

# РЕШЕНИЕ

№ 484

гр. Плевен, 13.12.2023 г.

## В ИМЕТО НА НАРОДА

**ОКРЪЖЕН СЪД – ПЛЕВЕН** в публично заседание на двадесет и първи ноември през две хиляди двадесет и трета година в следния състав:

Председател: ТАТЯНА Г. БЕТОВА

при участието на секретаря ЖЕНИ Н. СТОЙЧЕВА  
като разгледа докладваното от ТАТЯНА Г. БЕТОВА Гражданско дело № 20214400100616 по описа за 2021 година

### Иск с правно основание чл.49 вр. с чл.45 и 52 ЗЗД.

Постъпила е искова молба от И. А. С. от гр.Л., чрез пълномощника му адв.А.я Ч. от АК-Русе против УМБАЛ ”Д-р Г. Странски”ЕАД гр.Плевен, представлявано от изп.директор доц.д-р Ц. Л., с която е предявен иск с правно основание чл.49 вр. чл.45 и чл.52 от ЗЗД за присъждане на обезщетение в размер на 215 522.56лв., от които: 1. 150 000лева за неимуществени вреди от претърпени болки и страдания и причинено обезобразяване от непозволено увреждане-допусната лекарска грешка при хирургично лечение и хоспитализация през периода 27.12.2014г.-13.01.2015г. и 2. 65 522.56лв. за имуществени вреди-разходи за транспорт и лечение в страната и чужбина, като и за пропуснати ползи от неполучено трудово възнаграждение. Сумите се претендира ведно със законната лихва считано от: за неимуществени вреди – от датата на увреждането/27.12.2014г./, а за имуществени вреди – от завеждане на делото/06.02.2020г./ до окончателното им изплащане. Претендират се и направените по делото разноски, вкл. и за адвокатско възнаграждение. Делото е образувано след изпращането му по подсъдност от Ямболски окръжен съд, където е било разделено, като исковите по чл.45 от ЗЗД на И. С. срещу три физически лица са останали за разглеждане от ЯОС, а настоящото дело срещу болницата е образувано под нов номер и е препратено за разглеждане от Плевенски ОС.

В исковата молба се твърди, че през нощта на Бъдни вечер срещу Коледа - около 1 часа на 25.12.2014г., в заведение в гр.Е., ищецът е бил нападен от собственика на заведението и още седем други лица, като са му били причинени множество увреждания сред които и счупване на носа. На следващия ден е посетил местната болница в гр.Е., където са му направили образна диагностика, потвърдила счупването. Поради това, че в момента не е имало специалист УНГ, е бил откаран за лечение по постоянния му адрес в гр.Л.. На

следващия ден – 26.12.2014г. е потърсил помощ от частно-практикуващ лекар в града, който е установил, че костите на носа трябва да бъдат наместени в болнично заведение. След прегледа в този кабинет, ищецът е отишъл в Клиниката по УНГ при УМБАЛ“Д-р Г.Странски“ЕАД гр.Плевен, където след като е бил предупреден от пациента, че страда от инсулинозависим диабет, Д. С. му наместил носа.

Ищецът твърди, че постоянно контролира кръвната си захар и до този момент тя е била в поносими граници – около 6 милимола/литър. В процеса на репонирането /наместването/ на носа е усетил силна болка и обилно кръвотечение към гърлото, от което е повърнал в двора на болницата. След връщането му у дома гаденето и повръщането е продължило, поради което се свързал с лекуващия лекар, който му е казал на следващия ден да постъпи в болницата за лечение. На 27.12.2014г. ищецът е постъпил в ответната болница, където представил и резултатите от всички направени му дотогава изследвания. Предупредил е за хроничното си заболяване и че в резултат на преживения стрес, травмите по главата и повръщането, е бил със завишени стойности на кръвната захар. При постъпването са му направени нови изследвания и подготовка за операция за наместване на носа, но въпреки високите стойности на кръвната му захар, не са били предприети мерки за намаляването и в приемливи граници. При направената на същия ден операция, съгласно издадената му епикриза, е било направено повторно репониране на носа, а на 29.12.2014г. е бил изписан от отделението. Възстановяването му е продължило в домашни условия, но няколко дни по-късно оперираното място е започнало да се подува и да се събира секрет, вследствие на което ищецът е получил неразположение. На 06.01.2015г. се е събудил със зачервяване и оток около дясното око. На следващия ден е усетил пулсация на мястото и започнал да изпитва болки, след което отишъл на контролен преглед в болницата. На 07.01.2015г. отново е бил хоспитализиран, но въпреки, че е информирал за високи стойности на кръвната си захар, твърди, че не са му били направени изследвания и тя не е била контролирана. На 08.01.2015г. носът му отново е бил опериран за отстраняване на некротизиралите тъкани.

