., výsledky odberov krvi pokiaľ obsahovali nejaké podstatné zistenia, preloženie na štandardné lôžko 30.9., merania vnútrolebečného tlaku v dňoch 3.9., 4.9., 5.9., 6.9., 7.9. a pod. Z obsahu znaleckého posudku je zrejmé, že znalci sa zamerali na popísanie tých výsledkov a vyšetrení, ktoré mali podstatný význam pre posúdenie merita prejednávaného sporu. Pokiaľ znalci nepopísali v namietanom období iné konkrétne okolnosti, ktoré by mali mať pre tento spor podstatný význam (zrejme preto, že ich nezistili), uvedené im nie je možné vyčítať. Ak v namietanom období existovala skutočnosť, na ktorú bolo potrebné podľa žalovaného poukázať, žalovanému nič nebránilo tak urobiť.

61. V zmysle ust. § 17 ods. 5 zákona č. 382/2004 Z. z. znalec v časti „posudok“ uvedie postup, na základe ktorého sa dopracoval k odpovediam na otázky položené zadávateľom. Žalovaný namietal, že tento postup nie je v znaleckom posudku uvedený. Tiež namietal, že zo znaleckého posudku nedostatočne vyplýva opis skutočností, na ktoré znalecký ústav prihliadal. S týmito námietkami sa súd nestotožňuje. Z obsahu znaleckého posudku podľa názoru súdu vyplýva, že znalci vykonali revíziu zobrazovacej zdravotnej dokumentácie a zobrazovacích vyšetrení, jednotlivé listiny zároveň vysvetlili, uviedli potrebné teoretické medicínske poznámky, ako aj odborné vysvetlenia a komentáre k nálezom.

Hoci to tu nie je expressis verbis uvedené, je zo znaleckého posudku zrejmé, že práve týmto spôsobom sa znalci dopracovali k odpovediam na otázky zadané stranami sporu, uvedené zo znaleckého posudku vyplýva. Znalci pri odpovediach uvádzali aj podporné argumenty v podobe odkazov na literárne odborné medicínske zdroje problematiky. Znalecký ústav v znaleckom posudku a jeho doplneniach dostatočne odborne a fundovane zodpovedal na otázky žalobkyne a žalovaného a objasnil tak sporné okolnosti. Ani v jednom prípade súd nezistil nedostatočné zodpovedanie tých otázok, ktoré by mali mať podstatný vplyv na posúdenie merita prejednávaného sporu. Ako už súd uviedol vyššie, zo znaleckého posudku je zrejmé, že znalecký ústav sa podrobne nevenoval otázke podávania liekov apaurin, diazepam a tiapridal D. B. počas jeho hospitalizácie a ani posúdeniu tej skutočnosti, že D. B. si mal vytrhať kanyly. Zároveň nebolo sporné, že znalecký ústav nepribral odborníkov z oblasti farmácie a ani internej medicíny, čo MUDr. Moravanský vysvetlil tým, že k vypracovaniu znaleckého posudku prizvali odborníkov z oblastí, ktorých sa sporná problematika týkala. Uviedol, že tento prípad nie je o neurochirurgii, intervenčnej rádiológii, nie je o anesteziológii a internej medicíne, nezasahuje ani do oblasti intenzívnej starostlivosti a ára. Súd sa s týmto vysvetlením plne stotožňuje a má za to, že nie je potrebné na tomto mieste uvádzať, čo bolo príčinou smrti D. B. a čo je predmetom tohto konania. Pokiaľ bol žalovaný presvedčený, že je potrebné osloviť odborníka aj z inej oblasti medicíny okrem tých, ktorí sa v rámci tohto konania vyjadrili, resp. vypracovali znalecké posudky, nič mu nebránilo, aby tak urobil on sám. Takýto odborník sa mohol venovať aj otázkam, ktoré mali byť podľa žalovaného znaleckým ústavom zodpovedané nedostatočne. Znalcom v odbore zdravotníctvo, odvetvie interné je aj doc. MUDr. Petr Svoboda, CSc., ktorého znalecký posudok súd pri posudzovaní tohto sporu zohľadňoval. Súd prihliadal aj na vyjadrenie intervenčného rádiológa MUDr. Mateja Vozára, ktorého v konaní aj vypočul. Z obsahu znaleckého posudku Ústavu a jeho doplnení je ďalej zrejmé, že znalci odkazovali na literatúru do roku 2015. I. C. na pojednávaní vysvetlil, že raz zadefinovali literatúru z roku 2017, túto použili len ako zdôvodnenie, čo je podľa názoru súd v poriadku. Znalecký ústav v posudku odkázal aj na článok Etminan N, Brown RD Jr, Beseoglu K et al. The unruptured intracanial aneurysm treatment score:a multidisiplinary consensus. Neurology 2015:85(10):881-9, ktorý vyšiel až v VIII/2015. Tento článok pojednával o UIATS skóre, ktoré zahŕňa a kvantifikuje kľúčové faktory pre klinické rozhodnutie v manažmente nerupturovanej intrakraniálnej aneuryzmy. Vzhľadom na správny dotaz žalovaného, že stav bolo nutné posudzovať podľa znalostí, ktoré boli v spornom období k dispozícii, súd na znalecký posudok v tejto namietanej časti neprihliadal. Nešlo však podľa názoru súdu o časť posudku, ktorá by významne ovplyvnila podstatné závery znaleckého posudku.

