



**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ
„ПРОФ. Д-Р ПАРАСКЕВ СТОЯНОВ”-ВАРНА
ФАКУЛТЕТ ПО МЕДИЦИНА
КАТЕДРА ПО ОБЩА И КЛИНИЧНА ПАТОЛОГИЯ,
СЪДЕБНА МЕДИЦИНА И ДЕОНТОЛОГИЯ**

д-р Диана Гочева Господинова

**РОЛЯТА НА МЕДИЦИНСКАТА ПОМОЩ ПРИ ОПРЕДЕЛЯНЕ НА
МЕДИКО-БИОЛОГИЧНАТА КВАЛИФИКАЦИЯ
НА ТЕЛЕСНИ ПОВРЕДИ**

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

**на дисертационен труд
за присъждане на образователна и научна степен „доктор”
Професионално направление: 7.1. Медицина
Научна специалност: 03.01.59 „Съдебна медицина”**

Научен ръководител:
доц. д-р Вилиам Доков, д.м.
Варна, 2023 год.

Дисертационният труд съдържа 189 страници, включително 5 приложения и е онагледен с 30 таблици, 30 фигури и 3 фотоснимки. Номерът на включените в автореферата фигури и таблици не съвпадат с тези в дисертационния труд.

Библиографията включва 190 литературни източника, от които 94 на кирилица и 96 на латиница.

Научните прояви, свързани с работата са три публикации.

Дисертационният труд е обсъден и предложен за защита на катедрен съвет на Катедра Обща и клинична патология съдебна медицина и деонтология при МУ „Проф. д-р П. Стоянов“- Варна на 16.02.2023г.

Защитата ще се състои на 19.05.2023г от 11.00 часа в зала № 1 на Съдебна медицина, Морфологичен блок, на открито заседание на научното жури.

Материалите по защитата са разположени в библиотеката на Медицински университет-Варна. Автореферат на дисертацията е публикувана на интернет страницата на Университета

Съдържание

I.	ВЪВЕДЕНИЕ	5
II.	ЦЕЛ, ЗАДАЧИ, ХИПОТЕЗИ.....	7
1.	Цел	7
2.	Задачи	7
3.	Научни хипотези	7
III.	МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ	9
1.	Материал	9
2.	Методи.....	9
2.1.	Критерии за подбор на документи за анализ.....	9
2.2.	Скала за оценка на лекарската помощ при телесни повреди.....	9
2.3.	Статистически методи	12
IV.	РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ	13
1.	Подбор на документи.....	13
1.1.	Експертизи по писмени данни с поставени задачи за квалификация на телесна повреда..	13
1.2.	СМЕ спрямо фазата на производството – досъдебно или съдебно	14
1.3.	Обстоятелства на инцидента	15
1.4.	Степен телесна повреда	17
1.5.	Степен на отразяване на лекарската помощ в съдебномедицинските експертизи	21
1.6.	Цитирани медицински документи в експертизите	25
2.	Квалификация по предложена скала -ДМД и ЛМД.....	29
2.1.	Квалифициране на диагностичната дейност	30
2.2.	Квалифициране на лечебната дейност ЛМД	42
2.3.	Съпоставка на степен ТП спрямо получената обща точкова оценка.....	51
V.	ИЗВОДИ.....	60
VI.	ПРИНОСИ.....	62
VII.	ПУБЛИКАЦИИ И УЧАСТИЯ СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД.....	63
IX.	ПРИЛОЖЕНИЯ(към дисертационния труд)	63

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

ГД - Гражданско дело

ГП - Граждански процес

ЗЗ - Закон за здравето

ЗЛЗ - Закон за лечебните заведения

ДМД - диагностична медицинска дейност

ДП - Досъдебно производство

КП - Клинична пътека

ЛМД - Лечебна медицинска дейност

ЛТП - Лека телесна повреда

МКБ - Международна квалификация на болестите

МКФУЗ - Международна квалификация на функционирането и уврежданията на здравето

НК - Наказателен кодекс

НП - Наказателно производство

НПК - Наказателно процесуален кодекс

НОХД - Наказателно дело от общ характер

НЧХД - Наказателно дело от частен характер

ОПЛ - Общопрактикуващ лекар

ТД - Търговско дело

НЗОК - Национална здравноосигурителна каса

НРД - Национален рамков договор

ПТП - Пътно транспортно произшествие

СЗО - Световна здравна организация

СМЕ - Съдебномедицинска експертиза

СТП - Средна телесна повреда

ТП - Телесна повреда

ТТП - Тежка телесна повреда

TSS - Trauma scoring systems

I. ВЪВЕДЕНИЕ

Бързото развитие на медицината в диагностичен и в лечебен план все повече налага необходимостта от преценка ролята на оказаната лекарска помощ в случаите с виновно причинени увреждания на здравето - телесни повреди.

Поради голямото разнообразие от възможните травмиращи фактори, телесните повреди се явяват едни от най-честите причини, засягащи здравето на хората по данни на Световната здравна организация (СЗО) Според Националния статистически институт (НСИ) през последните пет години в нашата страна броят на пациентите, хоспитализирани по повод травми и въздействия от външни фактори, възлиза годишно на около 2000 на 100 000 души.

При всеки един пациент с телесна повреда се оказва определена по вид, количество и качество медицинска помощ, чието значение в съдебномедицинската експертиза по презумпция следва да бъде игнорирано. Това произлиза от наложилото се в практиката неясно дефинирано нормативно становище, според което, за да се определи тежестта на дадена травма, тя трябва да се разглежда към момента на нейното причиняване.

Дадените по този начин насоки водят до изключително противоречиви мнения за отделни казуси и не рядко се стига до правни изводи, снижаващи степента на телесна повреда, поради приложената възможност на медицинската намеса да отстрани последиците от увреждането, без да се има предвид в какво в същност се изразява и каква е обществената стойност на тази помощ.

Сравнителният анализ на действащата нормативна уредба по отношение медицинската квалификация на телесните увреждания в страните от Европейския съюз (ЕС), сочи че в Европа няма единен подход при преценката им, което предполага съобразяване с правила, свързани с конкретната национална организация на процеса.

Нормативната уредба в нашата страна също е специфична по отношение този вид престъпления против личността, но също така и без каквато и да е промяна в раздела за телесни повреди в Наказателния кодекс (НК).

Противоречието между развитието на медицината и нормативната уредба в раздела телесни повреди несъмнено се пренася и в специализираната съдебномедицинска практика и литература.

Наложили се като водещи експерти в България последователно дават различни, често взаимно изключващи се, указания за квалификация на отделните видове травми.

Липсата на основни опорни точки логично води след себе си до не винаги обективно медицински подкрепена преценка, обуславяща от своя страна неоправдани разминавания в

съдебната практика и сериозни последици за обществото. Стига се дори до парадокси, когато при възникнали във връзка с травмата усложнения се търси професионална отговорност на медицинските специалисти, оказвали помощ в хода на лечебния процес.

Очерталият се проблем разкрива необходимост от промяна в подхода при медико-биологичната квалификация на телесните повреди и изграждане на медицински обосновани, обективни критерии за квалифициране тежестта на травмите. Възможност за маркиране на подобни критерии би могла да се потърси именно в оказаната лекарска помощ и то без дори да се влиза в поредната колизия със съществуващата нормативна уредба.

В настоящото проучване се представя опит за синтезиране на показателя „оказана медицинска помощ“ при пациенти с причинена телесна повреда с цел да се представи пред правните органи от една страна степента на благоприятно повлияване на виновно увреденото здраве и от друга - вложения обществен, в частност, здраве охранителен ресурс за това.

II. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ, ХИПОТЕЗИ

1. Цел

Да се оцени ролята на лекарската помощ при определяне на медико-биологичната квалификация на телесните повреди и да се предложат критерии и алгоритъм за отразяването ѝ в съдебномедицинската експертиза.

2. Задачи

➤ Да се установи обема и начина на отразяване на оказаната медицинска помощ при квалификация на телесни повреди в съдебномедицинските експертизи по писмени данни за периода 2016-2020 год.

➤ Да се сравни тежестта на травмите и медико-биологичната им квалификация като телесна повреда с обема оказана диагностична и лечебна медицинска помощ.

➤ Да се установи съществува ли разминаване при медико-биологична квалификация на телесните повреди, отчитайки или не медицинската помощ в диагностичен и/или лечебен план и в каква степен е това разминаване.

➤ Да се изведат предимствата и недостатъците при оценяването тежестта на травмите чрез приложение на различни скали за тежест на травмите (trauma scoring systems).

➤ Да се предложат критерии, насочващи към лека, средна или тежка телесна повреда при медико-биологичните квалификации въз основа на най-често отразяваните диагностични и/или лечебни дейности при различни видове травми.

➤ Да се предложи алгоритъм за отразяване на медицинската помощ в СМЕ при квалификация на телесни повреди.

3. Научни хипотези

➤ Налице е значимо противоречие при съдебно-медицинската интерпретация на телесните повреди по отношение на отчитането на лекарската помощ.

➤ Съществува възможност в съдебномедицинската практика, на база анализ на диагностичната и лечебната дейност след причинена телесна повреда, да се изведат критерии, служещи за оценка тежестта на травмата.

➤ Оценката на лекарската помощ в съдебномедицинската експертиза позволява увреждания, застрашаващи живота или такива предполагащи инвалидизиране, да не бъдат оценявани с по-ниска степен телесна повреда, поради факта, че по медицински път са възстановени функции или анатомична цялост.

➤ Отразяването на основните диагностични и лечебни мероприятия при всеки

един случай с телесна повреда могат да послужат за ориентир за медико-биологичния квалификационен признак.

➤ Показателите за осъществена лекарската помощ, оказана при телесните повреди е възможно да подпомогнат пряко правната преценка на наказанията и обезщетенията, съответно по наказателни и граждански дела.

III. МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

1. Материал

Експертизи по писмени данни за период 01.01.2015-31.12.2020г. (Таблица 1)

- Клиниката по съдебна медицина УМБАЛ „ Света Марина“ ЕАД Варна;
- Отделение по съдебна медицина към МБАЛ гр. в Шумен;
- Отделение по съдебна медицина към МБАЛ гр. Добрич;
- Експертизи от други съдебни райони, станали обект на допълнителна СМЕ

в Клиниката.

Разгледаните експертизи представляват част от архива на посочените съдебномедицински звена и вече са били използвани като материал в съответното разследване или съдебно решение.

година район	2016	2017	2018	2019	2020	общо
ВАРНА	218	225	217	240	228	1128
ДОБРИЧ	236	201	206	187	182	1012
ШУМЕН	255	181	155	158	219	968
ДРУГИ	32	30	35	37	38	172
общо	741	637	613	622	667	3280

Таблица 1 Разгледани СМЕ по писмени данни по години и съдебни райони.

2. Методи

Основният метод използван в проучването е документален анализ осъществен по следния план:

2.1. Критерии за подбор на документи за анализ

- експертизи по писмени с поставени задачи за квалификация на ТП;
- етап на назначаване спрямо фазата на производството – ДП или СП;
- обстоятелства на инцидента;
- квалификационен признак;
- степен на отразяване на лекарската помощ в тях;
- цитирани медицински документи.

2.2. Скала за оценка на лекарската помощ при телесни повреди

Вторият етап на проучването е върху селектираните групи и е по предложена авторска скала с конкретни показатели, определящи лекарската помощ, приложена при пациенти

с нанесена телесна повреда и е разделена в две части - диагностична и лечебна. Скалата е разработена целенасочено за конкретното проучване, а изборът на показателите е продиктуван от специфичните особености на съдебномедицинската експертиза при интерпретация на медицинската помощ. За всеки един раздел от скалата са обособени по пет отделни критерия, определящи се в четири степени от 0 до 3. Максималният скор резултат е 15 за всеки един от двата раздела и съответно 30 при обобщения вариант.

Диагностичната скала обобщава значими за СМЕ показатели, отнасящи се до първоначалните медицински мероприятия, предприети непосредствено след травмата или обикновено в първите едно-две денонощия след нея. За улеснение и бързо получаване на цифров резултат критериите са представени в таблица (Таблица 2).

Диагностичната част/ Диагностична Медицинска Дейност -ДМД

показатели	оценка	точки	степени
Клиничен преглед <i>КП</i>		0	липсва
		1	единичен, първоначален
		2	допълнителен или консултативен
		3	повече от два консултативни
Скали оценяващи травмата <i>Trauma scoring systems</i> <i>TSS</i>		0	липсва
		1	една скала
		2	две отделни
		3	повече от две
Параклинични изследвания <i>ПИ</i>		0	липсват
		1	основен пакет/единично
		2	разширени, целенасочени, контролни
		3	повече от два пъти и два вида
Образни изследвания <i>ОИ</i>		0	липсват
		1	един вид или на една област
		2	два вида или на две области
		3	повече от два вида или на две области
Апаратни изследвания <i>АИ</i>		0	липсват
		1	единично изследване
		2	две различни или контролно
		3	повече от две различни или контролни
Крайна оценка		15	= максимална стойност

Таблица 2 Скала за отчитане на диагностичната медицинска дейност в СМЕ.

Включените в скалата определители и уточненията с цел увеличаване възможността за бърза ориентация и лесна оценка са дадени в разширената част на настоящата работа. Мястото в

таблицата, отредено за поставяне на избраната цифра, е в средната част за лесно отразяване и сравнение между отделните критерии.

Втората част от предложената скала включва също пет отделни критерия, насочени към оказването на лечение на пострадалите от телесни повреди (*Таблица 3*).

Лечебна част /Лечебна Медицинска Дейност -ЛМД

<i>показатели</i>	<i>оценка</i>	<i>точки</i>	<i>степенни</i>
<i>Активна реанимация АР</i>		0	липсва
		1	подпомогнатата жизн. дейност (до24 ч)
		2	продължително поддържане на ЖП
		3	поддържане в състояние на моз. смърт
<i>Болнично лечение БЛ</i>		0	липса
		1	до 3 дни
		2	до 10 дни
		3	повече от 10 дни или две отделения
<i>Оперативна интервенция ОИ</i>		0	липсва
		1	възстановена цялост без доп. мат.(ПХО)
		2	възстановяване чрез синтезни и др. мат.
		3	отстраняване/заместване на о-ни и т-ни
<i>Медикаментозна терапия МТ</i>		0	липсва
		1	две групи
		2	повече от две групи
		3	множество групи медикаменти
<i>Рехабилитация и физиотерапия РФ</i>		0	липсва
		1	единично терапевтичен курс
		2	два различни
		3	повече от два различни или повторен
<i>Оценка</i>		15	= максимална стойност

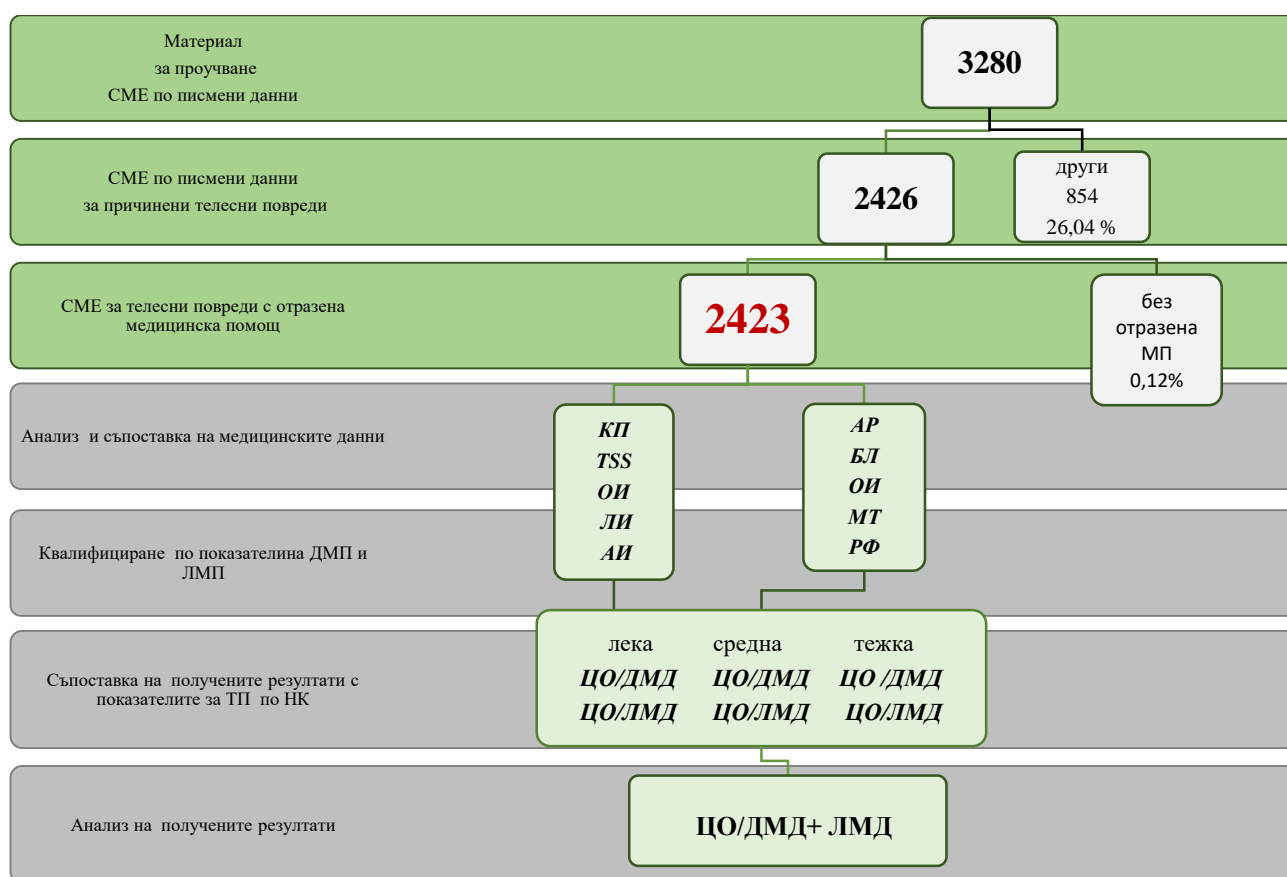
Таблица 3 Скала за отчитане на лечебната медицинска дейност в СМЕ.

Изборът и групираното на критериите позволява скор резултатът от двете части да се анализират самостоятелно или в комбинация. Обръщаме внимание на това, че наличната информация се съдържа в медицинската документация и основание за използване на скалата в цялост или в отделните ѝ части изисква даване на оценка на всеки един от нейните дескриптори.

2.3. Статистически методи

Приложени са комплекс от статистически методи за анализ и интерпретация на получените данни, с оглед разкриване същността на наблюдаваните явления и взаимозависимостите им. За графичния анализи са използвани MS Excel. Статистическите анализи е използван статистическият пакет IBM SPSS for Windows, ver . 23.

Проучването се проведе по предварително изградена двуетапна схема, включваща подбор на материала по заложените критерии, отделната и обща оценка и съответните съпоставки по медико-биологичните показатели за телесна повреда (Фигура 1).



Фигура 1 Схема за провеждане на проучването.

IV. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Като противоположно и виновно причинено увреждане на здравето телесната повреда бива подлагана на медицински и правен анализ, ръководещ се от определен процесуален ред, съдържащ задължителни мероприятия и реквизити. Докато разглеждането на обществено опасното деяние телесна повреда от юридическа страна е нормативно регламентирано, медицинската му част е лишена от единни критерии за оценка и интерпретация.

С настоящото проучване бе направен опит за извеждане на значимите елементи от медицинската помощ, отразена във вече използвани в процеса съдебномедицински експертизи и съпоставката ѝ с медико-биологичните квалификационни признаци за ТП.

