

## UZASADNIENIE

Pismem z dnia 9 września 2013r. pokrzywdzony R. K. zawiadomił o uzasadnionym podejrzeniu popełnienia przestępstw z art. 162 § 1 k.k., art.160 § 1 k.k., z art. 231 § 1 k.k. i art. 155 k.k. wnosząc o wszczęcie postępowania w związku nieudzielaniem pomocy S. K., narażeniem S. K. na niebezpieczeństwo utraty życia, niedopełnieniem obowiązków przez funkcjonariuszy publicznych lekarzy Szpitala (...) w D. i (...) w W. i nieumyślnym spowodowaniem śmierci S. K..

Postanowieniem z dnia 25 sierpnia 2014r. Prokurator Prokuratury Rejonowej w D.umorzył dochodzenie w sprawie (...)w sprawie narażenia w okresie od dnia 29 sierpnia 2013r. do dnia 2 września 2013r. w D. i W.na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia S. K.pomimo ciężącego obowiązku opieki nad osobą narażoną, to jest o czyn z art. 160 § 2 k.k. wobec braku w czynie znamion czynu zabronionego (art. 17 § 1 pkt 2 k.p.k.).

W uzasadnieniu wskazano, iż w związku z pisemnym zawiadomieniem R. K.podjęto czynności w trakcie, których przesłuchano R. K., A. K., J. K., P. K., lekarza Szpitala (...) w D.M. M. (1)oraz L. F., G. Ż.– technika(...)oraz lekarzy Szpitala (...) w W.W.R., M. K., J. S. i M. M. (2)oraz zgromadzono dokumentację medyczną pacjenta. Ponadto w celu wydania opinii w sprawie powołano biegłych z (...)w P.Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej dr med. K. K.i dr med. S. S., którzy w wydanej w dniu 31 lipca 2014r. opinii zgodnie stwierdzili, że bezpośrednią przyczyną zgonu S. K.była niewydolność pnia mózgu w następstwie masywnego krwawienia podpajęczynówkowego, śródmózgowego i dokomorowego oraz obrzęku mózgu w przebiegu pęknięcia tętniaka tętnicy łączącej przedniej. Biegli ocenili, iż proces leczenia, a w szczególności interwencja neurochirurgiczna oraz leczenie farmakologiczne były zgodne z zasadami wiedzy medycznej, nie doszukali się błędu decyzyjnego i diagnostycznego chorego w przypadku pierwszej wizyty Pogotowia (...)i wskazali, iż nie można mówić o błędzie ze strony lekarza M. M. (1), uznając jego działanie za adekwatne do stwierdzonego przez niego stanu podmiotowego i przedmiotowego oraz uznali, że ich zdaniem w tym przypadku nie można też mówić również o zbyt późnym podjęciu leczenia neurochirurgicznego, włączając w to leczenie wewnątrznaczyniowe, ani o spóźnionym transporcie chorego do szpitala specjalistycznego, a niepowodzenie lecznicze należy wiązać z naturalnym przebiegiem choroby, jakim jest masywne krwawienie z pękniętego tętniaka tętnicy łączącej przedniej i jego konsekwencjami.

Zażalenie na powyższe postanowienie złożył pokrzywdzony R. K., zaskarżając je w całości i wnosząc o jego uchylenie oraz przekazanie sprawy do dalszego prowadzenia. Skarżący zarzucił, iż nie przesłuchano sanitariuszy interweniujących w domu pacjenta, wskazując, iż już przy pierwszym wezwaniu karetki pogotowia u S. K. występowały ewidentne objawy udaru mózgu. W ocenie skarżącego lekarz Pogotowia (...) informowany o takich objawach zlekceważył widoczne i przedstawione przez rodzinę symptomy i odmówił hospitalizacji i taką, zdaniem skarżącego, prawdziwą wersję wydarzeń przedstawiliby nie przesłuchani sanitariusze, będący w zespole pogotowia. W dalszej części skarżący odniósł swoje rozważania do opinii biegłych, w której jego zdaniem podane rozstrzygnięcia dotyczące braku objawów neurologicznych oparto wyłącznie na zeznaniach M. M. (1), przesłuchanego pobieżnie, które są sprzeczne