Ищецът твърди, че дренажът на носа му е бил поставен така, че изтичащата от него гной е влизала в дясното му око. В следващите дни състоянието му се е влошило и е започнал да изпада в шокови състояния, поради което е поискал преместване във ВМА-София за лечение. Това е било сторено на 14.01.2015г. с придружаващ го екип от ответната болница. Във ВМА е било предприето комплексно лечение, в рамките на което е било установен вида на причинилия инфекцията бактерия-Ацинетобактер Баумани. В уточняващата молба на л.4-6 от делото на ЯОС е посочено, че е бил заразен и със Златист стафилокок, установен по лабораторен път от ответника. Инфекцията е била обхванала освен носната кухина и дясната половина на лицето, в т.ч. и дясното око. Вследствие така развилата се инфекция ищецът твърди, че едва не е загубил живота си, като на 35-годишна възраст е останал обезобразен-без нос, без дясно око и с дупка в челюстта. Не е можел нито да се храни, нито да пие течности, които са изтичали от зейналите отвори по лицето му. Ищецът твърди също, че е изгубил и работата си като старши полицай в група “Охрана на

обществения ред“ на „сектор „Охранителна полиция“ към РУ Л.. Трудовият му договор е бил прекратен със заповед № 295з-536/24.03.2016г. поради невъзможност да изпълнява възложената му работа. За възстановяване на обезобразените части от лицето, се е наложило да му се направят пластично-реконструктивни операции във Франция, тъй като по лекарска преценка, това не е могло да стане в нашата страна. Тези оперативни интервенции са били съпроводени с още безпокойство, стрес, болки и страдания, а също и със сериозни разходи за пътуване и лечение. Предприети са с цел ищецът да върне нормалния си облик, за да възстанови загубеното си самочувствие и с оглед на социалната му реинтеграция.

Въз основа на изложените по-горе факти и обстоятелства, ищецът счита, че при постъпване за лечение в ответното болнично заведение не му е било предоставено, съобразно увреденото му здраве, адекватно и своевременно лечение, а поради вътрешно-болнична инфекция, е получил усложнения след направените му операции, довели до загубата на половината му лице, горна челюст и око, както и до хроничен остеомиелит. Счита, че причинените му вреди са вследствие проявена немарливост и професионална небрежност от служители на ответника, при упражняване на правнорегламентирана дейност по осъществяване на медицинска услуга. Обезщетението за неимуществени вреди се претендира за причинени физически и психически страдания, болки и терзания, слепота с едното око и пожизнено обезобразяване. Обезщетението за имуществени вреди се претендира за направени разходи за пътуване и лечение, подробно изброени в нарочен опис, приложен към исковата молба и друг в уточняващата молба на л.207-212 от делото на ЯОС, общо в размер на 49 283.84лв. и от пропуснати ползи от неполучено възнаграждение поради преждевременното му освобождаване от служба за 45 месеца/от 24.03.2014г.-23.12.2019г./ в размер на 49 000лв. Общият размер на заявените имуществени вреди е 98 283.84лв. От тази сума ищецът претендира 2/3 или 65 522.56лв. от ответника УМБАЛ“Д-р Г.Странски“ЕАД и 1/3 част – от другите трима ответника по първоначалната искова молба.

Ищецът се позовава на разпоредбите на чл.86, ал.1, т.3, 10. и 12 от закона за здравето; чл. 80 от ЗЗ и чл.6, ал.1 от Закона за лечебните заведения; т.7.3.5. от Наредба № 23 от 18.11.2002г. за утвърждаване на медицински стандарт „Лицево-челюстна хирургия“. Счита, че действията на лекуващите го екипи в ответното болнично лечебно заведение не съответстват на принципа заявен в т.7.3.5. от посочения медицински стандарт, тъй като състоянието му е увредено вследствие на приложеното му некачествено и несъответстващо на индивидуалните му здравни нужди лечение. Не само не е бил решен проблема, за който е потърсил медицинска помощ, но е бил добавен и друг, свързан с приложената му инвазивна терапия в съвкупност със negliжирането на специфичния му здравен проблем-диабета. При предварителната оценка на риска са били пренебрегнати както оценката на операцията върху по-слабата имунна система на ищеца като диабетик и се е достигнало при първата му хоспитализация до кетоацидоза, което е предпоставка за усложнения. Ищецът се позовава и на Наредба № 3 от 08.05.2013г. за утвърждаването не на медицински стандарт по превенция и контрол на вътреболничните инфекции. Счита, че ответника не е взел необходимите мерки и е създал среда за възникване на ВБИ и това е

станало причина за възникване на инфекция в организма му, наред с negliжиране на мерките за укрепване на имунната му система, в т.ч. и чрез понижаване на кръвната му захар.

В исковата молба се изтъква и това, че са налице предпоставките на чл. 49 и чл.45 от ЗЗД за ангажиране на отговорността на УМБАЛ“Д-р Г.Странски“ЕАД гр.Плевен, като възложителя на работата, по време на която са причинени вредите на ищеца, която отговорност е безвиновна и с обезпечително-гаранционна функция. В заключение ищеца моли съдът да постанови решение, с което да осъди болничното заведение да му заплати посочените по-горе суми. Претендират се и направените по делото разноски, вкл. и за адвокатско възнаграждение. Към исковата молба са приложени писмени доказателства по опис в 63 пункта – медицинска документация и доказателства за извършени разходи за лечението на ищеца, които са приети и въз основа на тях са изготвени комплексните СМЕ, с вещи лица от специалностите „Ендокринология“, „Хирургия“ и „Микробиология“ /основна и допълнителна/.