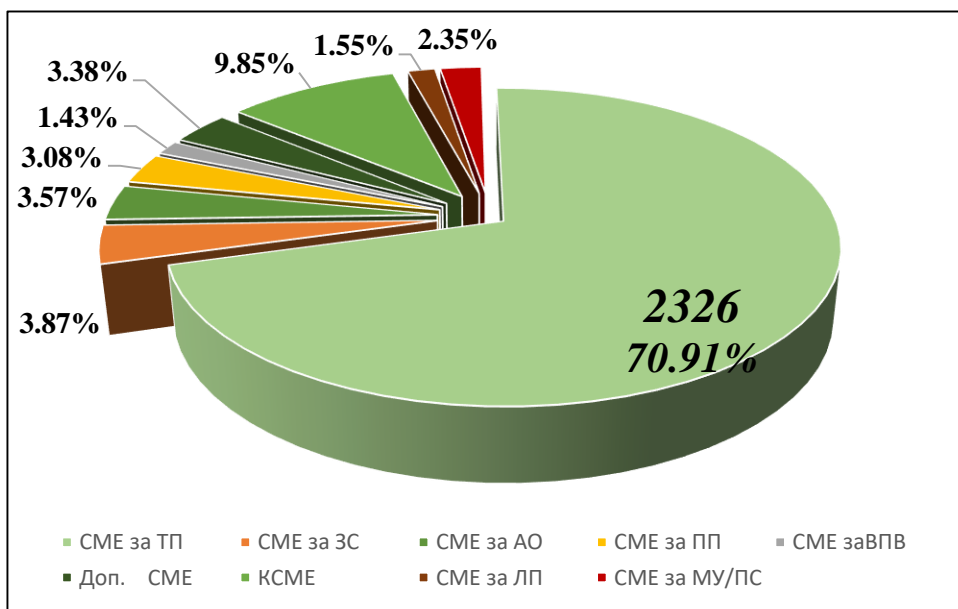
Проучването на събрания материал премина през двата последователни етапа на предложената схема, така че резултатите от първия предопределиха окончателния обем на документите за анализ. През отделните фази на работата се отчитаха резултатите по избраните критерии, цифровата оценка от показателите на предложената скала и съответните съпоставки.

1. Подбор на документи

Изборът на документите за анализ се проведе по шестте избрани признака.

1.1. Експертизи по писмени данни с поставени задачи за квалификация на телесна повреда.

В процеса на работа, съблюдавайки критерия, се диференцираха **2426** съдебномедицински експертизи, или 73,96% от предоставените за анализ **3280**. (Фигура 2)



Фигура 2 СМЕ за ТП спрямо другите по писмени данни

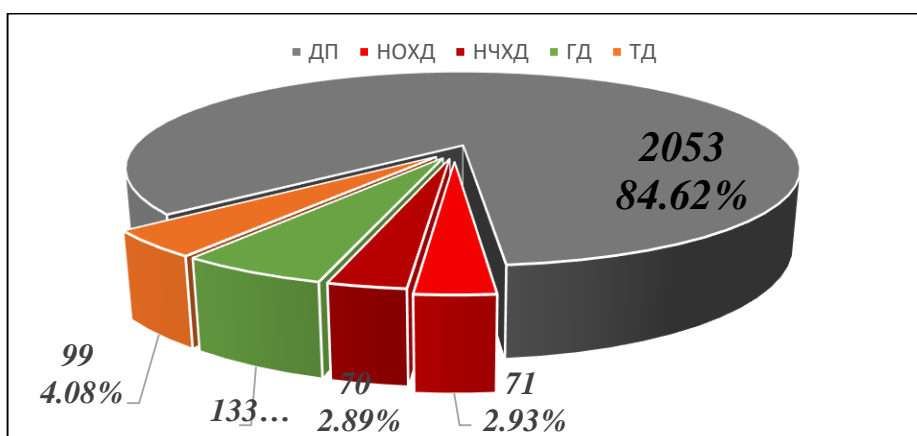
Останалата част от експертизите, в които не се съдържат въпроси за причинена телесна повреда, или 26,04% от всички разгледани, се отнасят до: определяне на здравословно

състояние (3,87%); степен на алкохолно опиване (3,57%); повлияване от психотропни вещества (1,55%); полови престъпления (3,08%); допълнителни експертизи (3,38%); комплексни експертизи (9,85%); за изясняване на механизъм и причинно-следствена връзка (2,35%); експертизи за лекарски правонарушения (1,55%).

За значителното преобладаване на разглеждания вид експертизи, или за определянето им като такива, заемащи първо място от всички видове СМЕ по писмени данни, се откриват сведения в публикации на ограничен брой автори, без да са конкретизирани числени и статистически показатели през годините какъв е делът на тези касаещи причинени телесни повреди и най-общо същият е определен като повече от 50%. Проследявайки статистиката от представените ежегодни доклади на Прокуратурата на РБ и данните от НСИ в разглеждания от нас период делът на телесните повреди като престъпления срещу личността варира между 47,0% и 42,9%. Липсата на официална статистика за видовете експертизи в национален мащаб може да се тълкува в различни насоки и то по-скоро като не добър показател, но във всички случаи резултатът от това е, че експертната дейност, и в частност медицинската такава, остава неоценена.

1.2. СМЕ спрямо фазата на производството – досъдебно или съдебно

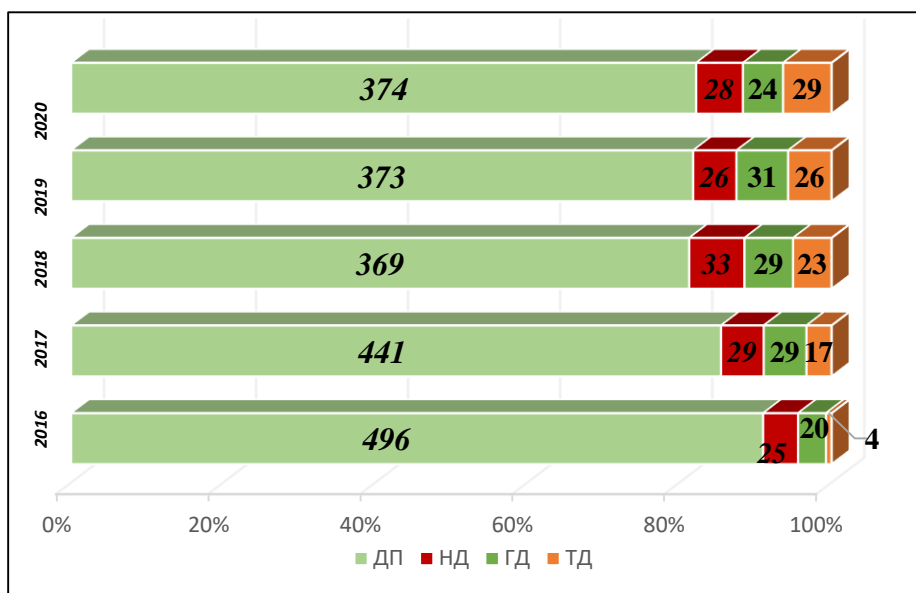
Следвайки схемата на подбор на документи 2426-те експертизи за телесни повреди се разделиха спрямо фазата на разследването в общо съотношение досъдебно към съдебно производство 84,63%:15,47% (Фигура 3).



Фигура 3 Разпределение на СМЕ по производства

Поради посочената при анализа на материала по предходния критерий причина не би могло да се направи пряко сравнение между получените от нас резултати и публикации на други автори. Според показателите, изнесени от Прокуратурата в 97 % от случаите се стартира с досъдебно производство. Това кореспондира с установения от нас процент експертизи, назначени

в първата съдебна фаза (85%) дотолкова, колкото да се потвърди относително големия дял на експертната дейност в тази фаза на производството. Получените от нас резултати ни дават основание да сме категорични в това отношение единствено за групата на търговските и наказателните от общ характер дела, при 100% от които в медицинската документация е споменато за изготвена експертиза в досъдебното производство. През петгодишното им проследяване се установява леки колебания в броя на СМЕ със завишаване на дела на тези, назначавани от Съда, но това не би могло да се приеме като тенденция или да обособи зависимост. (Фигура 4)



Фигура 4 Съотношение между СМЕ по производства и години

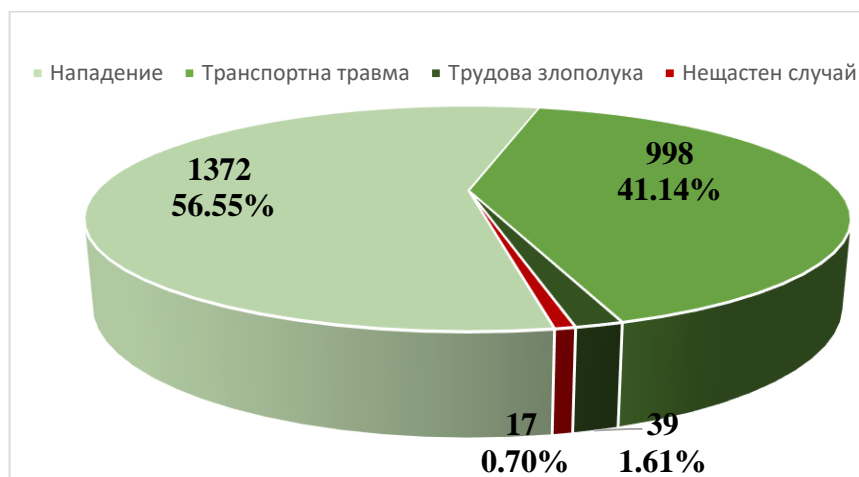
В хода на проучването значително нарастване в процентно отношение се наблюдава за експертизите, назначени по търговски дела, броят на които е завишен седем пъти между първата и последната година от разглеждания петгодишен период (Фигура 4).

1.3. Обстоятелства на инцидента

Според обстоятелствата на процесния инцидент с причиняване на телесна повреда, разделението на материала е в четири групи: телесни повреди след **транспортни произшествия**; телесни повреди с умишлено посегателство върху телесната неприкосновеност - **побой**, вкл. в условията на домашно насилие, по хулигански подбуди, грабеж самоуправство и в условията на други комбинирани правонарушения; телесни повреди при **трудова злополука**; телесни повреди като **нещастни случаи** при наранявания от недобре или неправилно стопанисвани обществени терени и сгради, увреждания от бездомни животни и др. (Фигура 5)

Получените резултатите за случаи с причинени телесни повреди, разделени в гореописаните групи, могат само частично да се съпоставят с публикувани данни, тъй като не

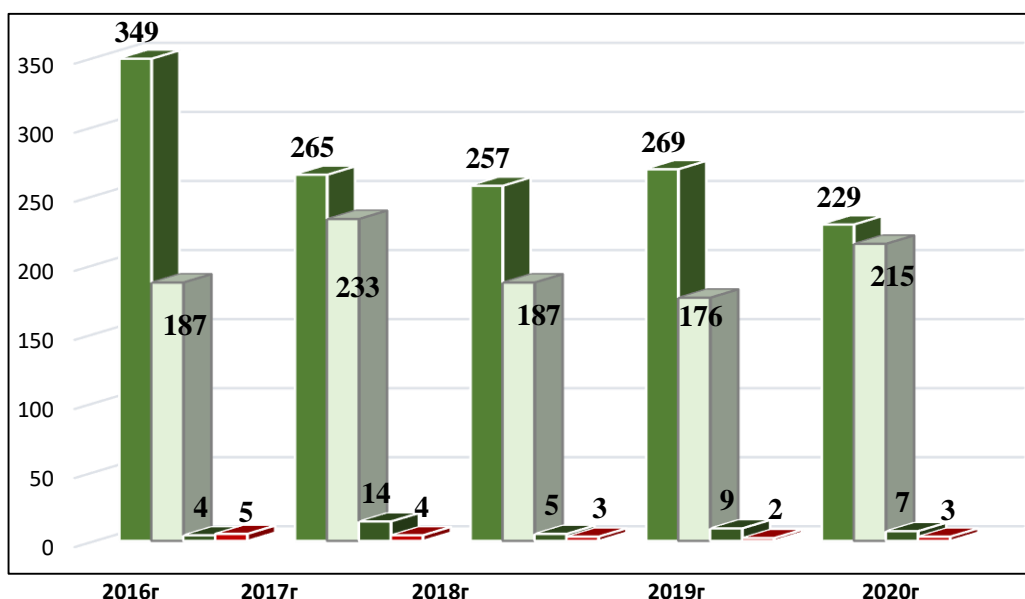
съществуват съобщения за подобен вид разпределение, а наличната национална статистика разполага само с отделни категории от избраните. Представеното разпределение при нас, сравнено с публикация от 2017 година, показва по-висок процент на експертизите за телесна повреда след пътно-транспортни произшествия. При нашето проучване този дял възлиза на 41% от всички експертизи за телесни повреди, докато в споменатото съобщение са 27%. При проучването ни се установява вариация на показателя спрямо останалите от 34% до 41%, като най високата стойност е отчетена през последната 2020г.



Фигура 5 Разпределение на СМЕ за ТП по инциденти

Съгласно информация от НСИ и МВР, през 2020г. се наблюдава спад на пътните произшествия с 15%, а от там и на тези които подлежат на експертна. За 2020г от преждеспоменатите източници е отчетеното намаляване броят на произшествията, а при нашето проучване се наблюдава увеличение на броя назначени експертизи с пострадали при този тип произшествия. Подобно несъответствие се наблюдава и в началото на разглеждания от нас период.

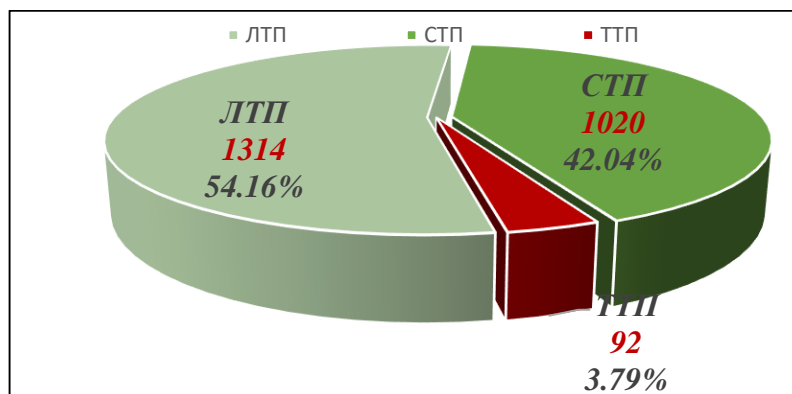
През 2016г според националната статистика е най-висок броят на пострадалите при транспортна травма, а при нашия анализ по-големият брой експертизи за пострадали след ПТП са назначени през следващата 2017г. Видна е и разликата в съотношенията между двете големи групи инциденти през 2016г към почти доближаваният се брой случаи през 2020 година на назначени експертизи след транспортни произшествия и другите видове нападения. Това е в подкрепа на твърдението ни, че разтегливите срокове за производството се отразяват на това към кой момент от травмата ще се даде медицинската преценка за степента на телесна повреда. Тук следва да отчетем и една група казуси, при които е настъпил неблагоприятен изход(смърт) до назначаване на експертизата по съответното производство, или те са квалифицирани юридически като „телесна повреда, довела до смърт“. Тази група е анализирана и съпоставяна с други показатели при следващия етап на проучването. (Фигура 6)



Фигура 6 СМЕ в зависимост инцидента на причиняване на ОП

1.4. Степен телесна повреда

Разпределението по групи бе направено съблюдавайки тристепенното деление на телесните повреди по НК и в зависимост посочения от експертите медико-биологичен квалификационен признак. Разпределението на случаите по степени показва следния резултат: (Фигура 7)



Фигура 7 СМЕ по степени телесна повреда (лека, средна, тежка)

Влизайки в по-детайлен анализ за съотношението между трите степени телесни повреди разграничихме категориите по години. Установихме някои колебания в съотношенията между трите нива телесна повреда през петте години на разглеждания период, не и до такава степен, че да бъде оформено коренно противоречие или трайна тенденция в една или друга посока. Въпреки това не можем да пренебрегнем големите колебания в групата на ТТП, която увеличава числеността двукратно през 2017г и 2020г спрямо най-ниската отчетена за периода

през 2016г – 2,39 %. Тълкованията на тази динамика са свързани с много условности, но няма как да не посочим освен законодателната и още една причина, свързана с трудно променящия се стереотип на медицинските експерти. В съдебномедицинската практика битува неписано правило, според което показател за тежка телесна повреда се приема изключително трудно, освен ако не се касае за конкретни споменатите в текстовете на НК. Въпреки че признаците за тежка телесна повреда се считат по-ясно дефинирани, все пак техните формулировки не са променени повече от 50 години, което отнесено към съвременното ниво на медицината предполага доста по-различна възможност за възстановяване дори след несъвместими с живота наранявания. Това изключително ясно се вижда в разнопосочните квалификации на резултатното престъпление телесна повреда, които дават медицинските експерти. В проучването публикувано през 2015г. за редица примери със засягане на вътрешни органи мнението на експертите се разделя почти 50:50 между показатели за средна и тежка телесна повреда, като се отчита незначително несъответствие по отношение изхода след медицинската намеса.

Разделените по степени телесни повреди се групираха и в зависимост квалификационния признак за ТП.

Показателите за тежка телесна повреда, 92 случая, са разпределени така както е показано на предстоящата таблица. (Таблица 4)

<i>година</i>						<i>общо</i>	<i>% от ТП</i>
<i>критерий</i>	<i>2016</i>	<i>2017</i>	<i>2018</i>	<i>2019</i>	<i>2020</i>	<i>общо</i>	<i>% от ТП</i>
<i>Продължително разстройство на съзнанието</i>	0	1	1	0	2	4	4,34
<i>Постоянна слепота/ глухота</i>	3	2	2	1	2	10	11,11
<i>Загуба на речта</i>	1	0	0	0	1	2	2,22
<i>Детеродна неспособност</i>	0	1	0	0	0	1	1,08
<i>Обезобразяване, със засягане на сетивен орган</i>	2	1	2	2	2	9	9,78
<i>Осакатяване</i>	1	3	3	2	3	12	13,04
<i>Загуба на бъбрек, слезка крило бял дроб</i>	2	2	4	2	4	14	15,21
<i>Постоянно общо опасно за живота</i>	4	9	11	6	10	40	43,47
<i>общо</i>	13	19	23	13	24	92	3,79
<i>% от ТП</i>							

Таблица 4 Случаи по квалификационни признаци за ТТП

Като най-често използван квалификационен признак за ТТП се отчете „постоянно общо разстройство на здравето опасно за живота“, следван от тези за загуба на бъбрек или слезка и осакатяване на крак или ръка. При три от случаите (3,26%) са посочени по два признака за

тежка телесна повреда, а почти при всеки втори (46,73%) има друг квалификационен признак от групите на средната и леката телесна повреда.