z zeznaniami pozostałych świadków i jednocześnie nie zostały zweryfikowane wobec braku zeznań sanitariuszy. Skarżący nie zgodził się także z ustaleniami biegłych dotyczącymi prawidłowości procedur w sprawie czasu reakcji na zdiagnozowany stan pacjenta, biegli nie odpowiedzieli na pytanie, czy gdyby S. K. był hospitalizowany niezwłocznie, czy miałby szanse na przeżycie, a ta odpowiedź według skarżącego jest oczywista. W ocenie pokrzywdzonego postępowania przygotowawcze ograniczono jedynie do zebrania dokumentacji medycznej, nie przesłuchano osób mogących doprowadzić do wyjaśnienia sprawy. Wniósł ponadto o przesłuchanie sanitariuszy, przesłuchanie pozostałego personelu medycznego, w tym osób sprawujących opiekę nad pacjentem w Szpitalu w D., w czasie

transportu do Szpitala w W., przesłuchanie lekarza M. S., która przyjmowała S. K. na oddział neurochirurgii w Szpitalu w W.

i przez pierwsze dni była lekarzem prowadzącym oraz ponowne powołanie biegłych, w celu wydania opinii w tej sprawie.

Prokurator Rejonowy w D. przekazując Sądowi zażalenie wraz

z aktami sprawy wniósł o jego nieuwzględnienie i utrzymanie zaskarżonego postanowienia w mocy, podnosząc, iż z opinii biegłych jednoznacznie wynika, że proces diagnostyczny i leczniczy w tym leczenie farmakologiczne były zgodne z zasadami wiedzy medycznej, nie można mówić o zbyt późnym transporcie chorego do szpitala specjalistycznego, a niepowodzenie lecznicze należy wiązać z naturalnym przebiegiem choroby, jakim jest masywne krwawienie z pękniętego tętniaka tętnicy łączącej przedniej i jego konsekwencjami.

Sąd po dokonaniu analizy akt sprawy uznał, iż decyzja procesowa podjęta przez Prokuratora Prokuratury Rejonowej w D. o umorzeniu dochodzenia w sprawie na podstawie art. 17 § 1 pkt 2 k.p.k. jest w pełni zasadna, a zażalenie nie zasługuje na uwzględnienie.

Przedmiotem ochrony z art. 160 § 2 k.k. jest życie i zdrowie człowieka, a sprawca tego przestępstwa musi mieć prawny, szczególnie obowiązek zapobiegnięcia powstania bezpośredniego niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia pokrzywdzonego, bez względu na źródło tego niebezpieczeństwa. Przy czym w ustawie nie jest określony sposób zachowania sprawcy realizującego znamiona typu czynu zabronionego. Zachowanie to ma polegać na „narażaniu” człowieka. Narażenie człowieka na niebezpieczeństwo zachodzić będzie w wypadku naruszenia przez sprawcę opartych na wiedzy i doświadczeniu reguł postępowania w stosunku do drugiego człowieka, reguł wykształconych dla określenia tolerowanego ze względu na wagę podejmowanej czynności, stopnia zagrożenia. Sprawca musi naruszyć tę regułę postępowania, która chroni bezpieczeństwo życia lub zdrowia ludzkiego przed zagrożeniem na tej drodze, na której sprawca je w rzeczywistości sprowadził. Przestępstwo określone w art. 160 § 2 k.k. może być popełnione zarówno przez działanie, jak i przez zaniechanie.

Do dokonania przestępstwa z art. 160 § 2 k.k. konieczne jest wystąpienie skutku w postaci bezpośredniego niebezpieczeństwa utraty życia człowieka albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Przy czym chodzi tutaj o konkretne narażenie na niebezpieczeństwo. Niebezpieczeństwo rozumiane jako pewna obiektywna sytuacja, pewien szczególnie układ rzeczy i zjawisk, z którego rozwojem zachodzi wysokie prawdopodobieństwo nastąpienia uszczerbku w dobrze prawnym. W takim znaczeniu niebezpieczeństwo jest znamieniem omawianego czynu zabronionego i dla przyjęcia odpowiedzialności za dokonanie, w postępowaniu musi być ono ustalone. Jest to niebezpieczeństwo o charakterze indywidualnym, co oznacza, że zagraża określonymi w ustawie skutkami indywidualnie określonej osobie. Z kolei skutkiem, o którym mowa w art. 160 § 2 k.k. jest nie tylko spowodowanie zagrożenia w sytuacji, w której przed zachowaniem sprawcy żadne niebezpieczeństwo pokrzywdzonemu nie zagrażało, ale także skutek ten będzie miał miejsce wtedy, gdy sprawca swoim zachowaniem zwiększa zagrożenie dla już zachodzącego bezpośredniego niebezpieczeństwa. W szczególności będzie to miało miejsce wtedy, gdy sprawca zobowiązany do zapobiegnięcia niebezpieczeństwu zaniecha wykonania ciężącego na nim prawnego, szczególnego obowiązku ( wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 sierpnia 2000r. w sprawie sygn. akt WA 23/00).