62. Súd dospel k záveru, že príčinná súvislosť medzi porušením právnej povinnosti žalovaného a škodlivým následkom je daná. K námietkam žalovaného o nepreukázaní príčinnej súvislosti súd poukazuje na nález Ústavného súdu Slovenskej republiky č. II. ÚS 716/2016 zo dňa 24.10.2017, z ktorého vyplýva, že „požiadavka jednoznačného preukázania príčinnej súvislosti bez možnosti pripustenia určitej rozumnej miery neistoty osobitne v sporoch, ktoré majú svoj pôvod vo vzťahoch lekár (zdravotnícke zariadenie) a pacient (klient), je v štandardnom type dôkazného sylogizmu neprimeraná, pretože narúša spravodlivú rovnováhu medzi dotknutými stranami tým, že nereflektuje objektívne limity súvisiace s následným poznávaním minulých javov, zvlášť príčinnej súvislosti, a proporcionálne nevyvažuje vzájomné asymetrické postavenie týchto subjektov, v ktorom má „navrch“ zdravotnícke zariadenie, keďže na žalobcu (poškodeného) ako slabšiu stranu v ich vzájomnom vzťahu kladie neúmerné nároky, čím mu v súdnom konaní fakticky znemožňuje dosiahnutie ich uspokojenia, v dôsledku čoho porušuje aj jeden z aspektov práva na spravodlivé súdne konanie, ktorým je rovnosť jeho strán.“

63. K ozrejmeniu preukázania príčinnej súvislosti medzi pochybením žalovaného a škodlivým následkom v podobe smrti D. B. súd odkazuje na vyjadrenie znalca MUDr. Moravanského na pojednávaní, ktorý situáciu veľmi správne vystihol, keď uviedol, že D. B. sa v dôsledku nesprávne vyhodnoteného výsledku vyšetrenia zo dňa 25.8. nedostal na rovnakú štartovaciu líniu ako iní pacienti s aneuryzmou, ktorým by aneuryzmu vyšetrenie potvrdilo. MUDr. Moravanský dodal, že D. B. sa nedostal k tomu, aby vôbec jeho meno poznal intervenčný rádiológ, aby sa ho intervenčná rádiológia vôbec dotkla. Toto vyjadrenie I. I. potvrdzuje tú skutočnosť, že D. B. (hoc osoba zrejme trpiaca aj inými zdravotnými problémami a nedodržiavajúca správnu životosprávu) sa s príznakmi ochorenia, zdravotného problému objavila u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti majúc právo na to, aby jej bola zdravotná starostlivosť riadne poskytnutá. Toto právo však bolo porušené, pretože zdravotná starostlivosť D. B. riadne poskytnutá nebola. Súd dodáva, že si je vedomý aj toho, že je teoreticky možné, že k úmrtiu D. B. by prišlo aj v prípade popisu aneuryzmy v zobrazovacích vyšetreniach (napr. z dôvodu, že by sa ju nepodarilo

vyradiť z obehu, prípadne by v súvislosti s uvedeným nastala iná komplikácia či D. B. by zomrel v dôsledku celkom inej skutočnosti). Takéto uvažovanie však súd nepovažuje za správne, je len nadbytočným teoretizovaním a nemôže mať vplyv na zbavenie zodpovednosti žalovaného za porušenie svojej povinnosti ako zdravotníckeho zariadenia postupovať pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti správne. D. B. mal minimálne dostať šancu na to, aby sa jeho aneuryzma riešila, čo sa v dôsledku nesprávne vyhodnoteného výsledku vyšetrenia zo dňa 25.8.2015 nestalo.