В срока по чл. 131 ал. 1 ГПК е постъпил писмен отговор от ответника УМБАЛ“Д-р Г. Странски“ЕАД гр.Плевен, представляван от изп.директор доцент д-р Ц. Л., в който се излага становище, че исковата претенция по чл.49 вр. с чл.45 от ЗЗД е допустима, но неоснователна, поради което моли съда да я отхвърли изцяло и да му присъди направените по делото разноски. Възражава се, че липсва причинно-следствена връзка между твърдяното в исковата молба противоправно поведение на служители от лечебното заведение и настъпилите неимуществени вреди. Ответника твърди, че не са налице нарушения на медицинските стандарти, не са допуснати грешки, нито пропуски в оказаната на ищеца медицинска помощ-било поради некомпетентност, било от действие, бездействие или небрежност. В Клиника „УНГ“ на болницата натоварените с извършването на работата служители са действали правомерно и не са причинили вреда. Твърди се, че медицинският екип на клиниката включва висококвалифицирани специалисти, притежаващи необходимите знания, квалификация и опит.

В отговора се твърди, че ищецът е бил хоспитализиран в Клиниката по УНГ от 27.12.2014г. до 31.12.2014г. с диагноза “Счупване костите на носа, придружаващи заболявания-захарен диабет, а от 07.01.2015г. до 14.01.2015г. – с диагноза Абсцес на носа; Rinocerebral mukormicosis; придружаващи заболявания-захарен диабет тип 1. Направена е оперативна интервенция за наместване фрактурата на носа. Направени са и микробиологични изследвания от хирургичната рана. Изпратен е и материал от хистологично изследване, от което изследване е установено: № 480- 481/2015 - стена от септумс гнойно-гангренозно възпаление с разявяване, кръвоизливи, съдови микротромби, множество хифи, вкл. със съдова инфилтрация; № 477-479/2015- стена от небце, съдържаща малки слюнчени жлези с изразено гнойно-гангренозно възпаление с разявяване, кръвоизливи, множество хифи, вкл. със съдова инфилтрация и съдови микротромби. Вероятно се касае за инфекция с мукормикоза или аспергилоза. В отговора е разяснено какво представлява и с какво се характеризира гъбичната инфекция „Мукормикоза“, като е

посочено, че заболяването се разпространява бързо и има висока смъртност. Изтъква се също, че хирургичната терапия налага отстраняване на заразената тъкан и може да бъде много драстична когато се налага отстраняване на небцето, носната кухина или очните структури, което води до обезобразяване. Посочено е, че един от основните предразполагащи фактори за инфекцията е неконтролирания захарен диабет, а в случая – и травмата на носа.

Ответникът счита, че заболяването на пациента не е свързано с болничния престой, тъй като тези гъбички се намират в околната среда, включително и върху кожата или в дихателните пътища на хората. Твърди че Мукормикозата е основната причина за тежкото състояние на пациента, а споменатите в исковата молба микроорганизми *Acinetobacter baumannii* и *S.aureus* не са изолирани по време на престоя в клиниката. По времето и на двата престоя на ищеца не са регистрирани случаи на вътреболнични инфекции. Твърди се, че не са извършвани проверки за нарушения на организацията на профилактиката и контрола на вътреболничните инфекции, тъй като не са били регистрирани нарушения по чл. 13, чл.16, чл.19 и чл.20 от Наредба № 2/10.01.2005г. на МЗ за организацията на профилактиката и контрола на вътреболничните инфекции. Същевременно ответникът твърди, позовавайки се на информация от медиите, че ищеца по време на командироването си в района на гр.Е. за охрана на границата, е бил изложен на риск от инфекции поради неосигурени безопасни и здравословни условия на труд от санитарно-хигиенно и материално-битово естество. Поради това и твърди, че хроничния остриомиелит не е резултат от противоправно поведение на медицинския екип на клиниката по УНГ, тъй като инфекцията е съществувала или е била в инкубационен период към момента на постъпване на пациента в лечебното заведение.

Ищецът е постъпил в УМБАЛ“Д-р Г.Странски“ЕАД два дни след нанесения му побой, като преди това е бил и в други лечебни заведения – болницата в гр.Е. и в лекарски кабинет в гр.Л. В тази връзка, при евентуално неуважаване на горните възражения, се прави възражение по чл.51, ал.2 от ЗЗД за съпричиняване на вредоносния резултат от пострадалия. Като евентуално се прави и възражение по чл.110, вр. чл.120 ЗЗД вр. чл.131, ал.2, т.5 от ГПК за погасяване по давност на вземане на ищеца, ако такова е възникнало и предявения иск се окаже основателен спрямо лечебното заведение. Ответника счита че към момента на завеждане на делото на 06.02.2020г. е изтекъл петгодишния давностен срок на общата погасителна давност, започнал да тече на 27.12.2014г. При отхвърляне на иска, моли да бъдат присъдени на ответника направените по делото доказателства.