Jak podnosi się w orzecznictwie Sądu Najwyższego dla przypisania odpowiedzialności lekarzowi (gwarantowi) za przestępstwo z art. 160 § 2 k.k. niezbędne jest wykazanie, że lekarz miał świadomość, iż ciąży na nim szczególnie obowiązek opieki nad osobą zagrożoną, ponadto, że lekarz miał świadomość i wolę nieudzielenia świadczenia zdrowotnego, a także, że przynajmniej godził się na to, iż poprzez zaniechanie jego udzielenia naraża pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo wystąpienia określonych w tym przepisie następstw wynikających przyczynowo z takiego zaniechania, tj. utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu ( wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 kwietnia 2000r. w sprawie sygn. akt V KKN 318/99). Przestępstwo określone w art. 160 § 2 k.k. charakteryzuje się umyślnością, może być popełnione zarówno z zamiarem bezpośrednim, jak i z zamiarem wynikowym, a sprawca swoją świadomością obejmuje przynajmniej możliwość narażenia człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia

lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu i chce tego albo, przewidując możliwość narażenia człowieka na określone skutki, godzi się na takie narażenie.

W przypadku działania nieumyślnego stypizowanego w art. 160 § 3 k.k. sprawca nie mając zamiaru jego popełnienia, popełnia czyn zabroniony na skutek niezachowania ostrożności wymaganej w danych okolicznościach, mimo, że możliwość popełnienia tego czynu przewidywał albo mógł przewidzieć. Jeśli jednak zarzuconym zachowaniem jest nieumyślne zaniechanie ciążącego na sprawcy obowiązku zapobiegnięcia skutkowi, to warunkiem pociągnięcia go do odpowiedzialności karnej za przestępstwo z art. 160 § 2 i 3 k.k. jest obiektywne przypisanie mu takiego skutku. Warunek ten będzie spełniony wtedy, gdy zostanie dowiedzione, że pożądanego zachowanie alternatywne, stanowiące realizację ciążącego na lekarzu obowiązku, zapobiegłoby realnemu i znaczącemu wzrostowi stopnia tego narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu ( postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 3 czerwca 2004r. w sprawie sygn. akt V KK 37/04, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 1 kwietnia 2008r. w sprawie sygn. akt IV KK 381/07, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 sierpnia 2008r. w sprawie sygn. akt WA 32/08). .

W ocenie Sądu, w świetle poczynionych rozważań materiał dowodowy zgromadzony w niniejszej sprawie nie pozwala na przyjęcie, iż w związku z leczeniem pokrzywdzonego S. K. doszło do popełnienia przestępstwa, wyczerpującego znamiona z art. 160 § 2 lub nawet § 3 k.k.

Zgromadzony materiał dowodowy pozwala na tożsame z poczynionymi przez biegłych ustalenia, że w dniu 29 sierpnia 2013r. do S. K. z powodu złego samopoczucia wezwano karetkę pogotowia rabunkowego, którego lekarz M. M. (1) stwierdził nadciśnienie tętnicze, odnotowując w wywiadzie ból głowy od godziny, zawroty głowy i wymioty a jednocześnie stwierdzając objawy oponowe ujemne (k.21) i pozostawił chorego w domu z informacją, iż w przypadku braku poprawy stanu zdrowia chorego należy ponownie wezwać karetkę pogotowia ratunkowego. Tego samego dnia o godzinie 11:00 ponownie została wezwana do pokrzywdzonego karetka pogotowia, którego zespół stwierdził u pokrzywdzonego oprócz wcześniejszych także objawy neurologiczne – „lewa strona słabsza” (k.22)

i wtedy S. K. został przewieziony do Szpitala (...)