64. Žalobkyňa v tomto konaní preukázala, že smrťou jej syna došlo k zásahu do jej osobnostných práv, a to do jej práva na rodinný a súkromný život a bola jej spôsobená citová ujma, čo je aspektom pre priznanie náhrady nemajetkovej ujmy v peniazoch, ktorej sa žalobkyňa v tomto konaní domáha. Žalobkyňa stratila jedno zo svojich dvoch detí, s ktorým mala blízky vzťah, žila s ním v spoločnej domácnosti, navzájom si pomáhali. Žalobkyňa nemá viac možnosť byť so svojim synom, požiadať ho pomoc, porozprávať sa s ním, tráviť s ním čas. Najvyšší súd Slovenskej republiky v rozsudku zo dňa 17.2.2011 sp. zn. 5Cdo/265/2009 uviedol, že „ak medzi fyzickými osobami existujú sociálne, morálne, citové a kultúrne vzťahy vytvorené v rámci ich súkromného a rodinného života, môže porušením práva na život jednej z nich dôjsť k nedovolenému zásahu do práva na súkromie druhej z týchto osôb. Takýmto protiprávnym zásahom tretej osoby do práva na súkromie, resp. práva na rodinný život môže byť ďalšiemu účastníkovi vzťahu spôsobená taká ujma, ktorá mu čiastočne alebo úplne bráni napĺňať jeho citové potreby, t. j. nemajetková ujma postihujúca inú ako majetkovú sféru, sféru osobnostnú, ku ktorej nepochybne patrí aj citová (emocionálna) sféra. Ak dôjde k smrti jedného z členov rodinného vzťahu, pozostalá osoba môže utrpieť citovú ujmu vo forme šoku, smútku zo straty blízkej osoby a takisto aj spoločenstva (vzťahu) s blízkou osobou“. Najvyšší súd Slovenskej republiky v tomto rozhodnutí ďalej konštatoval, že „zásah do emocionálnej sféry fyzickej osoby, spôsobený protiprávnym konaním tretej osoby, následkom ktorého je úmrtie blízkej osoby, zakladá právo domáhať sa ochrany osobnosti podľa ustanovení Občianskeho zákonníka o ochrane osobnosti.“ S poukazom na tieto skutočnosti súd konštatuje, že právny základ nároku na náhradu nemajetkovej ujmy, ktorá žalobkyni v jej osobnostnej sfére vznikla v dôsledku neoprávneného zásahu žalovaného, ktorý spôsobil smrť žalobkyni blízkej osoby, je daný.