Към отговора на исковата молба са приложени и приети следни писмени доказателства: Заверени копия от История на заболяването № 44870/обща 1559/27.12.2014г.-31.12.2014г. и История на заболяването № № 770/Обща 24/07.01.2015г.-14.01.2015; Застрахователна полица с клауза „Отговорност на лекари и мед.персонал“, сключена със ЗАД“БУЛСТРАД ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП“, със срок на действие от 01.10.2014г.-30.06.2016г. и трудови договори на работещи в клиниката УНГ специалисти.

На основание чл.219, ал.1 ГПК е допуснато привличането на трето лице-помагач на страната на ответника – ЗАД“БУЛСТРАД ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП“АД, въз

основа на застрахователна полица № 3423140500R00294, със срок на действие 01.10.2014г.-30.09.2016г., обхващаща и исковия период, като на основание чл.219, ал.3 вр. 133 ГПК е приет за разглеждане, при условията на евентуалност/ако бъде уважен предявения срещу ответника главен иск/ обратен иск за регресното притезание спрямо застрахователното дружество, т.е. от от УМБАЛ „Д-р Г. Странски“ ЕАД гр.Плевен против ЗАД „БУЛСТРАД ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП“ АД гр. София. Искът е с правно основание чл.219, ал.3 вр. чл.133, чл.115, ал.1 от ГПК, вр. чл.229 от КЗ/отм./, чл.435 от КЗ, с цена – цената на главния иск, за присъждане на регресното притезание на застрахования от 215 522.56лв., от които 150 000лв. обезщетение за неимуществени вреди и 65 522.56лв. обезщетение за имуществени вреди, ведно със законната лихва върху сумата 150 000лв., считано от увреждането и върху сумата 65 522.56лв., считано от подаване на исквата молба до окончателното им заплащане

Съдът, като взе предвид становищата на страните, обсъди събраните по делото доказателства, прецени ги по реда на чл. 12 ГПК, съобрази изискванията на закона, приема за установено следното от фактическа и правна страна: Предявените иски за заплащане на обезщетение за имуществени и неимуществени вреди от медицински деликт са с правно основание чл.49 ЗЗД, вр. с чл.45 и 52 от ЗЗД и са допустими. Относно тяхната основателност, съдът взе предвид следното :

Съгласно чл. 49 от ЗЗД този, който е възложил на друго лице някаква работа, отговаря за вредите, причинени от него при или по повод изпълнението на тази работа.Разпоредбата на чл.45 ЗЗД предвижда, че всеки е длъжен да поправи вредите, които виновно е причинил другиму, като във всички случаи на непозволено увреждане, вината се предполага до доказване на противното. Съгласно чл.52 ЗЗД обезщетение за неимуществени вреди се определя от съда по справедливост. В тежест на ищеца по исковете за ангажиране на безвиновната гаранционно-обезпечителна отговорност на ответника по чл.49 ЗЗД вр. чл.45 ЗЗД е да проведе пълно доказване на елементите от фактическия и състав - противоправно деяние на лице, на което е възложена работа от ответника по трудов или друг договор, причинени вреди при или по повод изпълнението на възложената работа и причинна връзка между противоправното поведение и причинения вредоносен резултат, като във всички хипотези на непозволено увреждане, включително на отговорност по чл.49 вр. чл.45 ЗЗД вината се предполага до доказване на противното.

В нормата на чл.79 от Закона за здравето е предвидено, че медицинската помощ в Република България се осъществява чрез прилагане на утвърдени от медицинската наука и практика методи и технологии. Съгласно разпоредбата на чл.80 от Закона за здравето качеството на медицинската помощ се основава на медицински стандарти, утвърдени по реда на чл.6, ал.1 от Закона за лечебните заведения и Правилата за добра медицинска практика, приети и утвърдени по реда на чл. 5, т. 4 от Закона за съсловните организации на лекарите и лекарите по дентална медицина. Правото на медицинска помощ се осъществява при прилагането на основни принципи, между които са своевременност, достатъчност и качество на тази помощ чл.81, ал.2, т.1 ЗЗ. С оглед на гореизложеното следва

да се приеме, че противоправно е всяко поведение на лекар, което се намира в противоречие с утвърдените от медицинската наука и практика методи и технологии, с утвърдените по визирания ред медицински стандарти в съответната област и с визираните основни принципи на правото на медицинската помощ - своевременност, достатъчност и качество.