По аналогичен начин разделихме използваните в експертния материал квалификационни признаци на казусите със средна телесна повреда - 1020 случая. Годишното им разпределение и съотношенията по между им е посочен на следващата таблица. (Таблица 5)

<i>година</i> <i>критерий</i>	<i>2016</i>	<i>2017</i>	<i>2018</i>	<i>2019</i>	<i>2020</i>	<i>общо</i>	<i>% от СТП</i>
<i>Трайно затруднение на зрението и слуха</i>		1	1		1	3	0,29
<i>Затруднение на движенията на крайниците, тялото, врата</i>	154	192	147	121	104	718	70,39
<i>Трайно затруднение на функциите на половите органи</i>	0	0	0			0	0,00
<i>Счупване на челюст/избиване на зъби</i>	2	5	2	2	4	15	1,47
<i>Обезобразяване на лицето и други части от тялото</i>		1	1			2	0,20
<i>Постоянно разстройство на здравето, опасно за живота</i>		2	1			3	0,29
<i>Разстройство на здравето временно опасно за живота</i>	62	30	29	47	88	256	25,10
<i>Наранявания проникващи в телесни кухини</i>	3	5	5	6	4	23	2,25
<i>общо</i> <i>% от ТП</i>	221	236	186	176	201	1020	42,04

Таблица 5 Разпределение на случаите за СТП по критерии и години

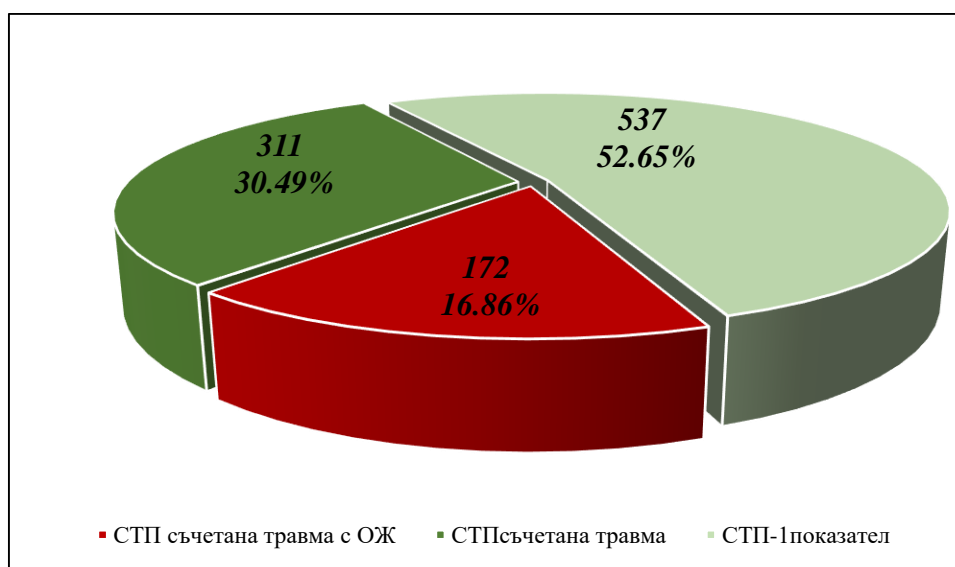
Видно от изложените данни критериите за средна телесна повреда, които най-често се използват за определяне на травмите от телесна повреда са в групата на трайно затруднените на двигателните функции, на крайниците или тялото.(70,39%) След тях са тези, определени с опасност за живота, възлизащи на ¼ от всички (25,10%) и следва по-голяма група са проникващите наранявания (2,25%). Всички останали критерии, с изключение на фрактурите на челюсти и травми на зъби, приравнени на избиване (1,47%), се срещат под 1%.

За да спазим условието за еднократно отчитане приехме определен ред за класиране на категориите, воден от опасността на живота. При наличие едновременно на медико-биологичните показатели опасност за живота и затруднени движения, случаят се квалифицира към тези с опасност за живота. Като “предимство“ пред затруднените движения сме поставили проникващите наранявания в телесните кухини.

При всички случаи на множество наранявания е по-удачно да се разясни степента на травмата, нуждата от специализирана медицинска помощ, обем на оперативните интервенции, прогностичния срок за затруднение и възстановяване, риска от усложнения и др., отколкото да се изброяват и добавят множество квалификационни признаци.

За да не бъде пренебрегната тежестта на травмата, тъй като множеството квалификации показват именно това, представените чрез няколко признака за СТП случаи сме ги групирали също в отделни групи. (Фигура 9)

Разпределението по този начин показва, че по-големият процент (67,34%) от случаите, квалифицирани с опасност за живота са придружени и с друга травма със степен СТП, което от една страна свидетелства за критичното състояние на пациента, но от друга следва да предполага от какво лечение този пациент се нуждае за да използва 50-те % възможност за възстановяване без лекарска намеса, каквото е тълкованието на състоянията, определени с тази степен на ТП.



Фигура 8 Разпределение на случаите в зависимост броя присъдени показатели

При 43,31% от раздела „трайно затрудняване „ се касае за две и повече засегнати функции, или по друг начин казано - за срок по-голям от месец пострадалият не може да използва два от крайниците или има фрактура на крайник и множество ребра, прешлени и пр.

Ограничената възможност за сравняване на резултатите от нашето проучване с други подобни ни отведе отново до статистическите данни публикувани за осъдителните присъди по членовете за телесни повреди. В трите съдебни района на североизточния регион през изследваните години се отчитат средно по 155 (775) осъдени за телесни повреди, което съпоставено с нашите резултати от случаите със средна и тежка телесна повреда (1002) не показва голямо разминаване при посочената от прокуратурата степен на разкриваемост за този вид престъпление- 70-72%. От страна на съдебномедицинската експертна дейност не могат да се посочат обобщени насрещни резултати, поради това, че тя нормативно не подлежи на отчет и контрол, а също така няма и собствена организационна структура като медицинска специалност.

Случаите квалифицирани с признаци за ЛТП- 1314 (54,16%) се разпределиха по критерии както следва. (Таблица 6)

година	2016	2017	2018	2019	2020	общо	% от ЛТП
критерий							
Временно разстройство на здравето не опасно за живота	235	215	173	202	190	1015	77,25
Болка и страдание	76	46	70	65	42	299	22,75
общо	311	261	243	267	232	1314	54,16
% от ТП							

Таблица 6 Разпределение на случаите за ЛТП по критерии

Приложените до тук методи за подбор на документите доказаха спазване на основни изисквания по отношение информацията, която следва да се съдържа в една експертизата. При анализа ѝ обаче се установява, че това е информацията, предоставена или изискана чрез конкретни въпроси от органите назначаващи експертизата, т.е. спазена е юридическата страна на експертния процес. В следващите фази правим опит да представим медицинската страна на експертизата.

1.5. Степен на отразяване на лекарската помощ в съдебномедицинските експертизи

Разделянето на експертизите по този критерий се свежда до това дали в общата им протоколна част има отразени под някакъв вариант медицински сведения като цитирани или преразказани конкретни медицински документи. Резултатът бе красноречив - от 2426-те документа единствено в 3 (0,12 %) експертизи по писмени данни не установихме търсените данни. В тези случаи е посочен признак за телесна повреда, поради вероятно наложила се на по-късен етап експертиза, в която са използвани единствено писмените сведения на очевидците на инцидента. За трите казуса е посочен медико-биологичният показател „болка и страдание“.

Незначителният брой на установените от нас случаи, при които не е регистрирана/оказана медицинска помощ е категоричното доказателство за това до каква степен при всеки един пострадал след телесна повреда е била налична и осъществена такава помощ.

Така бе определен окончателният брой на съдебномедицинските експертизи, които станаха обект на проучването в следващия етап на работа. Това са 1423 отделни документа, всеки от тях описващ състоянието на отделен пациент с причинена телесна повреда, и в общата част, на които има отразено поне едно медицинско мероприятие - клиничен преглед, някакъв вид изследване, хирургична обработка и др., или комплекс от такива дейности в хода на хоспитализация.

За представянето в най-обобщен вид на необходимата ни част от информацията за оказаната лекарска помощ използвахме вече предварително избраните критерии, описани като определите в предложената двукомпонентна скала, без да използваме квалифициращата цифрова оценка за клиничните прегледи, за които вече разполагаме с информация, че са извършени при 100% от пациентите. Резултатите за медицинската дейност като вид и обем са извлечени единствено от отразената в експертния материал информация за всеки от казусите, поради което те са показател за степента на значимост за квалификацията на телесната повреда. (Таблица 7).

ТП / % години	ЛТП	%	СТП	%	ТТП	%	общо
2016	311	57,06	221	40,55	13	311	545
2017	261	50,58	236	45,74	19	261	516
2018	241	53,31	186	40,97	23	243	452
2019	267	58,55	176	38,60	14	267	456
2020	231	51,10	201	44,18	24	232	454
общо	1311	54,16	1020	42,04	92	3,79	2423

Таблица 7 СМЕ за проучване след прилагане критериите на подбора

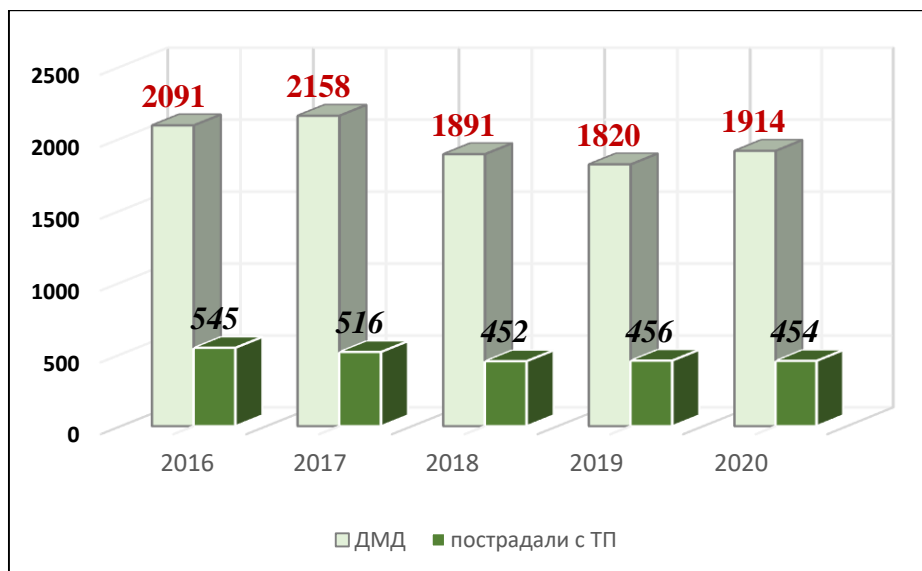
Въпреки подбраните от нас критерии, за които се счита, че са от значение при определяне на показателя за ТП, установихме, че за част от тях не се установяват данни дали са провеждани. Това важи както за диагностичната, така и за лечебната медицинска дейност.

Броят на отразените дейности по десетте критерия от диагностиката и лечението, за които категорично е отразено, че са осъществявани спрямо всички 2423 пострадали е показан на таблицата (Таблица 8).

критерий години	КП	ПИ	ОИ	АИ	TSS	AP	БЛ	ОИ	МЛ	РФ	общо МД	Пациенти с ТП	средно на пациент
2016	545	290	462	443	351	20	286	338	423	82	3240	545	5,9
2017	516	340	442	462	398	9	295	322	444	67	3295	516	6,4
2018	452	337	375	391	336	15	257	254	393	94	2904	452	6,4
2019	456	324	361	365	314	10	229	265	353	92	2769	456	6,1
2020	454	376	338	402	344	20	220	204	354	132	2844	454	6,3
общо	2423	1667	1978	2063	1743	74	1287	1383	1967	467	15052	2423	6,2

Таблица 8 Отразени медицински мероприятия

Сумарно минималният брой на отделните видове медицински мероприятия, които са проведени за петгодишния период е 15052 броя. Видно е, че те са малко над шест пъти (6,21) повече спрямо броя на пациентите с ТП, потърсили медицинска помощ за същия период. В случая обръщаме внимание че МД е представена само като вид, без да е включен броят на отделните мероприятия. Друга особеност, която ще бъде разисквана по-широко при следващата фаза от проучването е, че голям брой от дейностите са съсредоточени при около половината от общия брой пациенти, поради различната им потребност от лекарска помощ спрямо тежестта на травмата, която са получили. Сравнението по показателите за диагностичната част изглежда по следния начин: за клиничните прегледи (КП) вече уточнихме че при всеки пациент има поне един проведен преглед или в 100%; параклинични изследвани (ПИ) са отразени при 1667 случая, т.е. при 2/3 от пациентите (68,79%); травмената оценка чрез скали (TSS) е използвана при 2063 случая (84,14%); апаратните изследвания (АИ) са 1743, или в 71,93% от случаите; образни изследвания (ОИ) са проведени при 1978 пациенти (81,63%); общият брой на диагностичните дейности е 9874, или средно по 4 на пациент с незначителни вариации през петте години - от 3,9 до 4,2. (Фигура9)

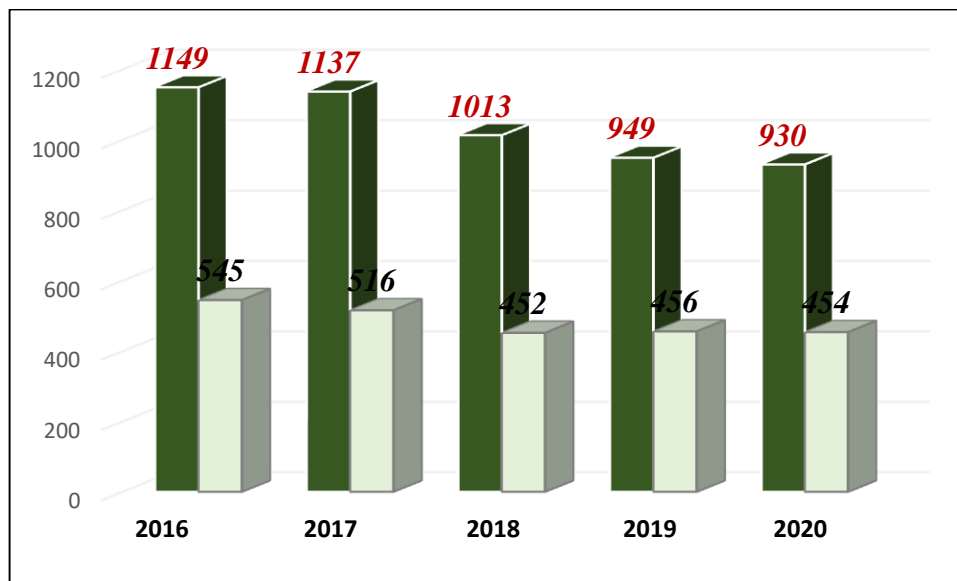


Фигура 9 Съотношение между ДМД и пациентите с ТП

Лечебните мероприятия, представени в същия ред са в следните съотношения: активна реанимация (АР) е проведена спрямо 74 пациенти (3,05%); болнично лечение (БЛ) се е наложило при 1287, или в 53,11% от случаите; оперативните интервенции (ОИ) в амбулаторни и стационарни условия са 1373, (56,66%); отразеното медикаментозното лечение(МЛ) е за 81,80 % (1967) от всички случаи; рехабилитационни и физиотерапевтични (РФ) процедури са отчетени 467 пъти или за 19,27 % от пострадалите. В сумиран вариант тази дейност се определя чрез 5178

броя, или по поне по 2 на пациент, с още по-стеснена граница на вариациите през годините 2,0 до 2,2. (Фигура 10):

Сравнителният анализ между двете групи дейности на пръв поглед определя по-голямо участие на диагностиката от страна на медицинската намеса като цяло. Предвид необходимостта при квалификацията на ТП да бъде изяснена степента на анатомична и функционална увреда е напълно разбираемо да се обръща по-голямо внимание на диагностичната дейност.



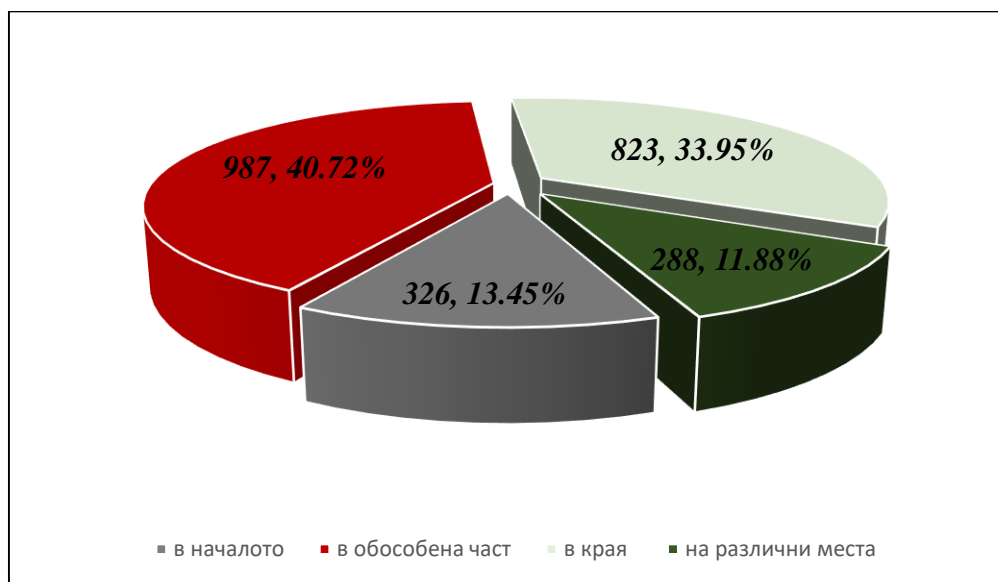
Фигура 10 Съотношение между ЛМД и броя на пациентите с ТП

В никакъв случай обаче не следва да се оставя на заден план лечебната част, тъй като тя пък е свързана в по-голяма степен с тежестта на увредата и нейната продължителност. При пострадалите от телесни повреди може да възникне необходимост за прилагане на почти целия диапазон от дейности, отнасящи се към здравеопазването, както и да се оказва във всички видове лечебни заведения, определени нормативно като такива. Регламентът от страна на НЗОК изисква всяка дейност да бъде отчитана и съответно калкулирана, което предполага подробното ѝ описание в медицинската документация. Това увеличава възможностите на експертизата да се сдобие с пълен обем информация относно всички диагностично-лечебни мероприятия осъществени спрямо пострадалите. Представянето на тази информация по определен ред при разглеждането на казусите с ТП е в изключителна полза за обективизацията относно степента и тежестта на самото увреждане, както и ориентир за усложнения, прогноза за възстановяване и продължителност на нарушената работоспособност. Веднъж приложени и описани като материали медицинските документи стават част от тези доказателствата и могат да бъдат използвани с цел изясняване на обстоятелствата при процеса.

Следващият момент при определяне степента на отразяването на лекарската помощ е начинът, под който тя реално се представя в експертизите.

1.6. Цитирани медицински документи в експертизите

При медицинските експертизи по документи, едновременно със събраните оперативни данни и свидетелски показания, обект на проучване е предоставената медицинска документация, от изчерпателността, на която зависи какъв обем ще бъде разгледан и съответно интерпретиран в заключителната част на експертизата. Изборът за това колко от предоставената информация ще бъде включена като част от експертизата си остава за лекаря, на когото е назначена, без да съществува нормативно заложен регламент за това. На практика конкретните медицински данни, които се цитират в протоколната част са свързани със същността на поставените въпроси и експертът определя тези, които ще са му необходими за обосновка на избора от него квалификационен признак за телесна повреда. В процеса на анализа на документите, отчитайки до каква степен се отразява медицинската документация в експертизите, установихме, че няма отклонение от общоприетата структура на СМЕ и 100% от цитираните данни относно диагностиката и лечението се намират на различни места в частта: „Данни от значение за експертизата“.



Фигура 11 Място на цитираната медицинска документация в СМЕ

В 40,72% (987) е обособена отделна част в раздела, като именуването е по различен начин, избран от експерта: „медицински данни“, „разгледани медицински документи“; „медицинска част“. В останалите експертизи медицинските документи са включени като поредно изброено доказателство в началото (13,45%) или в края (33,95%) на представените писмени

материали или без определен ред (11,87%), може би следвайки този от мястото им на подвързване в делото. (Фигура 11)

Заклучението е, че в съдебномедицинската експертиза няма еднозначно виждане относно обособеното място, начин и ред, по който да се представя събраната и приложена по производството медицинска информация. Спазена е формата, наложена нормативно от Наредбата, без да е включен чисто медицински регламент, поне за практическо улеснение. Резултатите от това във всички случаи са недостатък за експертизата, позволявайки откриването на противоречия, различни тълкования и коментари или стават предпоставка за назначаване на допълнителни и повторни експертизи. В крайна сметка негативното отражение е върху медицинската експертиза като цяло.