w D., w którym to szpitalu, po wykonanych badaniach neuroobrazowych (wykonanych według zapisów w raporcie pielęgniarskim o godz. 13.30) stwierdzono krwawienie wewnątrzczaszkowe (k. 23-24) i został skierowany na konsultację neurochirurgiczną do Szpitala (...) w W.. Około godziny 18:00 pacjent został przetransportowany do szpitala specjalistycznego w W. i tam na miejscu, także z uwagi na niemożność odtworzenia płyty z nagraniem badania TK wykonanego w szpitalu w D., zaszła konieczność wykonania kolejnego badania TK na miejscu, badanie angio TK wykonano o godz. 20.33. S. K. od godziny 19:54 przebywał na oddziale neurochirurgii Szpitala im. (...) w W. z rozpoznaniem ostatecznym – stan po krwawieniu z pękniętego tętniaka tętnicy przedniej mózgu, krwiak śródmózgowy prawej okolicy czołowo skroniowej, krwotok do układu komorowego mózgu, obrzęk mózgu, neurogenna niewydolność oddechu i krążenia. Stan chorego oceniono jako ciężki. O godzinie 20:33 wykonano badanie TK głowy, na podstawie którego zaobserwowano cechy krwawienia do przestrzeni podpajęcznej z obecnością dużej ilości krwi w świetle układu komorowego. Następnie o godzinie 20:58 wykonano badanie angio – KT głowy z podaniem kontrastu, po czym zdecydowano o leczeniu metodą embolizacji. S. K. poddany został operacji, zabieg rozpoczął się o godzinie 23:10, a zakończył się 30 sierpnia 2013r. o godzinie 01:30 całkowitym wyłączeniem tętniaka z krążenia, a następnie wszczepiono drenaż komorowy. S. K. podłączony został do respiratora. Podjęto leczenie przeciwobrzękowe, przeciwkrwotoczne i terapię wyrównawczą. S. K. zmarł w dniu 2 września 2013r. Rodzina zmarłego odmówiła zgody na sekcję zwłok wobec czego od czynności odstąpiono.

Analiza zebranych dowodów w postaci dokumentacji medycznej S. K., zeznań personelu medycznego oraz opinii biegłych nie pozwala na ustalenia, które uzasadniałyby wniosek, iż ktokolwiek z personelu medycznego pełniącego opiekę nad S. K., dopuścił się zachowań naruszających reguły prawidłowego leczenia, prawidłowej diagnozy, profilaktyki czy też zaniechania pożądanego działania, z którym omawiany wyżej skutek można by było wiązać.

Zgodnie z zeznaniami lekarza pogotowia (...) w momencie pierwszego przyjazdu karetki nie było objawów, które wymagałyby hospitalizacji, wskazując, iż „powodem wezwania była duszność. (...). Następnie wykonałem pomiar ciśnienia tętniczego krwi – wartości były podwyższone (...). Pacjent był przytomny siedział samodzielnie na brzegu

łóżka i odpowiadał na pytania (...). W mojej obecności pacjent nie wymiotował, ale w wywiadzie podawał, że wymioty były. (...). Stwierdziłem, że pacjent choruje na nadciśnienie i ze względu na jego wysokie wartości podałem leki obniżające ciśnienie. Wartości ciśnienia nie były na tyle wysokie aby konieczna była hospitalizacja pacjenta (...). Oczywiście poinformowałem syna, że w przypadku braku poprawy stanu zdrowia należy zadzwonić ponownie na pogotowie” (karta 88 akt). Jednocześnie lekarz stwierdził, iż, zweryfikował informacje pochodzące od syna pacjenta, który „sugerował, że z ojcem jest coś nie tak” wykonując badanie męczyzny, które nie wykazało objawów sugerujących udar mózgu, poza wysokim ciśnieniem. Jednocześnie takie wyniki badań i brak objawów neurologicznych potwierdza dokumentacja z wyjazdu karetki pogotowia, w której odnotowano parametry życiowe pacjenta, dolegliwości zgłaszane w wywiadzie i ustalone w badaniu. W związku z powyższym, w szczególności brakiem sprzeczności pomiędzy dokumentacją a zeznaniami lekarza M. M. (1), brak podstaw do uznania, aby koniecznym było przesłuchanie pozostałych członków zespołu ratunkowego. A. K. składając zeznania potwierdziła natomiast, iż lekarz z pogotowia „powiedział, że jeśli ból głowy nie przejdzie to mamy zadzwonić jeszcze raz na pogotowie” (karta 17 akt).