65. Právny poriadok Slovenskej republiky nepozná resp. doteraz nešpecifikoval druhy, či stupne závažnosti ujmy a nepriradil k nim konkrétnu paušálnu sumu predstavujúcu náhradu nemajetkovej ujmy v peniazoch. Slovenské súdy vo svojich početných rozhodnutiach rozhodovali a aj rozhodujú množstvo sporov o náhradu nemajetkovej ujmy v peniazoch, každý spor pochopiteľne vychádza z iných skutkových okolností, iných pomerov na strane škodcu a poškodeného. Na rozhodnutia súdov v obdobných veciach poukázali v súdenej veci aj strany tohto sporu. Prax súdov v obdobných veciach je nasledovná: napr. rozhodnutie Okresného súdu Nitra sp. zn. 10C/88/2009 (Krajský súd v Nitre sp. zn. 9Co/330/2012) – nesprávna zdravotnícka starostlivosť pri anestézii s následkom bdelej kómy maloletého, rodičom priznaných po 90 000 eur, dvom mladším súrodencom po 10 000 eur; rozhodnutie Okresného súdu Trnava sp. zn. 19C/96/2012 (Krajský súd Trnava sp. zn. 10Co/909/2015) – nesprávna zdravotná starostlivosť rodičke po pôrode, manželovi priznaných 100 000 eur, deťom 35 000 eur a 15 000 eur; rozhodnutie Okresného súdu Topoľčany sp. zn. 4C/14/2009 (Krajský súd v Nitre sp. zn. 25Co/18/2013) – nesprávna zdravotná starostlivosť pri ošetrení bodného zranenia, matke mal. dieťaťa priznaných 20 000 eur; rozhodnutie Okresného súdu Galanta sp. zn. 5C/128/2009 – úmrtie novorodenca v dôsledku nesprávne vedeného pôrodu (nedostatočné monitorovanie), priznané ospravedlnenie a konštatovanie porušenia povinnosti žalovaného v rozsudku, rodičom priznaných 2 x 16 596 eur; Okresný súd Trnava sp. zn. 27C/196/2015 – nesprávne poskytnutá zdravotná starostlivosť pri pôrode s následkom smrti dieťaťa (omotania plodu pupočníkom), rodičom priznaných 2 x 8 000 eur; rozhodnutie Okresného súdu Komárno sp. zn. 8C/211/2011 – úmrtie počatého dieťaťa v dôsledku nesprávnej diagnostiky a neprijatia matky na hospitalizáciu, matke priznaná suma 13 000 eur; rozhodnutie Okresného súdu Prievidza sp. zn. 11C/126/2011 (Krajský súd Trenčín sp. zn. 17Co/674/2015) – nesprávne poskytnutá zdravotná starostlivosť 53 r. manželovi a otcovi pri rýchlom priebehu zápalu pľúc, i v prípade správnej liečby mohla nastať smrť, syn žil spolu v domácnosti, manželke priznaná suma 20 000 eur, 25-ročnému plnoletému synovi suma 7 000 eur, 29-ročnej plnoletej dcére suma 4 500 eur a mnohé ďalšie.

66. Výšku peňažnej náhrady nemajetkovej ujmy určuje súd voľnou úvahou, pretože zákon nestanovuje ani len rámcové čiastky pre odškodnenie nemajetkovej ujmy. V zmysle ustanovenia § 13 ods. 3 Občianskeho zákonníka musí súd prihliadnuť na dve kritériá, a to závažnosť vzniknutej nemajetkovej ujmy a okolnosti, za akých došlo k neoprávnenému zásahu. Pokiaľ ide o závažnosť vzniknutej ujmy, je potrebné uviesť, že zásah do súkromného a rodinného života žalobkyne sa objektívne vyčísliť nedá.