Опитът да бъдат диференцирани медицинските документи с конкретните си наименования не даде очакваните резултати, защото множеството диагностични и лечебни мероприятия се срещнаха описани на различни места, без да е ясно от какъв точно документ са извлечени като информация. За изследваните 2423 документа отразихме от какъв вид са цитираните медицински документи, разделяйки ги по етапите на осъществената медицинска помощ. При това разделение не се включиха 65 (2,68%) случая, при които като първична медицинска помощ е отразено единствено съдебномедицинско освидетелстване. За останалите 2358 случая цитираните документи се класираха по посочените два етапа.

При спешната помощ се спираме на ограничен брой документи, по-голямата част, от които са оформени като бланки. (Таблица 9)

<i>година</i> <i>медицински документ</i>	2016	2017	2018	2019	2020	общо	<i>% от всички с цитирани документи от първична помощ</i>
<i>Фии за оказана СМП</i>	192	181	152	146	134	805	34,13%
<i>Лист за преглед на пациент в СО/ДКБ</i>	357	321	306	281	284	1549	65,69%
<i>Допълнителен лист за преглед В СО/КДБ</i>	183	162	149	137	158	789	33,46%
<i>Бланки лабораторни изследвания</i>	40	32	27	19	24	142	6,02%
<i>Резултати образни изследвания</i>	197	180	161	169	163	870	59,41%
<i>Рецептурни бланки</i>	21	17	14	9	10	71	3,0%
<i>общо</i>	969	876	795	752	763	4155	

Таблица 9 Брой отразени документи от етапа на оказаната Спешна помощ

Резултатът от изследването ни показва, че в изследваните експертни мнения тези документи са включени в различна степен от 3 % за резултатите от лабораторни изследвания до 66% за лист за преглед в СО. Проследяването на отразената в последствие медицинска помощ (болнична и извънболнична, условно приет от нас като последваща медицинска помощ, дава попълна информация за вида на цитираните в експертната медицински документи (Таблица 10).

година документи	2016	2017	2018	2019	2020	общо
<i>Амбулаторен лист</i>	142	150	147	149	139	727
<i>Лабораторни изследвания</i>	34	41	29	37	26	167
<i>Резултати от ОИ в ИБЛ</i>	87	72	56	59	62	336
<i>Рецептурни бланки</i>	17	11	19	15	20	82
<i>Направление за хоспитализация</i>	20	21	22	27	30	120
<i>Рехабилитационна карта/АЛ</i>	8	4	7	3	9	31
<i>История на заболяване</i>	112	104	99	87	90	492
<i>Оперативен протокол</i>	187	160	125	113	94	679
<i>Анестезиологичен лист</i>	3	4	1	1	1	10
<i>Трансфузионен лист</i>	1	2	2	1	2	8
<i>Епикриза</i>	279	292	254	230	208	1263
<i>ТЕЛК решения</i>	24	19	23	27	21	114
ОБЩО	914	880	784	749	702	4029

Таблица 10 Отразени документи от последващите етапи на диагностика и лечение

При анализа се установява, че цитираната информация от документите, издавани на етап спешна помощ е в много съкратен вариант. Всеки един ред от първичните медицински документи съдържа данни и конкретни показатели, които са изключително ценен ориентир за състоянието, за обема и спешността на първоначалните медицински действия, а от там и за тежестта на травмената увреда непосредствено след инцидента. Не рядко посочените бланки остават единствените медицински документи, приложени като писмени доказателства в цялата преписка. Включвайки данните от спешната или първоначалната медицинската дейност като

задължителен елемент в алгоритъма на отразяване на медицинската помощ в СМЕ ще допринесе за обективизиране на посочените състояния и от значение за обективното експертно заключение.

В обобщение: при случаи с данни за оказана спешна медицинска помощ на местопроизшествието задължението ни е да се запознаем със съдържанието на един документ, а в условията на СО документите са пет (Таблица 9). Положителна тенденция е отразяването на изключително пълна информация от Епикризата, издавана след болничното лечение. Задължителните двадесет и три реквизита, които следва всяка една епикриза налагат включването на почти пълното съдържание на основната документация, която се води по време на хоспитализацията "История на заболяване", придружени с всички извършени изследвания. За съдебномедицинската практика тези данни са от изключително голямо значение във връзка с определяне различните срокове, темпът и степента на възстановяване, поставени във въпросите пред експертната. За сравнение показваме каква е степента на отразяване на вида документи, които са отразявани в СМЕ, макар и в единични случаи.

Когато се касае за болнично лечение Епикризата е документът, който обобщава и почти изцяло замества останалите издавани документи през този етап. Няма друга част от документацията при хоспитализацията, на която да е отредено толкова значимо място, включително и обобщената документация от ИЗ, която се среща като отделен източник на информация в по-малко случаи.

Когато диагностиката и лечението преминава в извънболнични условия се натъкваме на недостатъчно информация от страна на представени видове документи. При тези условия основният издаван документ е „Амбулаторен лист“. Самостоятелно този документ би следвало да съдържа информация и за останалите проведени изследвания, за назначената терапия и издадените направления за други консултативни прегледи и високо специализирани дейности и процедури. Това е документацията, по която може да бъде проследено състоянието на всички случаи с телесна повреда, които не подлежат на хоспитализация. При анализа на документацията се отчетоха 727 случая, в които има отразена информация от този вид документи (амбулаторен лист), което го прави на информативния за експертната относно оказаната медицинска помощ в извънболнични условия. На второ място диагностиката на този етап е подпомогната от резултатите от образните изследвания, посочени като отделни документи в експертния материал от 336 случая. Всички останали възможни документи са използвани като доказателствен материал в малък процент от случаите, вероятно подкрепяйки или отхвърляйки определени травми увреди или състояния.

Анализът показва, че най- често цитирания вид документи са лист за преглед на пациент в спешно отделение, а най-големия обем информация е получена от епикризите.

Съдебномедицинските удостоверения, независимо дали са единствен или част от медицинските документи винаги са отразявани изцяло.

Групираните в общ вид до тук резултати от първия етап на проучването бяха определящи за последващото детайлизиране на медицинската информация, съдържаща се в разгледаните документи и дадоха възможност да се направи опит за тестване на избраната двукомпонентна скала.

Вторият етап изцяло е насочен към даване на точкова оценка за всяка една от избраните като определи по скалата медицински дейности и съпоставката им с някои от вече отчетените като цифрови резултати категории.

Насока за обмисляне и въвеждане на избраните критерии, които могат да оценят естеството на вложената диагностична и лечебна медицинска дейност за нуждите на СМЕ, беше вида и обема на включената като доказателство медицинска информация. Разделянето на дейността в диагностичен и лечебен план произхожда също от необходимостта на експертната от определени медицински документи и тяхната интерпретация. Принципът за подбор на определителите изхожда и от съдържанието на въпросите, които се поставят пред съдебномедицинската експертиза за телесни повреди. Следвайки предложената схема в процеса на извличане на информация се дава възможност за проследяване на всички възможни етапи и дейности при оказване на медицинска помощ, а отчитането им като осъществени е в полза на обосновката за конкретно избрания показател за ТП. Предложената система позволява оценяване на медицинската помощ в отделния казус, когато компонентите от единия раздел не са прилагани или не са включени като данни в съответното производство. Необходимо е уточнението, че системата е с изключително тясно специализирана насоченост и на нея не следва да се гледа като средство, определящо спазването на принципите, поставени в ЗЗ като равнопоставеност, своевременност достатъчност и качество, които са обект на друг вид анализ и интерпретация.

2. Квалификация по предложена скала -ДМД и ЛМД

При втория етап на проучването анализът е осъществен под формата на система (скала), представяща информация чрез числа. Предлаганата двукомпонентна скала е изцяло с практическа насоченост, като при нейното изготвяне сме взели предвид общите предимства, извеждани при всяка една подобна система, а именно лесна ориентация в показателите, бърза преценка и калкулация. Като специфична съдебномедицинска скала сме използвали тясно насочени към дисциплината определители, даващи възможност в най-опростен вариант количествен резултат. Медицинската дейност, отразена по всяка една експертиза бе квалифицирана в двете обособени групи диагностична и лечебна. За двете категории дейност се

потърси информация, така че да бъде посочен цифров индекс за всеки един от съответните две групи определители.

Тъй като извеждането на показателите е на база предварително проучване относно най-често срещаните се медицински сведения като доказателствен материал и най-често поставящите се пред експертизата въпроси във връзка с разследването на причинени телесни повреди, необходимата информация целенасочено се откри и отбеляза със съответната цифрова оценка от 0 до 3. Сумарната цифрова оценка по двата компонента на скалата и съответно сборния резултат от двете се получи чрез използваните електронни таблици (MS Excel).

Всеки един от избраните критерии е преценен в две направления. Първо дали е отразен или не като извършена дейност и второ със съответната определяща го цифра. Паралелно с това за всеки проучен документ бе отразено още степен телесна повреда с определящия показател, видът на инцидента и фазата и вида на производството. С цел проследяване на зависимости, извършване на съпоставки и очертаване на тенденции случаите бяха разпределени по години и само в отделни случаи по региони.

2.1. Квалифициране на диагностичната дейност

Скалата от диагностичната част (ДМД) съдържа пет признака - клиничен преглед, оценка чрез скала (TSS), параклинични изследвания, образни изследвания и апаратни изследвания.

Клиничен преглед (КП)

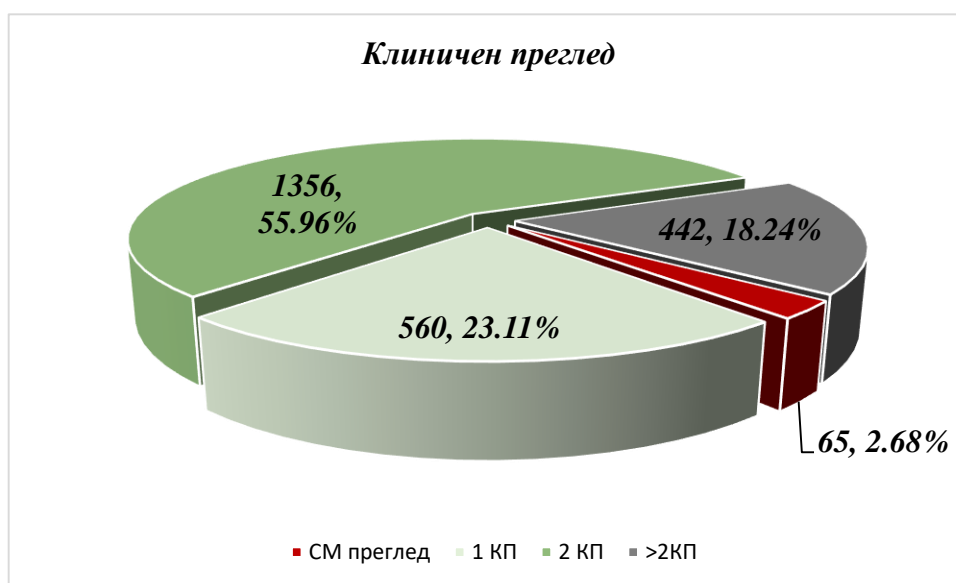
Резултатът от този преглед поставя първите стигми, служещи за обективизация при избора на медико-биологичния квалификационен признак. Това е причината и нашият избор да се спре на клиничния преглед като първи критерий от диагностичната дейност. Цифровият показател и процентното отношение на неговата стойност спрямо останалите е представен на таблицата по долу. (Таблица 11)

цифров показател %	р.0	%	р.1	%	р. 2	%	р.3	%	общо	%
година										
2016г.	14	2,56	120	22,02	320	58,72	91	16,70	545	100
2017г.	10	1,94	99	19,19	296	57,36	111	21,51	516	100
2018г.	7	1,55	119	26,33	240	53,09	86	19,03	452	100
2019г.	12	2,63	116	25,44	247	54,17	81	17,76	456	100
2020г.	22	4,84	106	23,35	253	55,73	73	16,08	454	100
общо	65	2,7	560	23,27	1356	55,81	442	18,22	2423	100

Таблица 11 Точкова оценка за клиничен преглед по степен и години

Резултатите от таблицата са красноречиви за участието на този вид медицинска дейност като доказателствен цитат в протоколната част на експертизата, а от там и съответния извод за значението на прегледа при квалификацията на телесната повреда. В нито един от разгледаните случаи не е пропуснато отразяването на осъществен преглед, дори когато се касае единствено за съдебномедицинско освидетелстване. Това са оценените с р.0 случаи, 65 на брой (2,70%), при които експертната оценка е дадена без да има отразен друг преглед освен този от съдебен лекар. В незначителен процент 0,16 %, или при четири случая няма отбелязано при какви условия е извършен първоначалният преглед, като по косвените показатели предполагат прегледи, извършени на местопроизшествието от екип на ЦСМП.

При 2423-те пострадали в следствие на телесна повреда пациенти са извършени минимум 4598 клинични прегледа, без да се смятат съдебномедицинските (65). Според избраното от нас точкуване не може да се посочи конкретен максимален брой прегледи, заради неопределения им брой, стоящ зад оценка - 3р.



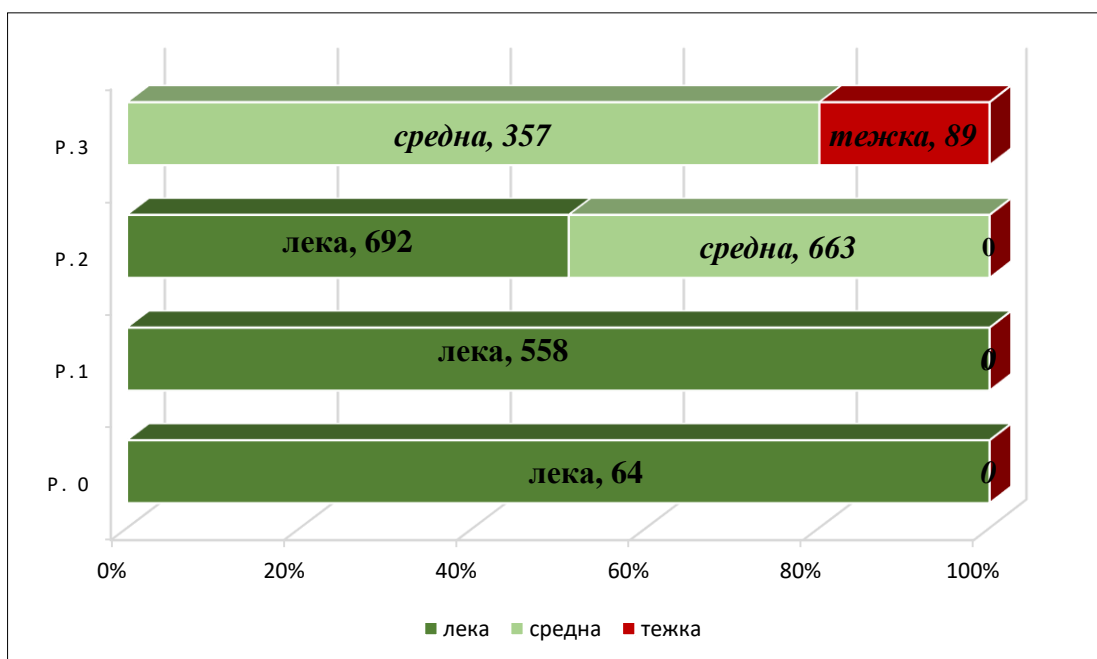
Фигура 12 Дялово разпределение спрямо извършените прегледи

Цифра от скалата 1точка е отразена за 560 случая, възлизащи на 23,27% от всички. С 2 точки са оценени 55,81 % от казусите, което сочи, че при 1356 пациенти са извършени по два консултативни прегледа за поставяне на тяхната диагноза след травма. Оценените с 3 точки, или тези, при които са извършени не по-малко от три прегледа, са 442 (18,22%). Средно за всеки пациент се падат почти по два (1,89) клинични прегледа, имайки предвид гореизложената особеност при максималната оценка на показателя. (Фигура 12)

Статистическите данни за разпределението на обслужените от спешните извънболнични сектори пациенти показва, че случаите с травма се обединяват към групата на

останалата спешност (внезапно възникнали животозастрашаващи състояния, травми, отравяния и др.) възлизаща средно около 80% през годините 2014-2020 г съгласно националната стратегия за развитие на ЦСМП. Не съществуват точни цифри каква част от тях са следствие на виновно причинени травми или други външни въздействия, т.е и от чисто медицинска гледна точка също не се отчита ресурса, използван за тези случаи.

Намираме за удачно да посочим отношението на точковата оценка по този отделен дескриптор от групата на диагностичната дейност към степените на телесна повреда, дадени като квалификация в проучвания материал (*Фигура 13*).



Фигура 13 Отношение между точковата оценка за клиничен преглед към степен на ТП

Видно е, че нито един от случаите с лека телесна повреда не е оценен с най- високия цифров индекс, както и за нито един показател за тежка телесна повреда не е дадена оценка различна от най-високата. Оценяването на показателя „клиничен преглед“ не създава затруднение във връзка с недостатъчност от информация, съдържаща се в съдебномедицинските експертизи, което потвърждава изборът му под тази форма като основен за скалата.

Основните документи, цитирани в съдебномедицинските експертизи, които се използват за точкуването са фиш за оказана спешна медицинска помощ, лист за преглед на пациент в спешно отделение, амбулаторни листи, епикризи и от съдебномедицинските удостоверения, когато същите се явяват единствения медицински документ в раздела „Данни от значение за експертизата“. В полза на проучването се установи, че дескриптора „клиничен преглед“ може да се използва като част от алгоритъма за отразяване на медицинската дейност, без да се налага дори излизане от стереотипа на практиката към този момент. Препоръчително е

пълно отразяване на съдържащата се в документите информация, което ще позволи в подобна степен да бъдат включени и оценяване останалите набелязани показатели.

Използвани скали за оценка на травмата – TSS

Схемата по която се отразява и визуализира до каква степен този показател е вписан в общата част от съдебномедицинските експертизи е отразен по аналогичен начин. Тук вече се установява, че критерият не може да бъде оценен за всеки един случай от разгледания материал, а в 88,6% от него (*Таблица 12*).

Година	Цифров показател %		р.0		р.1		р.2		р.3		общо	% общия брой
	р.0	%	р.1	%	р.2	%	р.3	%				
2016г.	20	4,33	290 (61)	75,97	78	16,88	13	2,81	462	84,77		
2017г.	3	0,65	321 (75)	85,58	61	13,12	3	0,65	465	90,12		
2018г.	12	2,98	287 (89)	83,37	46	11,41	9	2,23	403	89,16		
2019г.	24	6,17	271 (78)	80,72	47	12,08	4	1,03	389	85,31		
2020г.	36	8,43	200 (70)	80,56	44	10,30	3	0,70	427	94,05		
общо	95	4,43	1369 (374)	56,50 (15,43)	276	11,39	32	1,32	2146	88,57		

Таблица 12 Оценка по критерий TSS

При възможностите, които предлагат множеството приети в практиката системи за оценка на травменото състояние, делът на случаите, при които два пъти е използвана скала е изключително нисък 11,39%, а едва при 32 случая (1,32%) е включено използването и на повече от два вида скали. Все пак възможността за оценяване на общо 682 случая(28%) на база посочена информация в СМЕ отчетаме като добър показател в насока използването на TSS при експертизите за телесни повреди.