Przesłuchana na wskazane okoliczności lekarz Izby Przyjęć Szpitala w D. – L. F. podała, iż u S. K. istniały wskazania do wykonania badania KT głowy i do wykonania badania doszło w godzinach około 14:00 – 15:00. „Tomografia pokazała krwotok mózgowy, wtedy zadzwoniłam do W. na neurochirurgię i zgłosiłam pacjenta” (karta 90). Wykonanie badania TK w szpitalu w D. (nie przypominając sobie awarii urządzenia) już ok. godz. 13.30 potwierdziła w swoich zeznaniach technik radiolog G. Ż.

Przesłuchani lekarze ze szpitala specjalistycznego w W. wskazali, iż mieli problem z odczytaniem płyty z badaniem TK zmarłego, dlatego badanie takie zostało wykonane ponownie w szpitalu w W., „albowiem bez takiego badania nie można było podjąć decyzji, co do dalszego leczenia” (karta 107 – zeznania M. K.), „wykonanie badania TK było konieczne do podjęcia dalszych decyzji lekarskich” (karta 109 – zeznania J. S.).

W ocenie Sądu zebrana w sprawie dokumentacja medyczna dotycząca leczenia S. K. przedstawia całokształt podjętych czynności i działań przez personel medyczny obu szpitali, w których leczony był pokrzywdzony, która konieczna była do wydania opinii przez biegłych z (...) w P., a zatem nieuzasadniony jest wniosek dotyczący przesłuchania dalszego personelu medycznego wskazanego w zażaleniu, zwłaszcza, że biegli nie mieli zastrzeżeń co do kompletności tejsze dokumentacji czy wynikających z niej informacji dotyczących stanu pokrzywdzonego.

Podkreślić też należy, iż mając na uwadze całokształt materiału dowodowego w opinii z dnia 31 lipca 2014r. biegli sądowi z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej (...) w P. zgodnie i jednoznacznie wskazali, że bezpośrednią przyczyną zgonu S. K. była niewydolność pnia mózgu w następstwie masywnego krwawienia podpajęczynówkowego, śródmózgowego i dokomorowego oraz obrzęku mózgu w przebiegu pęknięcia tętniaka tętnicy łączącej przedniej, a proces leczenia, a w szczególności interwencja neurochirurgiczna, zarówno w kontekście wewnątrznaczyniowego leczenia pękniętego tętniaka, jak i drenażu komorowego oraz leczenie farmakologiczne były zgodne z zasadami wiedzy medycznej. Odnośnie odmowy hospitalizacji przez lekarza pogotowia ratunkowego podczas pierwszej wizyty i postawionej diagnozy biegli stwierdzili, iż tętniak naczyń mózgowych przebiega zwykle bezobjawowo. Natomiast ewentualna hospitalizacja chorego w przypadku pierwszej wizyty pogotowia ratunkowego byłaby uzasadniona, gdy stwierdzono by wystąpienia jakichkolwiek objawów tętniaka naczyń mózgowych. W trakcie pierwszej wizyty żaden z objawów nie świadczył o obecności tętniaka naczyń mózgowych. Podano, iż z takimi objawami u S. K. miał do czynienia dopiero drugi wyjazdowy zespół pogotowia ratunkowego. Biegli uznali, zatem kategorycznie, iż nie można tutaj mówić o błędzie diagnostycznym ze strony lekarza M. M. (1) i jego postępowanie zostało uznane za adekwatne do stanu podmiotowego i przedmiotowego, biorąc pod uwagę zalecenie wezwania ponownie pogotowia, w przypadku nieustąpienia dolegliwości po podanych lekach. Odnośnie standardu leczenia w przypadku leczenia wewnątrznaczyniowego pękniętego tętniaka biegli podali, iż zakłada się wykonanie tej procedury w okresie 48 godzin po kwalifikacji do jej przeprowadzenia. Wskazano, iż w przedmiotowej sprawie procedura leczenia wewnątrznaczyniowego została przeprowadzona niezwłocznie po zdiagnozowaniu przyczyny krwawienia wewnątrzczaszkowego oraz wykonania drenażu komorowego. Zdaniem biegłych nie można też mówić o zbyt późnym podjęciu leczenia neurochirurgicznego, włączając w to leczenie wewnątrznaczyniowe. Odnośnie czasu przetransportowania pacjenta do szpitala specjalistycznego biegli wykazali, iż w omawianym przypadku nie można