Безспорно е между страните твърдяното в исковата молба, че на 25.12.2014г., ищецът е участвал в сбиване, при което са му били причинени множество увреждания сред които и счупване на носа. На следващия ден е посетил местната болница в гр.Е., където са му направили образна диагностика, потвърдила счупването. На следващия ден – 26.12.2014г. е потърсил помощ от частно-практикуващ лекар в гр.Л., който е установил, че костите на носа трябва да бъдат наместени в болнично заведение. След прегледа в този кабинет, ищецът е отишъл в Клиниката по УНГ при УМБАЛ“Д-р Г.Странски“ЕАД гр.Плевен, където след като е бил предупреден от пациента, че страда от инсулинозависим диабет, Д. С. му е наместил носа. В процеса на репонирането /наместването/ на носа пациента е усетил силна болка и обилно кръвотечение към гърлото, от което е повърнал още в двора на болницата. След връщането му у дома гаденето и повръщането е продължило, поради което се свързал с лекуващия лекар, който му е казал на следващия ден да постъпи в болницата за лечение.

Безспорно е установено, че на 27.12.2014г. ищецът е постъпил в ответната болница, където представил и резултатите от всички направени му дотогава изследвания. Предупредил е за хроничното си заболяване и за наличие на завишени стойности на кръвната му захар. При постъпването са му направени нови изследвания и подготовка за операция за наместване на носа. Съгласно издадената му епикриза, на 27.12.2014г. е било направено повторно репониране на носа, като до 31.12.2014г. ищецът е остнал на лечение в отделението. Възстановяването му е продължило в домашни условия, но няколко дни по-късно в областта на носа му е започнало подуване и събиране на секрет, вследствие на което ищецът е получил неразположение. На 06.01.2015г. се е събудил със зачервяване и оток около дясното око. На следващия ден - 07.01.2015г. е усетил пулсация на мястото и започнал да изпитва болки, поради което е решил да отиде на контролен преглед в болницата в гр.Плевен.

Безспорно е, че на 08.01.2015г. поради влошаване на общото му състояние, ищецът е бил приет повторно в ответната болница, където носът му е бил опериран за отстраняване на некротирани тъкани. Поради продължаващия възпалителен процес, лекарите са разяснили необходимостта от последваща операция, но пациента и неговите близки не са дали съгласие, поради което и по негово искане, той е бил преместен на 14.01.2015г., с придружаващ го екип от УМБАЛ“Д-р Г.Странски“ЕАД гр.Плевен, за лечение във ВМА-София. Безспорно е установено, че в последвалото лечение в други болници след напускане на УМБАЛ“Д-р Г.Странски“ЕАД гр.Плевен, инфекцията е обхванала освен носната кухина и дясната половина на лицето, в т.ч. и дясното око, като състоянието на ищеца е продължило да бъде животозастрашаващо. Вследствие на развитата се инфекция ищецът не е можел да се храни, да пие течности. Предприети са били множество операции за

отстраняване на увредени тъкани от лицето му, както и медикаментозно лечение през продължителен период от време. След спиране на инфекциозния процес, за възстановяване на обезобразените части от лицето му, са били направени пластично-реконструктивни операции във Франция. Няма спор, че лечението, оперативните интервенции и престоят в болниците са били съпроводени с интензивни болки и страдания, безпокойство и стрес, а също и със значителни разходи за пътуване и лечение. Безспорно е, че трудовият му договор с МВР е бил прекратен със заповед № 295з-536/24.03.2016г. поради невъзможност да изпълнява възложената му работа.

Спорно е какъв е бил обема от дължимите грижи и необходимост от оказване на медицинска помощ на ищеца при амбулаторното му лечение на 26.12.2014г., както и по време на двете му хоспитализации в ответното лечебно заведение, през периода 27-31.12.2014г., респ. 07.01.-14.01.2015г. и при изпълнение на тези задължения към здравно осигуреното лице, допуснали ли са съответните длъжностни лица – лекари непозволени действия и/или бездействия, от които да са причинени описаните в исковата молба имуществени и неимуществени вреди/болки и страдания/. Налице ли е причинно-следствена връзка между предприетите действия/бездействия по диагностициране, лечение и наблюдение на пациента и получените от него усложнения в хода на лечението и свързаните с тях болки и страдания.

За да се произнесе по спора, съдът съобрази следното:

В исковата молба се твърди, че вредите на ищеца, за които се претендира обезщетение произтичат от следното: 1. При постъпването му на 27.12.2014г. въпреки високите стойности на кръвната му захар, не са били предприети мерки за намаляването и в приемливи граници, не му е било предоставено, съобразно увреденото му здраве, адекватно и своевременно лечение; 2. Поради вътрешно-болнична инфекция, е получил усложнения след направените му операции, довели до загубата на половината му лице, горна челюст и око, както и до хроничен остеомиелит, от което едва не е загубил живота си, като е останал обезобразен-без нос, без дясно око и с дупка в челюстта; 3. Проявена немарливост и професионална небрежност от служители на ответника, при упражняване на правнорегламентирана дейност по осъществяване на медицинска услуга. Обезщетението за неимуществени вреди се претендира за причинени физически и психически страдания, болки и терзания, слепота с едното око и пожизнено обезобразяване.