Оформянето на такъв тип оценка, за използвани скали, като отделен критерий в настоящото проучване се наложи и по една чисто тясно специализирана причина. Тъй като съдебномедицинската преценка не намира място в клиничната диагностична и лечебна част, а тя е основна при медико-биологичната правна квалификация, смятаме, че квалифицирането на дадено увреждане по показателите за лека, средна и тежка телесна повреда също би могло да се приравни към другите използвани точкови оценки, които в по-големия си процент са също строго

специализирани. По този начин дадената и цитирана в протоколната част на експертизите квалификация, в резултат на съдебномедицинско освидетелстване, считаме, че се отчита справедливо към диагностичната част на медицинската помощ, принадлежащ към този показател. Все пак съдебномедицинската преценка, формулирайки квалификационния признак за телесна повреда според изискванията на НК, не би могла да бъде заменена, от която и да е от другите избрани параметри, обхващащи медицинската дейност. В съдебномедицинската практика добавянето дори на една скалова оценка с цифров израз е в изключителна полза на обективизацията. Като безспорен пример за това е най-често употребяваната Глазгоу скала. Чрез нея един от най-спорните медико-биологични показатели по нашия НК – разстройство на здравето временно опасно за живота, отнасящо се до наличие на безсъзнателното състояние, получава решението си още при посещението на екипа на ЦСМП, ако във фиша е извършена оценка по GCS. В полза на експертизата остава наличен обективен критерий и не се налага анализ на противоречиви свидетелски показания и предоставяне чисто медицинското решение на органите на разследването. Не осъвременената съдебна практика по отношение на показателя за временна опасност за живота дава възможност да се кредитират показания на свидетели, които описват показатели като отваряне, затваряне на очи, дишане и т.н., докато още през 1974г авторите на скалата са дали възможност да се взема предвид лекарската преценка за описание на коматозно състояние. Подобна оценка би могла да се изведе дори в хода на изготвяне на експертизата при проучване на медицинската документация. Констатираните определени симптоми, клинични показатели или резултати от изследвания позволяват експертът самостоятелно да извърши класификацията по дадена скала в помощ на обективизацията си, показателите, за която също се откриват в данните от цитираните документи. *(Приложение 4)*

Все още съдебномедицинската практика в страната не включва различни скор оценки в полза на тясно специализираното си изследване, въпреки, че в представената документация се съдържат показатели за почти всички от известните и прилагащи се скали.

В хода на нашето проучване поради малкия брой използвани системи за оценка на травмите отразихме всяка една по вид, а като допълнение и използването им като процент от случаите. Трябва да посочим, че условието ни да не включваме съдебномедицинската квалификация в точкуването за р.2 и р. 3 е да установим именно каква е степента на посочване на използваните други системи в практиката. Така установяваме, че броят на казусите, в които са използвани други скали освен GCS (р.3) е едва 32. Това са 4 случая с термична травма, при които са представени като допълнително извършено изследване в хода на експертизата използването на системите BOBI и ABSI, в 9 случая изтъкване оценката на анестезиологичния риск ASA и в останалите 19 е посочена оценка по AIS. Случаите оценени с р. 2 са изключително за двукратна

оценка по GCS- 92,7%, като при останалите в тази група се срещат съчетание между GCS и оценка на анестезиологичния риск (3,9%) и GCS с AIS (3,2%). Информация за отчитане на определителя при проучването се намираха в цитираните документи: фиш за оказана спешна помощ, лист за преглед на пациент в СО, епикризи, анестезиологични листи и съдебномедицинско удостоверение.

Направените изводи във връзка с анализа на избория от нас показател TSS ни дават основание да предложим като допълнителен раздел в експертните по документи да се добави такъв, който съществува при някои от другите видове медицински експертизи - „Проведени изследвания анализ и проучвания и резултати от тях“. Това би било удачното място, при което ще бъде изчислявана и представяна точковата оценка и правени съответните съпоставки по различни скали в полза обективизация на заключението и изборът на конкретен медико-биологичен показател за телесна повреда.

Образни изследвания (ОИ)

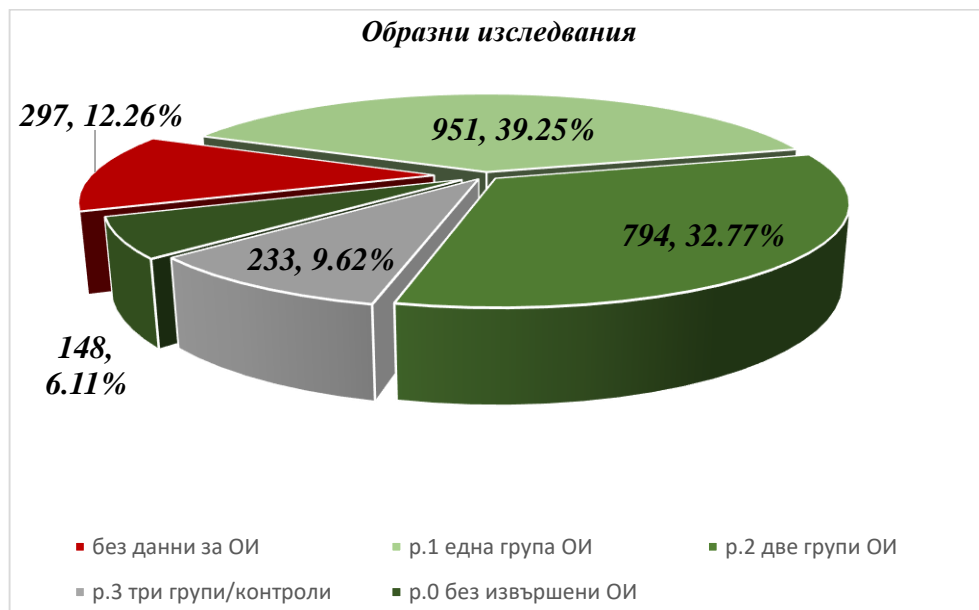
Резултатите от образни изследвания е задължителен елемент от материалите предоставени за изготвяне на съдебномедицинската експертиза. Толкова задължителен момент следва да бъде и предоставянето на самия образ на увредата, като не по-малко необходимо в експертния процес са образните изследвания, чрез които травмената увреда е отхвърлена. Избраният начин за отразяване на извършените образни изследвания в проучвания материал показва до каква степен този показател е от значение не само за диагностиката на травмата, но и за медико-биологичната квалификация на телесната повреда. (Таблица 13)

Цифров показател Година	p.0	%	p.1	%	p. 2	%	p.3	%	СМЕ с отразени ОИ	% от общия брой
2016г.	16	3,35	245	51,26	176	38,81	41	8,58	478	87,70
2017г.	23	4,95	216	46,45	180	38,71	46	9,89	465	90,12
2018г.	26	6,48	156	38,91	159	39,65	60	14,96	401	88,72
2019г.	30	7,67	167	42,72	148	37,85	46	11,76	391	85,75
2020г.	53	13,55	167	42,72	131	33,50	40	10,23	391	86,12
общо	148	7,20	951	44,41	794	37,70	233	11,08	2126	87,74

Таблица 13 Образни изследвания посочени в СМЕ

Средно при 87,74% (2126) от случаите се съдържат данни относно образните изследвания. Отразяването им по приетата методика на скалата и разпределението им по групи е посочено на таблицата по-долу. В останалия процент от документите, или при общо 297 казуса няма отразена информация и не може да се предположи с категоричност извършването или не на

образно изследване. При съпоставката на тези случаи със степен телесна повреда се вижда, че всички те се отнасят до лека телесна повреда, което не изключва възможността при диагностиката на увреждането да не е извършено образно изследване. При условие, че в СМЕ са детайлно отразени броят и етапите на образните изследвания считаме, че и голяма част от групата на случаите оценени с р.1 или р.2 ще бъдат оценени по системата ни с най-високия резултат, но все пак тук се спираме на наличната, а не на предполагаемата информация. Резултати от изследванията, подкрепени от самите образни изследвания се очертава като задължителен елемент в обективизацията при увреда на кости вътрешни органи и тъкани. Не запознаването на експерта с конкретното образно изследване би създавало предпоставки за неправилни интерпретации, а от там и необосновани квалификации за телесна повреда. Това изключително важи за тези увреждания, които са спорни не само като визуализация на образното изследване, но и като казуси в съдебномедицинската практика за използвания медико-биологичния признак. Примери в това отношение са фрактури на малки кости без размествания, частични увреди на меки тъкани около ставния апарат и др., за които пък в съдебната практика са вписани квалификации за различна степен телесна повреда по НК.



Фигура 14 Разпределение по точкова оценка на отразените и образни изследвания в СМЕ

Изводът за този критерий от диагностичната скала като възможност за допълване на алгоритъма за отразяване на медицинската помощ е, че отново липсва регламентиран начин за включване на изследването към данните от експертизата. Вариант за отразяване на разгледаните образни изследвания естествено съществува, предвид възможността за свобода на представяне на данните, но решението вероятно е в приемане задължителния елемент на отбелязване акта на разглеждане на изследването, а при възможност включване на образа в експертизата. В хода на

работата ни се установи, че само в около 1/5 от случаите в експертизите е отразен вида на образното изследване, идентификационен номер и дата на провеждане, цитиран изцяло резултат, като се срещат и единични експертизи с включен рентгенов образ на фрактури на крайници и черепни кости. Според нас по-съществено значение има отчитането на вида и броя на изследванията, идентифициращите ги данни и времето когато са извършени, а не толкова копиране на самия образ като снимков материал, освен ако той не е ясно видим и разбираем за останалите участници в процеса.

Лабораторни изследвания (ЛИ)

Данни за проведени лабораторни изследвания, които могат да спомогнат за точкуването на показателя по описаната схема се намират при 1770 случая (73,05%) от всички 2423. За останалите 26,95% няма информация за извършени ЛИ, както и косвено не може да се предположи дали изобщо са назначавани такъв тип изследвания. (Таблица 14)

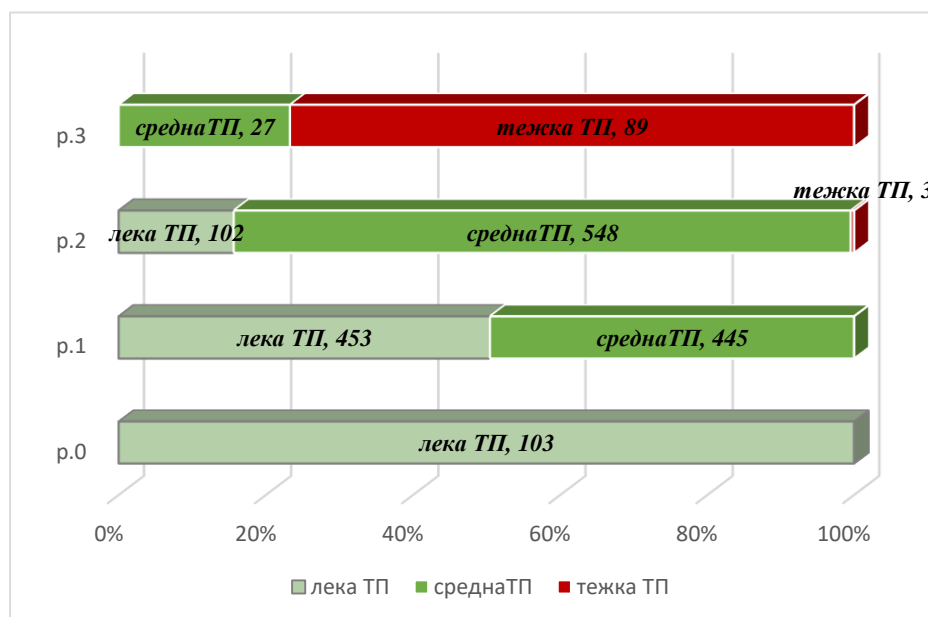
Година \ Цифров показател %	р.0	%	р.1	%	р. 2	%	р.3	%	общо	% от всички
2016г.	24	4,41	157	28,86	112	20,59	21	3,86	314	57,72
2017г.	11	2,13	192	37,21	125	24,22	23	4,46	351	68,02
2018г.	21	4,65	194	42,92	121	26,77	22	4,87	358	79,21
2019г.	21	4,62	167	36,70	139	30,55	18	3,96	345	75,83
2020г.	26	5,75	188	41,41	156	34,36	32	7,05	402	88,39
общо	103	4,31	898	37,28	653	27,29	116	4,84	1770	73,05
	103		898		653		116		2423	100

Таблица 14 Показатели за лабораторните изследвания, цитирани в СМЕ

Сред показателите в ДМД на скалата лабораторните изследвания са най-слабо застъпени при цитирането на медицинските данни в документацията. Допуска се, че при част от пострадалите може да не са назначавани подобни изследвания, но след като това не е изрично посочено както при тези 103 случая оценени с р.0, не следва да присъждаме съответните точки.

Видно от резултатите за включените документи по вид при първия етап на работата отчетохме, че като отделен документ лабораторни изследвания са посочен 142 пъти в етапа на спешната помощ и при 167 случая при последващата медицинска помощ. Проследяване на етапите за назначаване и изследване са в помощ на определите за прогнозата и изхода от травмата и органната недостатъчност при използване на например физиологичните скали **EMTRAS (Emergency trauma score)** и **SOFA (sequential organ failure assessment score)**, когато от основно

значение е стойността на някои лабораторни показатели като протромбиново време, БЕ в първите 30 минути и последващите 24 часа. Да не пропускаме, че при този критерий от системата с 3 точки следва да се отчитат случаите, при които е необходимо провеждането на други групи изследвания, а това е пряко свързано с травмените усложнения. Съпоставката между стойността на този критерий със степента на причинената телесна повреда се обобщава с няколко зависимости между резултатите. При всеки един случай с признак за средна или тежка телесна повреда експертите са се ползвали от показател за лабораторни изследвания, което показва че все пак този вид медицинска дейност е с определено участие при квалификацията. Всички казуси без възможност за оценка са за сметка на тези посочени като ЛТП. Както при ЛТП, така и при СТП има случаи оценени по три различни начина съответно с 0т,1т и 2т за леката ТП и 1т, 2т. и 3т. за средната ТП. Разпределението спрямо резултата е показателно единствено за СТП, защото са класифицирани всички случаи, а именно 2,65% - с 3 точки; 53,73% - с 2 точки и 43,63 % с 1 точка. Както при ЛТП, така и при средната няма случай оценен съответно с максимална и минимална стойност. При ТТП наблюдаваме максимална оценка с 3 точки при 96,7% от случаите и само три пъти резултат от 2 точки.



Фигура 15 Съпоставка между оценката на лабораторни изследвания със степен телесна повреда

Апаратни изследвания (АИ)

Отразяването на апаратните изследвания като част от цитираната в експертния материал медицинска документация се очакваше да бъде сравнително слабо застъпено, но се оказва, че за близо 90 % от казусите е възможно да се получи информация и възможност за точкова оценка. Отново се оказва, че съдебномедицинските експерти, уж абстрахирайки се от медицинската дейност, се ползват от всяко едно диагностично мероприятие.

В аналогичен ред както при предходните показатели отразяването на апаратните изследвания е представено по-долу. Проследявайки точкуването на отделните категории се вижда, че само при 101 случая е посочено, че не са били показания за провеждането им. Към тази група спадат и тези 65 случая, при които няма извършван клиничен преглед. (Таблица 17) Най-голямата част от документите, в които е отразено наличие на апаратно изследване (80,59%) са с отчетени показателите за артериално налягане и ЕКГ или едно от двете, за които като рутинни изследвания приехме да ги точкуваме заедно.

Година \ Цифров показател %	р.0	%	р.1	%	р. 2	%	р.3	%	общо	% от всички
2016г.	26	4,77	35	64,58	78	14,31	13	2,38	469	86,05
2017г.	3	0,58	39	77,13	61	11,82	3	0,58	465	90,11
2018г.	12	2,65	33	74,33	46	10,17	9	1,99	403	89,15
2019г.	24	5,26	31	68,85	47	10,31	4	0,88	389	85,30
2020г.	36	7,92	32	75,77	44	9,69	14	3,08	438	96,47
общо	101	4,66	174	80,59	276	12,75	43	1,98	2164	89,31
									2423	100

Таблица 15 Степен на тразяване на апаратните изследвания в експертния материал

Пропуски съществуват при отразяването на наложилите се неколкократно проследявания на показателите особено в спешната и извънболничната медицинска помощ. Ниският процент (1,98%), вписани изследвания от този тип, оценени с максимален брой точки, донякъде се обяснява с относително малкия брой травмени случаи, налагащи апаратни изследвания от други групи. Това са изследвания, използвани най-често при преценката на квалификационния признак касаещи зрителния и слуховия анализатор, при мускулни и нервни увреди и в по-редки ендоскопски изследвания, различни от тези придружени с оперативна интервенция. При всички тези случаи обаче резултатите от апаратните изследвания са включени като задължителен доказателствен материал, особено при засягането на зрението и слуха.

Въпреки изключително опростената схема за избор на показатели практически не винаги е възможно бърза ориентация и оценка по избрания от нас начин. Затрудненията се очертават в две направления. От една страна не пълно попълнена медицинска документация, от друга недостатъчно такава. Даването на цифрова оценка 0 при всеки един от определителите бе възприето с цел да може да се обобщи дали в цитираните в експертната данни е обърнато внимание на конкретната медицинска дейност.

Обобщеният анализ на отразяването на петте показателя от диагностичната дейност показва най-слабо включване в експертния материал на лабораторните изследвания - в 73,0% от случаите, следвано от образните - 87,74%, ТSS - 88,5% и апаратните – 89,3%. Клиничният преглед е отразен в 100%. Диагностичната дейност по системата е отразена за всеки един показател при 62 % от всички случаи.

Според съпоставката между квалификационния признак и крайната точкова оценка за всеки един от случаите се получи резултат, насочващ към определени изводи за отношението към лекарската помощ в зависимост степента на ТП (Таблица 16).

ТП точки	ЛТП	% ЛТП	СТП	% СТП	ТТП	% ТТП	общо	% от всички
1	50	3,81					50	2,06
2	194	14,80					194	8,01
3	209	15,94					209	8,63
4	293	22,35					293	12,09
5	302	23,04	40	3,92			342	14,11
6	131	9,99	198	19,41			329	13,58
7	59	4,50	310	30,39			369	15,23
8	49	3,74	133	13,04			182	7,51
9	24	1,83	152	14,90			176	7,26
10			103	10,10			103	4,25
11			57	5,59			57	2,35
12			24	2,35	26	28,26	50	2,06
13			3	0,29	35	38,04	38	1,57
14					19	20,65	19	0,78
15					12	1,09	12	0,50
Общо % от всички	1311	54,1	1020	42,1	92	3,8	2423	100,00

Таблица 16 Разпределение на случаите в зависимост оценката по ДМД

Признаците за лека телесна повреда, определени от експертите се точкуват по първия компонент от системата с показател от 1 до 9 точки. Най-голямата част (23%) от тях са оценени с 5 точки и почти същия обем (22,3%) с 4 точки. Най-високо оценените случаи за ЛТП представляват едва 1,8%. При средната телесна повреда точковата оценка също е в толкова широка граница от 5 до 13 точки с най-голям брой случаи 310 (30,4%) съответстващ на 7 точки.