również mówić o zbyt późnym transporcie chorego do szpitala specjalistycznego, a niepowodzenie lecznicze należy wiązać z naturalnym przebiegiem choroby i jego konsekwencjami. Na zakończenie biegli wyjaśnili, iż śmiertelność w przypadkach krwawienia z pękniętego tętniaka naczyń mózgowych waha się w granicach 60% przypadków. W przypadku krwawienia wewnątrzczaszkowego z pękniętego tętniaka biegli wskazali, iż mają tu na myśli całą symptomatologię, czyli występowanie różnych objawów, które mogą narastać w różnym czasie w zależności od konsekwencji dokonanego krwawienia. Podano, iż można mieć do czynienia z przebiegiem skąpo objawowym, jak również z nagłym zgonem bez objawów poprzedzających. Biegli podkreślili, iż w omawianym przypadku nie doszukai się błędu diagnostycznego i terapeutycznego i nie stwierdzili, aby personel medyczny, w którymkolwiek ze szpitalu, czy też inne osoby wywołały u S. K. stan zagrożenia życia.

W świetle powyższej opinii, ocenianej w kontekście całokształtu pozostałego materiału dowodowego, nie można, w ocenie Sądu, zgodzić się z zarzutami zażalenia, że lekarz pogotowia popełnił błąd decyzyjny odmawiając hospitalizacji, lub aby nastąpiła opieszałość lub niedbałość w dalszym jego procesie leczenia w tym diagnostyki szpitalnej, transporcie w celu konsultacji czy wreszcie leczenia neurochirurgicznego i aby miały one związek z pogarszającym się stanem zdrowia pokrzywdzonego, a następnie jego zgonem.

W ocenie Sądu, w toku czynności podjętych przez Prokuratora, nie dopuszczono się także żadnych błędów, konsekwencją, których mogłoby być uchylene zaskarżonego postanowienia. Natomiast wnioski skarżącego o przesłuchanie świadków wskazanych w zażaleniu, w ocenie Sądu, nie mogą jednak mieć istotnego wpływu, z przyczyn już wyżej wskazanych, w szczególności na pełność i miarodajność opinii biegłych, a także treść wyprowadzonych przez nich wniosków i nie stanowią zasadnej podstawy do uchylene zaskarżonego postanowienia i kontynuowania postępowania przygotowawczego, celem ich przeprowadzenia.

Opinia biegłych wydana w przedmiotowej sprawie jest niesprzeczna, logiczna, a zarazem pełna i jasna, albowiem zawiera odpowiedzi i wyjaśnienia na wszelkie kwestie postawione biegłym w postanowieniu o dopuszczeniu z niej dowodu, jak również rozważa całokształt zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, nie pomijając żadnego istotnego dla jej sporządzenia. Wnioski swoje natomiast, biegli w sposób poprzedzony pełną analizą materiału dowodowego logicznie umotywowali. Wnioski te uznać należy jednocześnie za w pełni logiczne, znajdujące oparcie w zgromadzonym materiale dowodowym, jasne i kategoryczne, a przy tym zupełnie spójne ze sobą, co pozwala na uznanie tej opinii, w omawianym zakresie, za w pełni miarodajną dla opierania na nich ustaleń faktycznych i oceny materiału dowodowego w kontekście wiadomości specjalnych.

Wobec powyższego brak jakichkolwiek podstaw do uznania, aby zachodziła w rozumieniu art. 201 k.p.k. konieczność uzyskania opinii uzupełniającej tego samego lub innego zespołu biegłych.

Z powyższych względów, mając na uwadze materiał dowodowy, zgromadzony w toku postępowania przygotowawczego, przeprowadzonego przy tym prawidłowo i wszechstronnie, decyzję Prokuratora o umorzenia dochodzenia, Sąd uznał za w pełni uzasadnioną i orzekł jak w sentencji.

(...)

- (...)

- (...)

(...)