По делото са събрани множество доказателства - писмени, гласни, приети са две комплексни съдебно-медицински експертизи – основна и допълнителна. Относно размера на имуществените вреди е приета СИЕ. Събрана е като писмени доказателства по делото издадената за лечението на ищеца И. А. С. медицинска документация за периода на хоспитализирането му в ответната болница.

Разпитана е като свидетел съпругата на ищеца С. С., която твърди, че след връщането му от гр.Е., състоянието на съпруга и видимо е било добро, почти не е личало, че носа му е счупен. Отишъл е при специалист УНГ в гр.Л., който го е напътил към лечебно заведение за наместване на носа - спешния кабинет в болницата в града. И. е отишъл там, но



са му казвали, че нямат такъв специалист и са го насочили към гр.Плевен. Така на 26-ти декември 2014г. ищецът е потърсил помощ в отделението по УНГ болести при ответника. Видимо не е имал други наранявания, но е имал болки в тялото. Преди да се прибере в гр. Л. той е посетил болницата в гр.Е., където му е направена снимка на главата, на носа и на ребрата, от което се установило, че освен травмата на носа, няма други счупвания. Свидетелката твърди, че преди тръгване за гр.Плевен, съпругът и е измерил кръвната си захар, за да каже на лекаря стойността и преди манипулацията по наместване на носовите кости. След наместването той се е почувствал зле, като през следващата нощ е повръщал от погълнатата кръв. Въпреки това И. не се е обърнал към личния си лекар, а е потърсил д-р С. от ответната болница, тъй като е считал, че това са неща в неговата компетенция. След поредното обаждане на лекаря, който е наместил носа му, той му е казал, че щом не се чувства добре, трябва да отиде в болницата на сутринта.

Свидетелката дава показание, че съпругът и е бил изнемогнал от повръщането и безсънната нощ и едва си е стоял на краката, в недобро общо състояние. В това му състояние на 27.12.2014г. са го приели в болницата. На 29 декември свидетелката го е посетила и е установила, че той все още не е добре. Свидетелката твърди, че явно лекуващите са му проследявали захарта, защото са и казали, че след като му махнат тампоните след три дена, т.е след празниците, ще бъде свален в Ендокринология, за да му бъде нормализирана захарта. По време на престоя му в болницата до 31-ви декември, с него е останала и майка му. След прибрането му, все още е бил с дъх на ацетон. При измерване на кръвната му захар, тя се е оказала над 10 милимола/л. Свидетелката твърди, че съпругът и си слага Инсулин на нормирани единици, които си бие сутрин, обед и вечер, като може да си поставя и по-голяма доза, ако е необходимо. Така е направил и тогава. Твърди, че от 2006 година е диабетик и е знаел перфектно как да контролира захарта си и каква храна да приема. Твърди, че на 1,2 и 3 януари кръвната захар на ищеца е била все така висока, а състоянието му - тежко. Само е лежал, почти не се е хранил. Мерила е постоянно нивото на кръвната захар, но не е потърсил лекар. Едва на 7-ми януари е потърсил помощ, защото от носа му е започнал да изтича лек бял секрет. На 8-ми януари му е направена операция за премахване на носната преграда. Майка му е била с него и при втория му престой в болницата. Свидетелката дава показание, че на 10-ти януари се е налагало извършването на трета операция, за която И. и майка му са отказали да подпишат съгласие. Свидетелката също не е била съгласна, въпреки че ръководителя на отделението д-р В. е обяснил на нея и на бащата на И., че са установили наличие на „мукомикоза“, която е много заразна и смъртоносна болест, поради което трябва да се действа много бързо. Два дена преди да бъде преместен във ВМА, на И. е била сложена инсулинова помпа и в деня на пътуването – сутринта на 14-ти януари, захарта му е била три милимола/л. След това е бил преместен за лечение във ВМА за около 45 дена в „Реанимация“, а след това - в отделение „Уши, нос, гърло“. Към края на месец март е бил преместен в МВР– болница.

Свидетелят Г. М. П., колега и приятел на ищеца установява, че според него И. е контролирал добре кръвната си захар, вземал е инсулин, спазвал е диети и по реме на

работа никога не е имал проблеми с диабета си. Когато му се е обадил на 7-ми януари, за да му честити именния ден, И. му е казал, че се е влошил и ще постъпва на лечение в болницата в гр.Плевен. За него в болницата е останала да се грижи майка му.Свидетелят го е посетил в болницата и е видял, че много е отслабнал, с подуто око, доста отпаднал и разбрал, че ще му извършват нови операции. В негово присъствие, на близките на И. е било разяснена необходимостта от последваща операция, тъй като заболяването, което има е много сериозно и че по спешност е необходимо да се вземат мерки. Намерението е било да се потърси и национален консултант, тъй като И. не би издържал пътуване и местене в друга болница. Близките му са започнали да търсят лекарство, което го няма в страната, а свидетелят е съдействал за преместването на приятели си в МВР– болница, защото състоянието му е било критично.