За всички пострадали с ТТП включената в експертизите диагностична дейност е оценена по ДМД от 12 до 15 точки, като най-многобройни са тези с 12 точки (38,0%). Казусите от групата на леката и средната телесна повреда, които събират еднакъв брой точки - от 5 до 9, показват значителни разлики в относителни дялове, увеличаващи се противоположно към по-ниския резултат за ЛТП и към по-високия за СТП. (Таблица 16)

Определената с 5 точки диагностична дейност съответства на 3,9% от квалифицираните с показатели за СТП случаи срещу 23% за тези с ЛТП. Точките, които се сумират за най-многобройната група от СТП (7т., 30,4%) определят диагностичната дейност при 4,5% от случаите с ЛТП. Максималната оценка за ЛТП по този компонент от скалата (9т.) се получава 1,8% пациенти с показател за ЛТП срещу 14,9 % от тези с показател за СТП. Дублиращите точкови показатели за СТП и ТТП са в групите, оценени с 12 и 13 точки, като тук отношението е съответно 1:12 и 1:128 в полза на ТТП. Видно е, че включването на лекарската помощ и в частност диагностичната ѝ част не само присъства в СМЕ, но и нейното отразяване нараства паралелно с по-високата степен телесна повреда. Тази зависимост провокира още една съпоставка, а именно сравнение между сборния резултат при трите степени ТП, но само за тези случаи, при които е имало възможност всеки един определител да бъде оценен с точки от 0 до 3. Това се отнася за 1502 експертизи, представляващи 62% от всички изследвани. (Таблица 17)

точки ТП	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	общо
ЛТП	50	135	109	127	160	10	54	36	20							701
%	7,1	19,2	15,5	18,1	22,8	1,4	7,7	5,1	2,8							
СТП					10	73	154	133	152	103	57	24	3			709
%			82,7		1,4	10,3	21,7	18,7	21,4	14,5	8,0	3,4	0,4			
ТПП															12	92
%								86,6				26 28,3	35 38,0	19 20,6	13,0	
общо	50	135	109	127	170	83	208	169	172	103	57	50	38	19	12	1502

Таблица 17 Разпределение на скор резултата при казуси с отразени всички определители на ДМД

Резултатите тук показват, че в случаите с ЛТП оказаната диагностична помощ не е включена в експертизите като данни от значение при 610 от тях (46,5%), докато за СТП това се отнася за 311 казуса (30,5 %). В експертизите с показател за ТТП всички компоненти от диагностичната част на скалата са включени и могат да бъдат оценени по определения ред. При ЛТП се вижда че 82,7 % от случаите се ограничават до 5 точки включително, съответно тези

квалифицирани като СТП в 86,6 % са оценени между 6 и 10 точки, а при тежката телесна повреда имаме сбор > 12 точки.

Предвид разнопосочните и противоречиви мнения относно участието на лекарската помощ при определяне на медико-биологичните признаци за телесна повреда толкова показателен резултат не бе очакван от проучването. Той обаче е изцяло в подкрепа на тезата, че няма как да се определи и обоснове квалификационен признак без да се вземе под внимание медицинската помощ.

При избора на показателите и придаването им на цифрово измерение не случайно заложихме отчитането на повтарящи се мероприятия и продължителност с цел да бъде обхванати разликите при развитието на постравменото състояние и възстановяване, което най-често протича през два или три етапа на оказване на медицинска помощ. Съблюдавайки тези възможности са разгледани и показателите за лечебната дейност.

2.2. Квалифициране на лечебната дейност ЛМД

Придържайки се изцяло към единствения нормативен документ, в който е посочено отношение към лекарската помощ (Постановление №3), а именно не отчитане на благоприятния резултат от оказаното лечение при преценката на телесната повреда, посочваме няколко момента от тази дейност, които считаме, че няма как да не се отбележат в експертизите за ТП и да не се отразят върху квалификационния признак. Така избраните пет критерия от втория раздел на посочената система са изведени конкретно от практиката.

Активна реанимация (АР) е изключително показателен определител за най-тежките увреждания, придружени с опасност за живота. Това е част от медицинската дейност, която не може да бъде пренебрегната при разглеждането на инцидентите с травма и данни за точкова оценка на показателя по приетата схема са налице при 100% от случаите. (Таблица 18).

Година \ Цифров показател %	р.0	%	р.1	%	р. 2	%	р.3	%	общо	%
2016г.	517	94,86	21	3,85	6	1,1	1	0,18	545	100
2017г.	492	95,35	18	3,49	4	0,78	2	0,39	516	100
2018г.	431	95,35	15	3,32	5	1,11	1	0,22	452	100
2019г.	437	95,83	13	2,86	4	0,88	2	0,44	456	100
2020г.	426	93,83	22	4,85	5	1,1	1	0,22	454	100
отразена АР проведена АР	2303	95,04	89	3,67	24	0,99	7	0,29	2423 120	100 4,95

Таблица 18 Степен на отразяване на реанимационните мероприятия в СМЕ

Точкуването по критерия използвахме и за съпоставка с дадените квалификационни признаци, определящи „опасност за живота“ като средна и тежка телесна повреда, тъй като считаме, че е немислимо от медицинска гледна точка да се изчаква възможност за самостоятелно възстановяване и регистрацията на животозастрашаващи симптоми винаги е последвано от реанимационни мероприятия.

Изведени са 89 случая с опасност за живота, при които се касае за възстановена жизненоважна функция в първите 24 часа след инцидента. Към тях ако прибавим и тези определени с 2 и 3 точки установяваме, че при 120, или при три пъти повече от тези с признака за ТТП, животозастрашаващото състояние е преодоляно благодарение на лекарската помощ или жизнената функция се поддържа с медицинска намеса. Получава се така, че 60% от случаите с регистрирано животозастрашаващо състояние са квалифицирани с признак за СТП, а също така, че при по-голямата част от случаите (176), определени с временна опасност за живота не е оказвана активна помощ за възвръщане на жизнена функция.

Полученият резултат от нашата система представен едновременно с една физиологична скала вече използвана в медицинската практика (REMS), определяща прогностичната смъртност при травма, добре би обосновала съдебномедицинската диагностика, а от там и юридическата преценка. След като за приемане на състояние „опасно за живота“ е необходимо условието опасността да е изявена клинично с реална животозастрашаваща симптоматика, защо да не използваме обема на клиничните диагностични и лечебни методи за да обосновем степента на увреда.

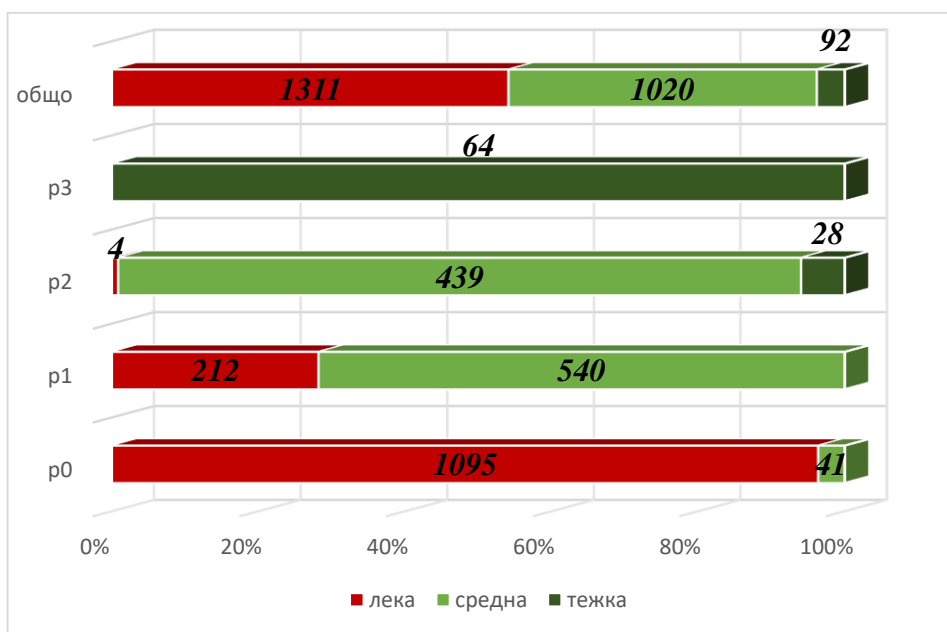
Болнично лечение (БЛ). По този дескриптор сме дали точкова оценка на всички 2423 случая от изследвания материал, тъй като това е дейност, която винаги се отчита и не се пропуска да се отрази в СМЕ. (Таблица 19)

Цифров Показател% Година	р.0	%	р.1	%	р. 2	%	р.3	%	общо	%
2016г.	259	47,52	180	33,03	99	18,17	7	1,28	545	100,00
2017г.	221	42,83	157	30,43	129	25,00	9	1,74	516	100,00
2018г.	195	43,14	160	35,40	81	17,92	16	3,54	452	100,00
2019г.	227	49,78	143	31,36	73	16,01	13	2,85	456	100,00
2020г.	234	51,54	112	24,67	89	19,60	19	4,19	454	100,00
общо	1136	46,88	752	58,43	471	36,59	64	4,97	2423	100
									1287	53,12

Таблица 19 Степен на отразяване на болничното лечение в СМЕ

Таблицата илюстрира разпределението по категории и години от разглеждания период.

При събиране и точкуване на данните по критерия се отчетоха случаи, при които в медицинската документация е деклариран отказ от хоспитализация от страна на пациентите с общ брой 26. Въпреки че посочените при тях конкретни състояния са подлежали на болнично лечение те не бяха включени в групата на хоспитализираните и са оценени с 0т. по системата, а 14 от случаите с отказ от болнично лечение са през последната 2020 година.



Фигура 16 Зависимост между БЛ и степените ТП

Съпоставката на резултатите по критерия с квалификационния признак са ТП са, че болнично лечение е застъпено при 16,5% от случаите с ЛТП и не е провеждано при едва 4% (41 казуса) от тези със СТП. Разбираемо не съществува пострададал с ТТП, който не е бил хоспитализиран. (Фигура 16). Само четири са случаите с ЛТП, оценени по скалата с 2 точки, при които болничният престой е бил с продължителност над три дни. Обръщаме внимание на тези 41 случая с квалификация за СТП, при които не е предприета хоспитализация, тъй като част от тях са пациентите отказали този вид медицинска дейност. Казусите с деклариран отказ от лечение в болнична среда се разделят между степените за ТП в съотношение 19:7 в полза на СТП, което също потвърждава до каква степен хоспитализацията е свързана като медицинска дейност със степента на телесна повреда.

Оперативна интервенция (ОИ)

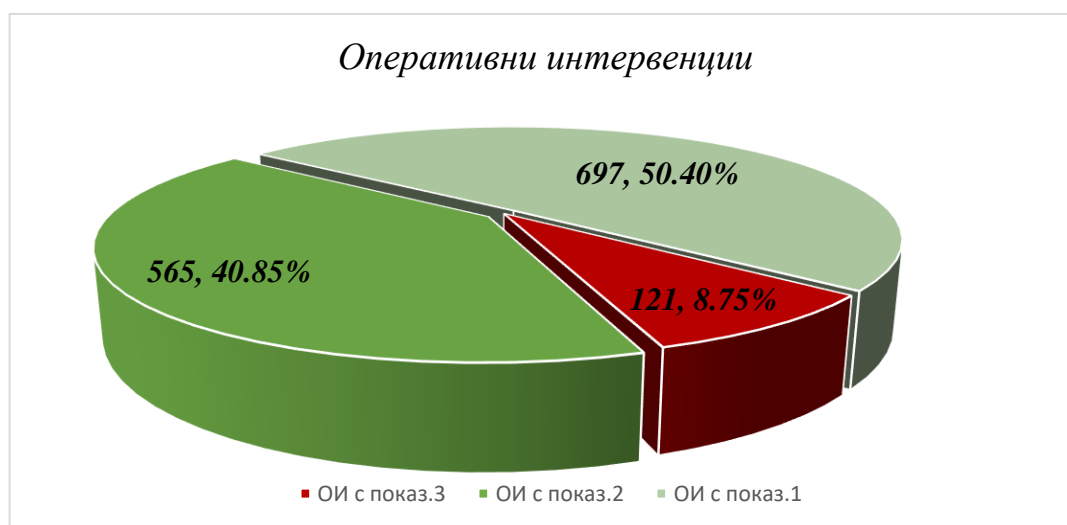
Оперативната интервенция се явява още един от избраните от нас критерии на лечебната дейност, за който се намира отразена информация в близо 99% от случаите. В 1 % от

разгледания материал, или в 24 документа, не става ясно дали е извършена или не хирургична интервенция и това се обяснява с посочени и по-горе причини във връзка с непълно или нечетливо попълване на медицинските документи от първичната спешна помощ, като не можем и да изключим пропуск от страна на експерта, представящ необходимата информация. При анализа на данните се вижда че оперативна помощ се е наложила при 1383 (57,08%) пациенти пострадали след телесна повреда. (Таблица 20)

Година	p.0		p.1		p. 2		p.3		общо	%
	цифров показател	%	цифров показател	%	цифров показател	%	цифров показател	%		
2016г.	207	37,98	147	26,97	147	26,97	44	8,07	545	100
2017г.	194	37,6	157	30,43	134	25,97	31	6,01	516	100
2018г.	192	42,48	129	28,54	108	23,89	17	3,76	446	98,67
2019г.	184	40,35	154	33,77	97	21,27	14	3,07	449	98,46
2020г.	239	52,64	110	24,23	79	17,4	15	3,3	443	97,57
общо	1016	41,93	697	28,76	565	23,31	121	4,98	2399	98,94
									1383	57,08

Таблица 20 Отразяване на оперативните интервенции в СМЕ

Разпределението на казусите спрямо дадената оценка показва, че при 50,4% от всички оперативни интервенции се касае за единична интервенция, при която е възстановена анатомична цялост или е извършена имобилизация при фрактура на кост, без да се използвани като импланти допълнителни материали и средства.



Фигура 17 Разпределение на случаите с оперативни интервенции

Втората група, съставляваща 40,85% от всички оперирани са с претърпели две различни интервенции и/или при лечението са ползвани допълнителни средства, като не следва да се подценяват случаите с показател 3 точки, при които се касае за оперативни интервенции с отстраняване/заместване на части от тъкани и органи. Самата необходимост от извършване на подобна интервенция предполага увреждане, което е непреодолимо без лекарска помощ. Броят на тези случаи обаче (121) сравнен с казусите за ТТП (92) от целия проучен материал е достатъчно показателен, какъв процент (23,9%) именно от високо специализираната медицинска помощ не се отчита адекватно при интерпретацията на квалификационния признак за телесната повреда. Дори в случаите когато се касае за първична хирургична обработка на рана данните за хирургична намеса се използват за обективизиране на показателя ЛТП.

В хода на извършеното проучване отчитаме положителна тенденция за пълно попълването на документацията, често автоматично електронно, което отстранява трудностите за разчитане на ръкописни текстове.

Медикаментозна терапия(МТ)

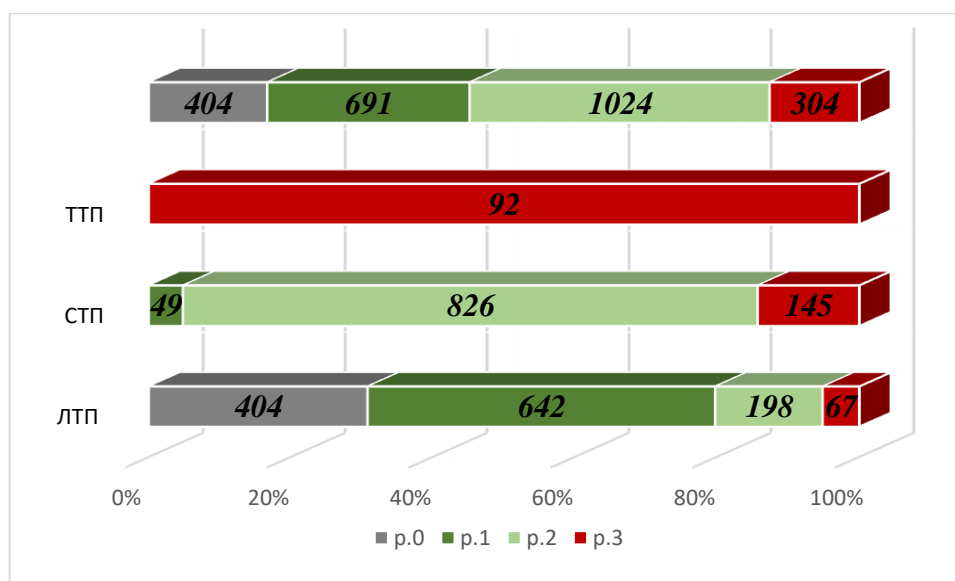
Проучвайки критерия МТ установихме, че няма как в СМЕ да разграничим случаите, при които няма назначено лечение от тези, за които не е посочено какво лечение е предприето. Единствено сигурен резултат имаме за 65-те казуса, при които не е провеждан клиничен преглед и съответно не е назначено лечение. В такъв случай приемаме, че 404 казуса (16,68%) са в групата на тези без назначена терапия. При останалите 2019 вписаната в експертните информация е била достатъчна да присъдим съответния цифров показател. (Таблица 21)

цифров показател % година	р.0	%	р.1	%	р. 2	%	р.3	%	общо	%
2016г.	83	15.23	179	32.84	213	39.08	70	12.84	462	84,77
2017г.	82	15.89	163	31.59	213	41.28	58	11.24	434	84,10
2018г.	73	16.15	120	26.55	206	45.58	53	11.73	379	83,84
2019г.	81	17.76	122	26.75	191	41.89	62	13.60	375	82,23
2020г.	85	18.72	107	23.57	201	44.27	61	13.44	369	81,27
общо									2019	83,32
%	404 (65)	16,67	691	28,51	1024	42,26	304	12,54	2423	100

Таблица 21 Медикаментозната терапия, включена в СМЕ за телесни повреди

Въпреки че всички случаи, при които не може да се получи точкова оценка за критерия, са квалифицирани като ЛТП и не са били хоспитализирани, налична информацията за

лечението би била от полза за основната ни теза, че се касае за съществен елемент от лекарската помощ. Практически погледнато не съществува преглед по повод травма, който да не завършва с назначено лечение, макар дори с един медикамент, затова считаме, че определятеля МТ е от съществено значение и следва да бъде въведен като задължителен елемент в алгоритъма за отразяване на медицинската помощ. Данните от вписаната медикаментозна терапия в СМЕ отнесени към квалификациите за отделните степени телесни повреди показва някои особености. За разлика от всички разгледани до тук критерии установяваме, че от случаите с ЛТП се обособяват групи от всички категории от 0 до 3 точки. Това потвърждава по-горния извод, че назначаването на медикаментозна терапия практически е задължителен елемент от медицинската дейност, но не може да послужи като разграничител относно степента на ТП. По-показателни в това отношение са резултатите при тежката телесна повреда, всеки казус, с която е оценен с максимален брой точки и за средната, където значително преобладават случаите оценени с 2 точки (81 %) и съответно 14,2% за 3 точки и само 4,8% с 1 точка, за които вероятно назначената МТ не е цитирана в експертизите. (Фигура 18)



Фигура 18 Медикаментозната терапия спрямо степен на ТП

Разнообразието при оценяване на МТ при отделните казуси с квалификационен признак за ЛТП провокира съпоставка на тези случаи с оценката по другите определители по ЛМД. Оказа се скор резултат за ЛТП от 2 и 3 точки по показателя МТ са получили всички от тях с осъществена оперативна интервенция (261бр.), включително всички хоспитализирани от тази категория (216). Видно е, че в СМЕ се отразява МТ и за случаите с ЛТП, когато се касае за висока степен анатомична или функционална увреда. В обобщение отново се вижда, че като отделен критерий медикаментозната терапия е част от използваната медицинска документация и

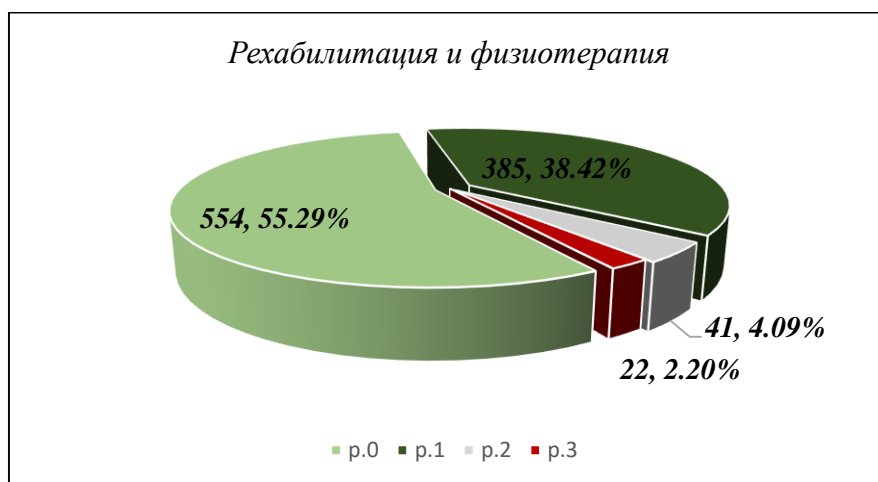
е цитирана при 100% от случаите със средна и тежка телесна повреда, както и при 70% от тези с лека телесна повреда. Практическа стойност оценката на МТ би намерила в СМЕ по граждански дела, където тя се разисква като относимост към състоянието на пострадалия и като имуществено обезщетение.