Absolútne nejde o cenu života, ktorého hodnotu nie je možné stanoviť. Priznaná suma nemôže žiadnym spôsobom stratu blízkej osoby odčiniť, je len prostriedkom k zmierneniu nezahojiteľných následkov a v neposlednom rade je prejavom úcty k ľudskému životu. Z objektívneho hľadiska nemôže byť úplnou náhradou. Zároveň nemôže slúžiť ako nástroj na obohatenie sa ani ako nástroj na ekonomickú likvidáciu žalovaného. Náhrada nemajetkovej ujmy má byť primeraná okolnostiam prípadu a slúži iba na zmiernenie ujmy, ktorú žalobkyňa ako príbuzná zosnulého utrpela. S ohľadom na uvedené východiská považoval súd za dôvodné priznať žalobkyni náhradu nemajetkovej ujmy v peniazoch vo výške 10 000 eur. Zohľadnil pritom skutočnosť, že syn žalobkyne bol jedným z jej dvoch detí, zdravotná starostlivosť mu nebola poskytnutá riadne vo veku 33 rokov (osobu vo veku 33 rokov súd na rozdiel od žalovaného nepovažuje za „staršiu osobu“). Vzhľadom na jeho vek bolo možné očakávať ešte pomerne dlhé trvanie jeho života. Syn žalobkyne aj v tomto veku tvoril spoločnú domácnosť so svojimi rodičmi. Žalobkyňa s ním bola v dennodennom kontakte, syn jej pomáhal. Hoci príčinná súvislosť medzi životosprávou D. B. a vznikom a prasknutím aneuryzmy nebola preukázaná, nie je možné pri určovaní výšky náhrady nemajetkovej ujmy opomenúť zohľadniť prístup samotného poškodeného D. B. k jeho zdraviu. V konaní neboli žalobkyňou vyvrátené tvrdenia žalovaného o tom, že D. B. bola diagnostikovaná hypertenzia, avšak neliečil ju, lekára pravidelne nenavštevoval a fajčil. Aj takáto osoba mala nepochybne právo na riadne a správne poskytnutie zdravotnej starostlivosti. Nie je však možné, a to s poukazom na všeobecne známy ale aj znalcami uvádzaný možný dopad ovplyvniteľných faktorov na zdravie človeka, vznik a aj následnú ruptúru aneuryziem, na tieto ovplyvniteľné faktory u D. B. neprihliadať. Za celkom neopodstatnený však súd považuje argument žalovaného, ktorý vyslovil pochybnosť o vzniknutej ujme na strane žalobkyne z dôvodu, že žalobu podala takmer po troch rokoch od smrti jej syna. Pre oslabenie, prípadne zánik práva žalobkyne na náhradu nemajetkovej ujmy len preto, že žalobu podala neskôr, tu chýba právny základ. Za celkom scestné súd považuje posudzovanie ujmy na strane žalobkyne ako ujmy „z dôvodu úmrtí v rodine“, teda nielen úmrtie syna žalobkyne ale aj jej manžela, ktorý zomrel v priebehu konania. Žalobkyňa svoju ujmu preukázala už v podanej žalobe, vo výsluchu na pojednávaní, ktoré sa uskutočnilo ešte za života jej manžela. Žalobkyni za posledné 3 roky zomreli obe osoby, s ktorými žila v spoločnej domácnosti, čo je pre ňu zaiste veľká strata. Podľa názoru súdu však nie je správny prístup, aký naznačil žalovaný, že žalobkyňa teraz pociťuje ujmu z dôvodu straty dvoch osôb. Na strane žalovaného súd prihliadol na to, že nešlo o úmyselné konanie, tiež prihliadol na povahu služieb poskytovaných zo strany žalovaného, ako aj na vyjadrenie znalcov na pojednávaní o tom, že je veľmi ľahké aneuryzmu o veľkosti 4 mm prehliadnuť (hoci by sa to stať nemalo).

67. Vzhľadom na uvedené súd dospel k záveru, že priznanie nemajetkovej ujmy v sume 10 000 eur je primerané a vo zvyšnej časti súd žalobu ako nedôvodnú zamietol.

68. Záverom súd uvádza, že znalecký ústav nepožiadal o vypracovanie dodatku č. 3 k znaleckému posudku, v ktorom by sa znalci vyjadrovali k otázkam, ktoré žalovaný považoval za doposiaľ nedostatočne objasnené. Súd tiež nepovažoval za potrebné, aby sa znalci ústavu vyjadrovali k výsluchu MUDr. Mateja Vozára, tak ako to žalovaný navrhol. Z výsluchu MUDr. Mateja Vozára na pojednávaní oproti jeho predchádzajúcemu písomnému vyjadreniu nič zásadné a nové nevyplynulo. Súd nepovažoval za potrebné ani vykonať výsluch I. A. O., všeobecnej lekárky D. B.. Skutočnosť, že D. B. nechodil pravidelne na lekárske prehliadky a neboli mu pravidelne predpisované lieky na zníženie krvného tlaku totiž v konaní sporná nebola.

69. Súd tiež dôrazne odmieta  tvrdenia žalovaného o nedostatočnom čase poskytnutom mu zo strany súdu na oboznámenie sa s vyjadrením znaleckého ústavu k výsluchu MUDr. Bořutu. Toto vyjadrenie bolo žalovanému doručené dňa 10.1.2024. Do termínu pojednávania dňa 22.1.2024 mal žalovaný podľa názoru súd dostatok času, aby sa s ním oboznámil. Súd poukazuje na skutočnosť, že toto konanie sa vedie už viac ako 5 rokov a nie je možné ho aj takýmto spôsobom predlžovať.

70. Podľa § 255 ods. 1 CSP súd prizná strane náhradu trov konania podľa pomeru jej úspechu vo veci.

71. Podľa § 262 ods. 1 CSP o nároku na náhradu trov konania rozhodne aj bez návrhu súd v rozhodnutí, ktorým sa konanie končí.