Свидетелката Н. Е. С., майка на ищеца И. С. потвърждава, че е била непрекъснато със сина си по време на престоя му в болницата. Твърди, че само за 8 часа разлика, от 26-ти вечерта до 27-ми сутринта синът ѝ е бил неузнаваем. Продължил е да повръща и по пътя от гр.Л. до гр.Плевен. При приемането му в отделението/на 27-ми/ веднага е бил сложен на системи. Твърди, че повторно наместване на носа не е имало, а от 27-ми до 31-ви лекарите са се стремяли да спрат повръщането. Имал е дъх на ацетон и затова лекарите казали, че на 31-ви ще го преместят в Ендокринологията. Не са му били правени снимка на носа или скенер, тъй като още на 26-ти И. е носел направена му в гр.Е. рентгенова снимка на носа.След изписването му, не е потърсил помощ от друг лекар, а само е звънял, за консултация по телефона в отделението по УНГ в Плевен. От първи до седми януари той не се е почувствал добре, а е ставал по-зле, окото му е започнало да се подува и едва на 7-ми януари е заминал за болницата. Преди това, на 5-ти януари са ходили заедно до същата болница, за да си вземе болничния лист, когато са му предписали и антибиотик и разтвор за промивки на носа. Свидетелката дава показание, че/при втората хоспитализация/ на сина и е извършена една животоспасяваща операция за премахване на преградата на носа, но за следваща такава не са дали разрешение поради големият риск, който им е бил разяснен. При първата операция не е имало никакво изменение на лицето му и на външния му вид, единствено окото и носа му са били леко подути. Но на 10-ти януари, а и след това лицето му с всеки изминат ден е ставало по-зле.

От показанията на разпитаните по делото лекари при ответната болница доц.д-р А. В., Д. С. С., Д. Т., Д. И. М. се установяват факти и обстоятелства относно осъществената медицинска помощ на И. С..

Свидетелят Д. В. дава показания, че : Първото пролежаване е свързано с обработка на травма получена на носа и лечение на лошо контролиран диабет.В лечението е участвал целият персонал на клиниката, защото всеки ден има различни дежурни през деня и през нощта, които следят състоянието на пациентите ежечасно. Основното лечение за диабета се извършва от специалистите ендокринолози, които са в същата сграда. Още в първите дни на първото постъпването пациентът има висока левкоцитоза, което е възпаление в истинския смисъл на думата, фибрилитет и много високи стойности на

кръвната захар, които са в пъти по-високи от нормата. На 27-ми кръвната захар в 8 часа сутринта е била 25,4, което е пет пъти над нормата. Тогава се прави т.нар. кръвно-захарен профил, което се изразява във вземане на проби за кръвна захар четири пъти в денонощието и консултация с ендокринолог, като първоначално това е бил д-р К., след това д-р П., впоследствие д-р Г. и началника на отделението доц. Т.. Те регулират кръвната захар в зависимост от показателите. Назначава се съответното лечение с вливания, с медикаменти, с Инсулин.

Свидетелят дава показание, че репонацията обикновено се прави с местна анестезия при мъже, а при деца и жени е по-добре да бъде с обща анестезия. Некректомии и инцизии могат да се правят и с местна анестезия. Тоест, с нищо различно от Лидокаин и с нищо застрашаващо. В случая, са взети предварително мерки, пациентът е консултиран от д-р К., назначен му е Инсулин с венозни вливания. Ендокринологът вписва консултацията в история на заболяването, като обикновено тя става в присъствието на дежурния лекар, оператора или на някой от лекарите специалисти, който ще извършва съответната интервенция. При първото пролежаване в клиниката, всичките изследвания на урината на пациента са показали наличието на ацетон - състояние, което е усложнение от диабета И. А. е изписан на 31.12.2014 година защото ендокринологът д-р П. е дала разрешение за дехоспитализацията на пациента още на 30-ти, като лечението му продължи в амбулаторни условия, тоест в къщи. Тогава пациентът не е имал температура и кръвната му захар е била почти в норма, тоест показателите на пациента са отговаряли на изискванията на ендокринолозите, за да бъде продължено лечението му в къщи. Свидетелят посочва, че по принцип диабетът е нестабилно състояние, но към момента на изписването на 31.12. мнението на ендокринолога показва, че може да се провежда лечение в домашни условия. Това което е трябвало да направят УНГ лекарите е направено, като е предписано какво трябва да се прави в домашни условия и ако има нужда – да се правят контролни прегледи. Преценката на лекуващият лекар дали да изпише или не пациента се прави след съответната консултация, а в случая всички консултации подкрепят неговото решение. Пациентите, които са в добро състояние могат да се изпишат за празниците и евентуално при проблем или влошаване на състоянието им могат да потърсят веднага консултация. В случая на 7-ми януари пациентът е пристигнал в клиниката с температура, влошено общо състояние, зачервяване на носа и входа на дясната ноздра и въз основа на това е приет веднага и са му направени необходимите изследвания.