Рехабилитация и физиотерапия (РФ) Последният показател от системата на ЛМД бе избран като отделен, въпреки очаквания резултат от неговото проучване за значително слабо представяне в СМЕ два в 41,35% в документалния материал. (Таблица 22) Очакванията след проучването бяха за далеч по-нисък от получения резултат по критерия. Допълнено с това, че отразяването на дейността съществено нараства през последните три години от разглеждания период може да отчетем, че определителят „рехабилитация и физиотерапия“ намира своето място в алгоритъма, който целим за отразяване на медицинската помощ.

Година \ Цифров показател %	р.0	%	р.1	%	р. 2	%	р.3	%	СМЕ с отразена РФТ	%от общия брой СМЕ
2016г.	42	7,70	78	14,31	2	0,37	2	0	122	22,38
2017г.	39	7,55	63	12,21	2	0,38	2	0,38	106	20,54
2018г.	123	27,21	70	15,48	12	2,65	12	2,43	216	47,79
2019г.	129	28,29	68	14,91	12	2,63	12	1,75	217	47,58
2020г.	221	48,68	106	23,35	13	2,86	13	0,22	341	75,11
общо %	554	22,86	385	15,89	41	1,69	22	0,91	1002	41,35
									2423	100

Таблица 22 Отразени рехабилитация и физиотерапия в СМЕ

При повече от половината казуси изрично е посочен фактът, че подобна дейност не е осъществявана, което в известна степен отразява целенасочено обръщане на вниманието на експерта към дейността. (Фигура 19)



Фигура 19 Разпределение по точкова оценка по критерия РФ

Проучването не позволи да посочим участието на РФ при останалите 1421 случая, като причините за не отразяване на дейността в СМЕ могат да бъдат липса на информация в предоставената медицинска документация или ранния етап на назначаване на експертизата, доста преди да е възникнала необходимост от рехабилитация. Въпроси към СМЕ, свързани с конкретно с рехабилитацията се срещат често при гражданските и търговски дела, при които ответните страни изтъкват липсата на РФ като недостатъчно лечение и причина за удължаване срока за възстановяване. Разясняването на тези въпроси отново се изисква от експерта и отговорът пряко зависи от това дали в приетия от него ред за представяне на медицинската документация съществува като отделен елемент отразяването на тази дейност.

Аналогично на обобщеното разглеждане на резултатите от първия компонент от скалата представяме и тези от втория - ЛМД. (Таблица 23)

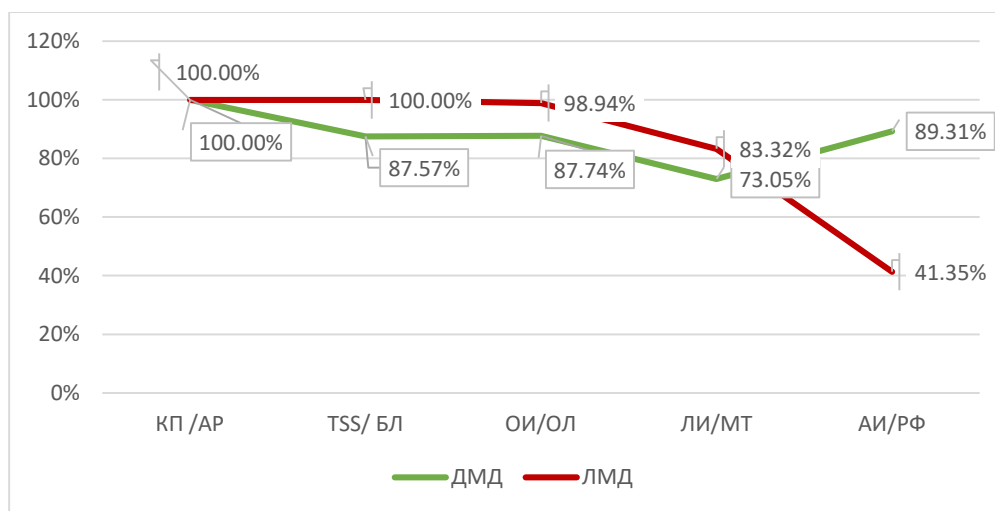
ТП точки	ЛТП	% ЛТП	СТП	% СТП	ТПП	% ТПП	общо	% от ВСИЧКИ
0	301	22,96					301	12,42
1	433	33,03					433	17,87
2	357	27,23					357	14,73
3	151	11,52	212	20,78			263	14,98
4	36	2,75	201	19,71			237	9,78
5	23	1,75	211	20,69			234	9,66
6	10	0,76	179	17,55			189	7,80
7			164	16,08			164	6,77
8			53	5,20	18	19,57	71	2,93
9					24	26,09	24	0,99
10					18	19,57	18	0,74
11					15	16,30	15	0,62
12					15	16,30	15	0,62
13					1	1,09	1	0,04
14					1	1,09	1	0,04
15							-	-
Общо % от ВСИЧКИ	1311	54,1	1020	42,1	92	3,8	2423	100

Таблица 23 Резултати от точковата оценка на лечебната медицинска дейност (ЛМД)

Съблюдавайки получените резултати при три от определителите посочената в СМЕ медицинска документация бе достатъчна да бъдат точкувани на 100%, при четвъртия в 99%, то за рехабилитацията и физиотерапия се получи информация за по-малко от половината случаи 41,35%. Като се добави резултатът от проучването, че при 301 случая (12,4%), оценени с 0 точки,

в експертизите е обърнато внимание, че не е извършено нито едно лечебно мероприятие изглежда, че тази част от медицинската помощ е „по-неоценената“ дейност при разглеждане на казусите с телесни повреди. Макар и с по-малък общ точков резултат отново се вижда разграничаването между степените на телесна повреда спрямо осъществената лечебна дейност. При квалификационен признак за ЛТП цифровият резултат от скалата е от 0 до 6 точки, с най-голям брой случаи оценени с една точка - 33,0%, като 83,22% от казусите се оценяват до 2 точки. Случаите с показатели за СТП събират резултат от 3 до 8 като почти еднакъв брой са оценените с 3, 4 и 5 точки. При цифров показател 3 по скалата има съществен дял участие както на казусите със СТП (20,78%), така и на тези с ЛТП(11,52%). При следващите цифрови категории вече разликата е значително по изразен в полза на СТП. Цифровата оценка на лечебната дейност при ТТП е с показатели от 8 до 14 точки, като припокриване в съотношение 1:3,8 в полза на ТТП има единствено в групата с 8 точки. Останалите високи точкови резултати са присъдени единствено за случаите с ТТП, като за разлика от резултатите при ДМД няма нито един казус оценен с максималния резултат от 15 точки.

Представените до тук резултати показват оценките на точкуваните показатели от двата компонента на скалата. СМЕ, в които по даден определител не е намерена информация за да му бъде присъден цифров резултат в случая се приравнява на 0 точки. Дяловото участие на всеки от оценените дескриптори се представя схематично. (Фигура20)



Фигура 20 Дялово участие на оценените показатели по ДМД и ЛМД

Съпоставката между точковата оценка на лекарската помощ по скалата и конкретните медико-биологични квалификационни признаци се оказва потвърждение на направени от други автори изводи за сериозните различия в становища на експертите относно критериите свързани с опасността за живота като средна и тежка повреда.

2.3. Съпоставка на степен ТП спрямо получената обща точкова оценка

Включената в СМЕ и оценена по приета скала медицинска дейност се групира по категории. Комбинираното отчитане на показателите по скалата дава възможност за по-ясно разграничаване между степените телесна повреда спрямо скор резултата, който се оказва с изключително висока показателна стойност. Настоящото проучване, свързано с вида на оказаната лекарска помощ при пациенти с телесни повреди се припокрива със заключенията от други публикации относно медико-биологичния характер опасност за живота в определения ѝ от закона временен и постоянен характер.

Обобщеният точков резултат от двукомпонентната скала се представя по следния начин (Таблица 24)

ТП точки	ЛТП	% ЛТП	СТП	% СТП	ТПП	% ТПП	общо	% от всички
1	31	2,36					31	1,28
2	88	6,71					88	3,63
3	128	9,76					128	5,28
4	99	7,55					99	4,09
5	152	11,59					152	6,27
6	238	18,15					238	9,82
7	213	16,25					213	8,79
8	150	11,44	50	4,9			200	8,25
9	127	9,69	111	10,9			238	9,82
10	85	6,48	106	10,4			191	7,88
11			116	11,4			116	4,79
12			109	10,7			109	4,50
13			146	14,3			146	6,03
14			131	12,8			131	5,41
15			82	8,0			82	3,38
16			68	6,7			68	2,81
17			57	5,6			57	2,35
18			44	4,3			44	1,82
19					28	30,43	28	1,16
20					20	21,74	20	0,83
21					8	8,70	8	0,33
22					5	5,43	5	0,21
23					4	4,35	4	0,17
24					9	9,78	9	0,37
25					12	13,04	12	0,50
26					5	5,43	5	0,21
27					1	1,09	1	0,04
28							-	-
29							-	-
30							-	-
Общо %	1311	54,1	1020	42,1	92	3,8	2423	100

Таблица 24 Резултати от общата оценка по скалата разпределени по ТП

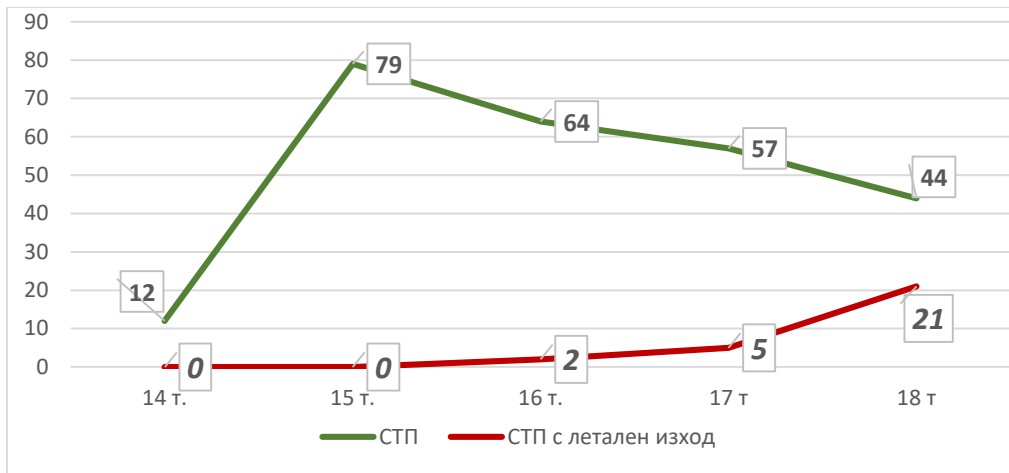
Всички случаи с квалификационен признак за ЛТП се оценяват по скалата в диапазона от 1 до 10 точки, като най-големия процент от тях (18,5 %) са с оценка от 6 точки. В експертните с посочен показател за СТП оценката е от 8 до 18 точки по скалата, с най-многобройна група (14,3%), оценена с 13 точки. От 19 до 27 точки събира медицинската помощ предприета при травмите, квалифицирани като ТТП, 30 %, от които са оценени с 19 точки.

Видно е, че по-големият процент (72,39%) от случаите с ЛТП попадат в групите оценени с ≤ 7 точки. Най-много са случаите със СТП, на които е дадена сборна оценка 13 точки. Не съществува дублиращ се резултат в крайната оценка на лекарската помощ при тежката телесна повреда с останалите степени. При комбинирания вариант на системата виждаме, че по-големите групи се изместват съответно към по-ниската точкова оценка за ЛТП и към по-високата за СТП, така че са с показател извън дублиращите се.

Особен интерес представлява съпоставката между 44 експертни заключения с показатели за средната телесна повреда (опасност за живота) и оценка по настоящата скала 18, при 21 (47,7%), от които има настъпил неблагоприятен резултат (смъртен изход) в хода на лечението или възстановяването, или по юридическата квалификация „средна телесна повреда, довела до смърт“. След като при почти половината от тези пациенти, нуждаещи от еднакъв обем медицинска помощ съществуващия риск за живота не е могъл да бъде преодолян, дали е удачно използването на понятието „временна опасност“ за живота и възможно ли е да съществува приравняване на степента на ТП между посочените случаи и 87-те, оценени с 14 или 15 точки, при които е настъпило пълно възстановяване. В настоящото проучване опасността за живота като показател за телесна повреда се появява при сборен резултат от двете скали 14, и най-ниска съответно 9 от диагностичната и 5 от лечебната, т.е. пациентите с критично за живота състояние са се нуждаели от поне два консултативни прегледа, извършени им са не по-малко от две образни изследвания, оценени са поне по Глазгоу скала, проведени им са апаратни и параклинични изследвания или са хоспитализирани и им е предписано лечение. А също така, при изключително висок процент (89%) от случаите с опасност за живота, определена по изискванията на закона като временна, тя е преодоляна благодарение на лекарската помощ.

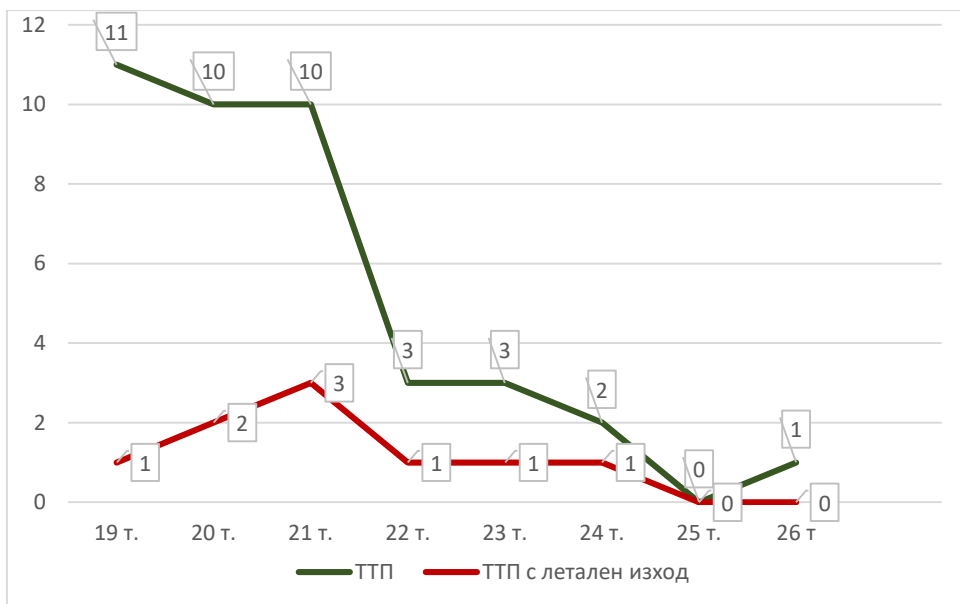
Разделението по групи след оценката по скалата е представено на фигурата. (Фигура 21)

Групата казуси, определени с признак за ТТП с постоянна опасност за живота имат показател по системата над 19 точки, като най-големия процент (27,5%) от тях се оценяват именно с такъв резултат. Летален изход (средна телесна повреда с последвала смърт) е регистриран в 20,4% от случаите оценени с 16, 17, 18т.



Фигура 21 Оценка на случаите с опасност за живота като СТП и СТП с последвал смъртен изход

Аналогичното сравнение за казусите с ТТП показва резултати, откриващи противоречия в медицинската обосновка на опасността за живота. При всички 40 случая с квалификация „постоянно общо разстройство на здравето опасно за живота“ (ТТП), оценени по скалата от 19 до 26 точки смъртните случаи са 9 (22,5%), докато при тези които са квалифицирани като средна телесна повреда процентът е 20,4 %.(Фигура 22).



Фигура 22 Оценка на случаите с опасност за живота като ТТП и СТП с последвал смъртен изход

Видно е, че в групата с 19 точки, за която сборът оценяващ лекарската помощ е по-висок регистриран смъртен изход има само при 1 пациент, докато процентът смъртност наблюдаван при оценка 18т СТП, за ТТП се достига при казусите събрали над 20 точки. Медицински погледнато опасността за живота не би следвало да се степенува и възможност за промяна в опасното за живота състояние може да окаже единствено лекарската помощ.

Предложения начин за цифрова оценка на оказаната медицинска помощ би могла да се използва в помощ на квалификацията, като сбор от ≥ 16 категорично определя опасност за живота. Като се има предвид, че случаите с временна опасност за живота, оценени над посочения резултат представляват 97,6 % от всички със СТП съвсем основателно може да се твърди, че в най-голям обем оказаната лекарска помощ е при пациентите с реална опасност за живота и нейното въздействие върху състоянието няма как да бъде игнорирано. Използването на медицинската помощ като обективен фактор, оказващ въздействие върху квалификацията за телесна повреда само по себе си ще наложи преосмислянето и на понятието „временна опасност“.

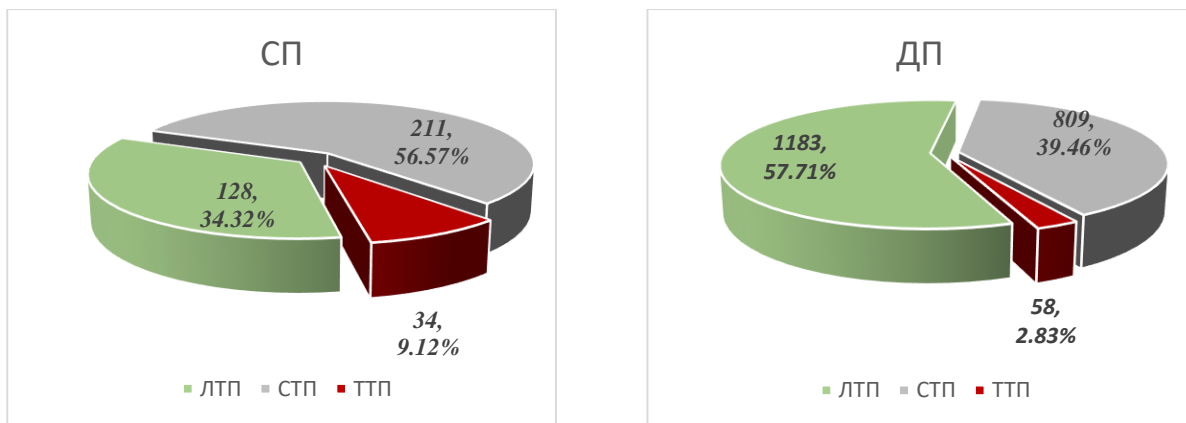
Като се разгледа горната точкова граница за СТП следва да се обърне внимание на трите групи точкувани съответно с най-ниските стойности 8,9 и 10 точки, чиято оценка се припокрива с казусите преценени като лека телесна повреда, или отново се очертава „спорна група“ за степенуване и квалификация. (Таблица 25.) Анализът на отделните показатели потвърждава съществуващите противоречия в съдебномедицинската практика към момента. Цитираната в експертните медицинска документация при тях позволява да се оценят всички показатели по използваната скала, което безспорно показва че целенасочено в помощ на обосновката са търсени резултати от диагностичните и лечебни мероприятия.

ТП точки	ЛТП	% от ЛТП	СТП	% от СТП
8	150	11,44	50	4,9
9	127	9,69	111	10,9
10	85	6,48	106	10,4
Общо	362	27,6	266	26,07

Таблица 25 Съотношение в случаите оценени с еднакъв брой точки при ЛТП и СТП

Получените резултати все пак маркират разграничителни линии между ТП, предвид отношението в броя на случаите, но и очертават връзката между тежестта на увредата и обема на приложената медицинска помощ. Това е още един аргумент в полза на необходимостта от разясняване на МД при квалификацията на ТП.