72. Zásadu úspechu vo veci (§ 255 CSP) treba uplatniť aj na konania, v ktorých výška plnenia závisí od úvahy súdu alebo od znaleckého posudku. V týchto prípadoch však nejde o procesne neúspešného žalobcu, ak mu bola priznaná aspoň časť žalobou uplatneného nároku, nemožno ho totiž ad absurdum

zaťažiť procesnou zodpovednosťou za predvídanie výsledku na základe úvahy súdu alebo znaleckej činnosti. Pri rozhodovaní o náhrade trov konania je potrebné rozlíšiť čo je základné a čo sprevádzajúce. Za základné sa považuje rozhodnutie, že do práva žalobkyne bolo zasiahnuté, výška ujmy je potom druhotná a nadväzujúca. Žalobkyňu v predmetnej veci preto bolo nevyhnutné považovať za plne procesne úspešnú, keďže mala plný úspech čo do základu uplatneného nároku a súčasne výška plnenia vyplývajúca z tohto jej procesného úspechu, závisela výlučne od úvahy súdu. Na základe uvedeného súd priznal žalobkyni voči žalovanému nárok na náhradu trov konania v celom rozsahu (100 %).

73. Vzhľadom k tomu, že v konaní vznikli v spojení so znaleckým dokazovaním trovy, ktoré neboli v celom rozsahu pokryté z preddavkov zložených stranami sporu, a preto boli uhradené z rozpočtových prostriedkov súdu, súd žalovaného ako procesne neúspešnú stranu tohto sporu zaviazal na ich náhradu.

74. O výške náhrady trov konania rozhodne súd prvej inštancie po právoplatnosti rozsudku, a to samostatným uznesením, ktoré vydá súdny úradník (§ 262 ods. 2 CSP).

**Poučenie:**

Proti tomuto rozsudku je prípustné odvolanie v lehote 15 dní odo dňa jeho doručenia prostredníctvom Okresného súdu Nitra na Krajský súd v Nitre. (§362 ods. 1 CSP)

V odvolaní sa uvedie, ktorému súdu je určené, kto ho robí, ktorej veci sa týka, čo sa ním sleduje, podpis a spisová značka tohto konania. (§ 127 ods. 1 a ods. 2 CSP) V odvolaní sa popri všeobecných náležitostiach podania uvedie, proti ktorému rozhodnutiu smeruje, v akom rozsahu sa napáda, z akých dôvodov sa rozhodnutie považuje za nesprávne (odvolacie dôvody) a čoho sa odvolateľ domáha (odvolací návrh). ( § 363 CSP)

Rozsah, v akom sa rozhodnutie napáda, môže odvolateľ rozšíriť len do uplynutia lehoty na podanie odvolania. (§ 364 CSP)

Odvolanie možno odôvodniť len tým, že a) neboli splnené procesné podmienky, b) súd nesprávnym procesným postupom znemožnil strane, aby uskutočňovala jej patriace procesné práva v takej miere, že došlo k porušeniu práva na spravodlivý proces, c) rozhodoval vylúčený sudca alebo nesprávne obsadený súd, d) konanie má inú vadu, ktorá mohla mať za následok nesprávne rozhodnutie vo veci, e) súd prvej inštancie nevykonal navrhnuté dôkazy, potrebné na zistenie rozhodujúcich skutočností, f) súd prvej inštancie dospel na základe vykonaných dôkazov k nesprávnym skutkovým zisteniam, g) zistený skutkový stav neobstojí, pretože sú prípustné ďalšie prostriedky procesnej obrany alebo ďalšie prostriedky procesného útoku, ktoré neboli uplatnené, alebo h) rozhodnutie súdu prvej inštancie vychádza z nesprávneho právneho posúdenia veci. (§ 365 ods. 1 CSP)
Odvolanie proti rozhodnutiu vo veci samej možno odôvodniť aj tým, že právoplatné uznesenie súdu prvej inštancie, ktoré predchádzalo rozhodnutiu vo veci samej, má vadu uvedenú v odseku 1, ak táto vada mala vplyv na rozhodnutie vo veci samej.(§ 365 ods. 2 CSP)

Odvolacie dôvody a dôkazy na ich preukázanie možno meniť a dopĺňať len do uplynutia lehoty na podanie odvolania. (§ 365 ods. 3 CSP)

Ak povinný dobrovoľne nesplní, čo mu ukladá vykonateľné rozhodnutie, oprávnený môže podať návrh na vykonanie exekúcie podľa zákona č. 233/1995 Z.z. o exekútoroch a exekučnej činnosti v platnom znení.