Друга особеност проследена в хода на проучването, забелязана още в началния му етап, е експертното отношение към медицинската помощ в зависимост производството по което е назначена експертната (Фигура 23).



Фигура 23 Сравнение между степените телесни повреди разглеждани в СМЕ по ДП и СП

Разликата в относителните дялове на квалификациите за трите степени телесни повреди в различните фази е разбираема и приемлива, предвид същността на производствата. (Фигура 23) Сравнителното ѝ представяне в случая е с цел да се базира разликата във включването на медицинската дейност при изготвянето на експертизите, а от там и отражението ѝ върху квалификацията. Очакваният резултат за относително по-големите процентни дялове на квалификациите за средна и тежка телесна повреда бе потвърден, като не в такава степен за ТТП, което пък от своя страна снижава дяловете за присъдени квалификации за този тип ТП в досъдебното производство. (Таблица 26)

ТП \ СП	ЛТП	% от общия брой на групата	СТП	% от общия брой на групата	ТТП	% от общия брой на групата	общо	% от съдебните производства
НОХД	5	7,04	61	85,91	5	7,04	71	19,03
НЧХД	70	100,00	-	-	-	-	70	18,76
ГД	53	39,84	68	51,12	12	9,02	133	35,66
ТД	-	-	82	82,82	17	17,17	99	26,54
общо	128	34,32	211	56,57	34	9,12	373	

Таблица 26 Групи СМЕ по вида на СП и ТП

За разглежданата на този етап група експертизи на фаза съдебно производство бе установено, че медицинската помощ е отразена в достатъчен обем, за да може да получи съответните цифрова оценка по всички показатели при използваната от нас скала. Тези резултати още веднъж показват участието на всички медицински мероприятия при изграждане на

заклучението за медико-биологичните квалификационни признаци. Показателите за лека, средна и тежка ТП, посочени в заключението на тези случаи са посочени в таблицата. (Таблица 27)

Получените резултати показаха много ясно разграничаване на медицинската помощ, оказана при пациентите с различна степен телесна повреда, но въпреки че при тях са оценени всички критерии все пак се касае за точкуване на 14,15% от всички разгледани експертизи. Възможността за отчитане на пълния резултат донякъде се дължи и на времето, в което се назначават експертизите в СП, понякога доста време след завършване на възстановителния период. Поради тази причина предложената скала дава възможност за оценка по показателите по дадените назначения и препоръки. Възможно е обмислянето на корекционен индекс.

ТП Точки	ЛТП	% ЛТП в СП	СТП	% СТП в СП	ТТП	% ТТП в СП	общо	% от всички в групата
1							-	-
2	2	1,56					2	0,54
3	4	3,13					4	1,07
4	17	13,28	} 79,69%				17	4,56
5	11	8,59					11	2,95
6	21	16,41					21	5,63
7	49	38,28					49	13,14
8	12	9,38					12	3,22
9	11	8,59				11	2,95	
10	1	0,78	3	1,42			4	1,07
11			11	5,21			11	2,95
12			8	3,79			8	2,14
13			23	10,90	} 85,31%		23	6,17
14			71	33,65			71	19,03
15			47	22,27			47	12,60
16			39	18,48			39	10,46
17			4	1,90			4	1,07
18			5	2,37			5	1,34
19			-	-	4	11,76	4	1,07
20					3	8,82	3	0,80
21				79,41%	6	17,65	6	1,61
22					6	17,65	6	1,61
23					8	23,53	8	2,14
24					1	2,94	1	0,27
25					5	14,71	5	1,34
26					1	2,94	1	0,27
27								
28								
29					-	-	-	-
30					-	-	-	-
Общо	128		211		34		343	14,15
% от всички	1311	9,76	1020	20,68	92	36,95	2423	100

Таблица 27 Оценка на ЛП при казусите от СП.

Предложението за система, която в кратък и опростен вариант да дава цифрово измерение на сбора от диагностични и лечебни дейности, осъществени спрямо пациентите с ТП показва резултати, които определено биха послужили в помощ на квалификацията.

Съотношението между получените резултати с точковата оценка на медицинските дейности и степените телесни повреди се представя в няколко варианта. На първо място се посочва диапазонът от точки, в който се класират случаите със съответната степен ТП. Във втори план се маркира цифрата на точковата оценка, получена при най-многобройната група (в %) случаи със съответната ТП и в третия вариант се посочва точковият интервал, с който са оценени повече от 75% от казусите. (Таблица 28)

ТП \ точки от:	ДМД	най-многобр. група	>75 %	ЛМД	най-многобр. група	>75%	ДМД + ЛМД	най-многобр. група	>75%
ЛТП	1-9	5 (23,0%)	4-5	0-6	2 (27,23)	1-2	1-10	6 (18,2%)	5-9
СТП	5-13	7 (30,4%)	6-10	3-8	5 (20,78)	3-6	8-18	13 (14,3%)	9-14
ТПП	12-15	13 38,0%	12-14	8-14	9 (26,1)	8-11	19-27	19 (30,4%)	19-25

Таблица 28 Обобщена комбинирана оценка по ТП

Отразяването на двете групи ДМД и ЛМД чрез предложените критерии и в определения алгоритъм много би улеснило и намирането на съответната информация в предоставените документи, както и би дало насока за събирането и прилагането на оптимален обем от медицинската документация.

Изградената скала за оценка на лекарската помощ е замислена и така, че има възможност за включване на други показатели, даване коефициент на превес на някои от тях и най-вече може да бъде използвана както в цялост, така и в двете ѝ отделни части за диагностична и лечебна дейност. Не следва да се приема или да се прави паралел между използваните критерии за квалифициране на медицинската дейност по скалата със степен на изпълнение на поставените принципи в нормативни своєвременност, достатъчност и качество на медицинската помощ, регламентирани от ЗЗ. Избраният начин на оценяване не показва доколко спрямо пациента са положени адекватни медицински грижи, а по-скоро се отнася до това доколко съдебномедицинския експерт е взел под внимание всички осъществени медицински мероприятия при своята квалификация.

Разглеждайки представения начин за оценка на медицинската помощ чрез скала е редно да очертаем предимствата и недостатъци, възприети при изследването.

Предимствата произлизат от избраните критерии за оценка. Условието те да бъдат представени на общодостъпен, разбираем за всяка една от страните начин е изпълнено предвид достатъчно ясните формулировки на включените в диагностичната и лечебна част показатели. Друг полезен момент на скалата е пряката връзка между нейните определители и основните въпроси, стоящи пред експертизите. Последователността на критериите следва обичайната поредност на диагностичните и лечебни мероприятия, предприемани спрямо пациентите с телесна повреда. Следвайки приетия алгоритъм за оценка се увеличава възможността за бърза ориентация при търсене на определени документи и обозначените на определените места в тях показатели. Не на последно място е лесният вариант за пресмятане на четиристепенната оценка на петте показателя в двата компонента на скалата.

Недостатъците при използване на избраната система произхождат от не винаги пълния пакет медицински документи, събрани от оторизираните за целта разследващи органи, и/или неточното, неясно или непълно обозначените данни. Основният недостатък, който предполагаме, и който може би ще бъде изтъкнат от всеки практикуващ експерт, е степента на обективност на посочените в медицинската документация данни. Съмнението относно отразената в медицинската документация информация се поражда от основните недостатъци на определения начина за финансиране на медицинската дейност в страната и липсата на обвързаност между него и ефективността на лечението като краен резултат. Често за да се постигне по-голям обем от диагностични и лечебни мероприятия при травмените състояния се стига до промяна в диагнозата, особено ако се налага повторна хоспитализация в рамките на месец. В накратко изложените особености във финансиране на медицинската дейност донякъде се коренят и негативите от използване на данните, посочени в медицинската документация в полза на съдебномедицинската експертиза и от там преценката на обективното състояние на пациента и съответно наказанието за нарушителя. Като недостатък би се разглеждало определението на медицинската дейност чрез така опростен числен израз, който вероятно ще предизвика паралел с даването ѝ на количествено измерение. В системата при всеки от критериите съществува показател 0 - съпроводен с указаниято, че той следва да се приема, когато дейността не е извършена. Това не следва да се тълкува като пропуск в медицинската дейност спрямо пациента, а като индикатор, че за дадената дейност няма медицински показания да бъде извършена. Във връзка с изтъкнатите хипотетични и реални недостатъци смеем да твърдим, че в подбора на критериите сме целели да отчитаме не конкретни клинични диагнози, стойности и показатели, резултат от диагностиката или лечението, а конкретна фактология. Повечето

дескриптори са сведени до това дали дадена дейност се налага или не, дали е извършена или не, колко пъти и с каква продължителност е прилагана. Неколкократно сме обърнали внимание на това че точковата оценка, получена чрез скалата е целенасочено подпомагане на тясноспециализираната съдебномедицинска обосновка и квалификация на ТП.

Другата основна полза, коментирана при изграждането на системата е нейните компоненти да послужат като алгоритъм за отразяване на медицинската дейност, което при представената схематична форма и обособени разграничители е изключително улеснено.

Употребата и утвърждаването на тясно специализирани скали, посочващи цифров индекс е изключително онагледяващ момент в представянето тежестта на увреденото здраве като цяло. Близките или припокриващи се оценки от отделни скали затвърждава изводите или решава въпроси при спорни или гранични казуси.

Без каквито и да е претенции за стойност и съпоставимост с утвърдени скали определяме предложената от нас система като строго специфична, приложима само в съдебномедицинската практика. Обсегът на приложение обхваща две групи определители диагностична и лечебна част, всеки от които може да бъде допълнен.

Неактуализираната дълги години норма от Постановление №3/1979г, че преценката се прави към момента на причиняването на телесната повреда, а не в по-късен момент, не може да приемем, че именно оказаната помощ ще се оцени единствено с израза „възможно е настъпването на изменения, които променят или заличават последиците“. Това бе основното, което ни мотивира по някакъв начин да онагледим дейността и степента на нейното участие за възстановяване след травма.

Разбира се, че стриктно следва да се спазват нормите на Закона, но и същите следва да са ясно и точно определени. Наказателният кодекс със своите текстове дава най-вече рамката, по която следва да се прецени нарушената анатомична цялост и степента на засегнатата функция в резултат на претърпените увреди. Законодателството ни предоставя възможности за редица подзаконови и приравнени на такива актове, които могат да се използват с цел нормативно залагане на по-ясни критерии свързани с квалификацията на ТП. Например ако едновременно с показателя “загуба на слезка“ се посочат и другите степени на увреда на вътрешни органи квалификационният признак даден от вещото лице няма да е различен в различните части на страната. Или ако един от най спорните критерии между лека и средна телесна повреда - фрактура на носни кости се включи в общ критерий – фрактура на лицеви кости, който се определя като СТП няма да се налага при всяко заключение да се интерпретира по различен начин степента на затруднено носно дишане. И не на последно място целта на проучването, което предлагаме -

оценката на обема лекарска помощ също да е в определен раздел от структурата на документа с ясно уточнени критерии за да не се пропуснат етапи от оказаната медицинска помощ.

Да не пропускаме все пак това, че телесната повреда е обществено опасно деяние, а според НК: „Общественоопасно е деянието, което застрашава или уврежда личността, правата на гражданите, собствеността, установения с Конституцията правов ред в Република България или други интереси, защитени от правото“. Това несъмнено навежда разсъжденията в посока дали в обществено опасния характер на деянието телесна повреда не следва да се разгледа използвания здравен ресурс в групата на нарушените обществени отношения. Дори да не се сдобие със статут на „защитен от правото обществен интерес“, в пълния смисъл на това понятие, лекарската помощ в тези случаи следва да се посочи и опише чрез всички свои показатели. Възможност да направят това имат тези, които чрез своите специални знания, разясняват медико-биологичните процеси и явления на правовите органи и обществото, т. е съдебните медици. Въпреки, че към настоящия момент не е лесно фокусът на общественото мнение да се отклони от „лекарските грешки“ в насока лекарска помощ, опитът може да стартира с предложението за извеждане на медицината от групата на дейностите, „представляващи източник повишена обществена опасност“. В никакъв случай това не означава че тя не следва да бъде правно регламентирана, но регламентът да предполага не само отговорност, а и справедлива оценка.

V. ИЗВОДИ

В хода на изпълнението на формулираните задачи за постигане на целта и при анализа на получените от проучванията резултати се обобщиха следните изводи:

➤ В действащия наказателен кодекс и подзаконовата нормативна база няма ясни указания за оценка на въздействието на лекарската помощ, оказана при пациенти с виновно причинени увреждания. Наредбата, регламентираща условията и реда за изготвяне на съдебномедицинската експертиза не посочва вид и алгоритъм за събиране, отразяване и анализ на данните, касаещи оказаната медицинска помощ.

➤ Съгласно общоприетите правила за осъществяване на правно регламентирана дейност за дисциплината съдебна медицина и деонтология няма приет медицински стандарт, което води до различни становища при еднотипни по степен телесните повреди, а от там от налагане на противоречива съдебна практика.

➤ Медицинската дейност е основният фактор, оказващ влияние в полза възстановяване и подобряване на състоянието на пациента след нанасяне на телесна повреда, а като засегнат обществен ресурс тя по никакъв начин тя не бива калкулирана при осъждането на обществено опасни деяния.

➤ Резултатите от сравнителен анализ на някои от изведените критерии, показват че при експертизи с поставени целенасочени въпроси за вида на оказаната лекарска помощ се извеждат по-тежки квалификации за телесна повреда за идентични по тежест увреждания. Особено изразена тенденция в това отношение се вижда в експертните заключения за гражданските спрямо наказателните дела, в полза на гражданските.

➤ Резултатите от проучването онагледяват чрез цифров израз обема на вложения здравен ресурс при всеки един разследван казус с причинена телесна повреда.

➤ Съпоставката между резултатите от предложената двукомпонентна точкова оценка и определения квалификационен признак за телесна повреда прави скалата приложима за преценка степента на телесната повреда по оказаната лекарска помощ.

➤ Диагностичната и лечебната част на скалата имат еднаква точност при определяне степента на телесна повреда, като комбинираното им приложение е по-показателно в сравнение с всяка една от тях.

➤ Обособяването на отделен раздел за медицинска документация в СМЕ и спазване на определен алгоритъм при цитирането ѝ, като вид и определени показатели от нея, допринася са получаване на информация за обема, качеството и ефективността на медицинската помощ.

➤ Получените резултати от проучването на медицинската помощ от съдебномедицински аспект допълват обективизацията на телесното увреждане като степен засегнатата функция и анатомична цялост и очертават основните показатели от алгоритъма на нейното отразяване в СМЕ.

VI. ПРЕПОРЪКИ

➤ Промяна в подхода при разглеждане на медицинската помощ, оказана при пациенти с причинена телесна повреда, както от страна на съдебномедицинските специалисти, така и от страна на юристите.

➤ Въвеждане на комплекс от изисквания, необходими при интерпретацията на лекарската помощ при медико-биологичните квалификации на телесната повреда с обмисляне на нормативно заложените критерии.

➤ Създаване на алгоритъм за отразяването на лекарската помощ в съдебномедицинските експертизи, касаещи нанесени телесни повреди.

➤ На база получените при проучването резултати се открива възможност за използване на голяма част от наложените в медицинската практика скали за оценка на травмите, болката и психоемоционалното състояние, които дават количествено измерение чрез цифри, проценти, определителни словесни категории. Всички те ориентират ползвателя за отражение на

дадено явление или въздействие върху индивида и отразяват степента на повлияване върху крайния резултат и са в полза на обективизацията.

➤ Даване на цифрова оценка на лекарската помощ по начин предложен в проучването прави препратка към квалификационния признак за телесна повреда с доста ясно отграничени рамки.

Показателите за **лека телесна повреда** се оценяват по ДМД/ЛМД с **1-10 точки**.

Показателите за **средна телесна повреда** се оценяват по ДМД/ЛМД с **8-18 точки**.

Показателите за **тежка телесна повреда** се оценяват по ДМД/ЛМД с **19-27 точки**.

➤ Промяна или добавяне на медико-биологичните квалификационни признаци за очерталите се спорни или гранични показатели, които да бъдат обективизирани чрез конкретни медицински критерии за нарушена цялост или засегната функция.

➤ Препоръка за приемане на консенсусни решения относно най-често срещаните противоречия в съдебномедицинската експертна практика при интерпретацията на телесните повреди на база обективни критерии произлизащи от медицинската дейност.

През погледа на съвременното, при нарастващото с бързи темпове развитие на медицината и при непрекъснато завишаващите се редом с това изисквания на обществото, е наложително да се обърне внимание на тази част от медицинската дейност, която е връзката между звената, отговорни за спазването на човешките права и тези в служба на здравето му.

VII. ПРИНОСИ

С теоретично-познавателен характер:

➤ Извършен е анализ на включените в експертната преценка диагностични и лечебни мероприятия, осъществявани при пациенти с нанесена телесна повреда.

➤ Изведени са отделни съдебномедицински критерии от диагностичната и лечебната медицинска дейност, които оказват отражение при избора на медико-биологичен квалификационен признак за телесна повреда.

➤ Предложена е форма, по която да се даде цифрова оценка на медицинската помощ, прилагана в случаи с виновно причинени увреждания.

➤ За първи път у нас се прави опит да се анализира отражението на лекарската помощ, приложена при случаи с виновно причинени увреждания.

С приложно-практически характер:

➤ Предложен е алгоритъм за отразяване на медицинската информация в процеса на изготвяне на съдебномедицинската експертиза по писмени данни относно причинени телесни повреди;

➤ Предложен е вариант за разширяване на анализа на медико-биологичните показатели при разследването, наказателния и гражданския процес, съобразно съвременното развитие на медицината и чрез използване на скали оценяващи травмата;

➤ Препоръчва се отразяване на изминалия период от травмата до времето, към което се дава медико-биологичната квалификация;

➤ Направени са конкретни предложения.

В полза на СМЕ - открива се възможност за бърза ориентация в обема на оказаната медицинска помощ с препратка към степента на квалификационния признак за ТП;

В полза за **наказателния процес** - при осъждане на общественоопасния характер на престъпното деяние - телесна повреда да се изтъкне използвания обществено значим ресурс от страна на здравеопазването за преодоляване на последствията;

В полза на **гражданския процес** – обективизиране на претендираните имуществени и неимуществени вреди свързани с медицинската помощ.

VIII. ПУБЛИКАЦИИ И УЧАСТИЯ СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

Gospodinova D., Kaisheva E. Dokov W. Different aspects of legal assessment of healthcare provision to road accident participants. 100 rokov ustavu sudneho lekarstva - Bratislava, 215-222, 2019

Gospodinova D., Dokov W., Kaisheva E. Opportunities for objective determining the case of death as a result of trauma or inadequate treatment. Folia Societatis Medicinae Legalis Slovacaе 9 (2), 131-134, 2019

Gospodinova D., W Dokov, Kaisheva E. Analysis of the liability in case of death after mechanical injury and medical treatment. Folia Societatis Medicinae Legalis Slovacaе 9 (2), 84-88, 2019

IX. ПРИЛОЖЕНИЯ (към дисертационния труд)

Приложение № 1–Скала за отчитане на диагностичната медицинска дейност

Приложение № 2–Скала за отчитане на лечебната медицинска дейност

Приложение № 3–Цифрова оценка на лекарската помощ спрямо квалификационните признаци за телесна повреда

Приложение № 4–Скали за оценка тежестта на травмата, приложими в съдебномедицинската практика по наличната информация в медицинската документация.

Приложение № 5 - Скали за оценка на болката, приложими в съдебномедицинската практика по налична информация в медицинската документация.