Свидетелят д-р В., като ръководител на УНГ клиниката установява, че при такива по-особени случаи, каквито са тежкия диабет, предхождаща травма, лоши показатели на кръвта, се прави т. нар. „сещаща визитация“, с разширен консилиум, в който участват всички възможни специалисти, които имат съпричастност към състоянието на пациента и в случая е направен такъв. Присъствали са: офталмолог - проф. Б., защото е имало проблем с дясното око; ендокринолози – д-р К. и доц. Т.; кожен специалист - д-р Г., тъй като е имало потъмняване на входа на ноздрата, устната, крилото на дясната ноздра; имунолог – доц. Л., тъй като са правени и такива изследвания. Всички посочени специалисти са се събрали, за

да решат как да постъпят при наличието на тези черни промени по лигавицата, които много бързо се развиват. Решението е било първо да се нормализират показателите на диабета – да се направят некректомии, тоест, изчистване на всичко, което е некротично с цел предпазване от септично състояние, което е животозастрашаващо. Предприето е антибиотично лечение, заради високите стойности на левкоцитите, които са били над 30; имунопротекторно лечение с Хепарин, за да не продължават тромбозите, за нормално кръвоснабдяване. Направени са всички възможни изследвания, образни диагностики, както и кръвно-захарни профили. Общият брой на последните е девет, т.е по четири изследвания на кръвната захар на ден.

Свидетелят дава показание и за това, че през периода на пролежаване на пациента, не е имало случаи на вътреболнични инфекции. Ако има такъв пациент, който е фибрилен след операция, се взема микробиологично изследване от епидемиолози. През седмицата се правят изследвания и на персонала, като редовно се взема носен секрет за носителство на стафилококи, тъй като ако ги имаш такива, нямаш право да влизаш в операционната. Пациентът в случая е бил в самостоятелна стая, обгрижван по часове, със следени показатели, с направени консултации по часове и всичко е направено съгласно изискванията на протокола, в т.ч. и два скенера, като не са установени исхимични промени в мозъка, нито в големи венозни съдове. След операцията при втората хоспитализация д-р В. е разяснил на пациента и на майка му, в присъствието на д-р Т., че това заболяване/мултимикотозата/ се лекува чрез така наречените некректомии, тоест, изрязва се некротичната част. Ако не се направи, се развива сепсис и краят за пациента е летален. Колкото повече се забавят нещата – толкова повече са и рисковете. Затова е препоръчана и трета последваща операция в рамките на втората му хоспитализация. След като И. и майка му са казали, че не са съгласни и че искат друго мнение, тогава свидетелят лично е говорил с МВР–болница за преместването му там, като ведомствена болница на Полицията. Доктор С. също е говорил с болницата, от където са отговорили, че не могат да направят повече от колегите си в гр.Плевен, тъй като нямат реанимация. Свидетелят установява също, че д-р Т., като дежурен лекар, който поеме отговорността за лечението на пациента в почивните дни и има право да осъществи консултации, го е уведомила за проведена консултация с Републиканският специалист УНГ – проф.К. Д., как да постъпят при съмнение за „мултимикоза“ и неговите думи са били: „Некректомии, лечение на диабета, имунопротектори и лечение против тромбозите“. Поради това и от 11-ти до 14-ти лекарите са стабилизирали кръвната захар, включили са антибиотик срещу гъбите и то венозно, Имуновенин, Хепарин, тоест осъществено е необходимото лечение и подготовка за преместване на пациента във ВМА.

От показанията на св. Д. С. се установява, че на 26-ти декември, вечерта е наместил носа на ищеца, като той е бил в добро състояние и не е пожелал да остане в болницата. Приемът не е бил задължителен с оглед вида на травмата и не е имало показания, които да налагат постъпването му в болницата. Не е имало друг начин или по-щадящ метод за наместване на носните кости. На 27-ми И. му се обадил по телефона, казал

че не се чувства добре и по негова препоръка се явил, за да постъпи в болницата. Тогава свидетелят е ревизиран носа му, свалени са тампоните, мястото е огледано и отново е тампонирано. Направена е само ревизия, без наместване повторно на носни кости, тъй като такова вече е било сторено. Общото състояние на пациента е било усложнено, свързано с високата стойност на кръвната му захар и на настъпилата кетоацидоза. Предприети са били множество изследвания и назначено от специалистите ендокринолози лечение за сваляне на кръвната захар. Заради високите нива на кръвната захар, е направена консултация с ендокринолог, който е дал становище, че ако се налага оперативна интервенция за повторно наместване, то същата може да се направи, въпреки стойностите на кръвната захар. По отношение на решението за изписване на пациента, д-р С. установява, че решението е на лекуващия лекар, заедно с колегите му, на базата на клиничната картина, като се взема предвид общото му състояние, броят на левкоцитите, като ендокринолог е дал мнение дали може да се изпише или не. По отношение на обилното кървене, и вследствие на него-повръщане, свидетелят сочи възможни две причини за появата му. Повръщането може да е било вследствие на погълната преди това кръв, която е била вече в стомаха му, а може и в задната част на носа/в носоглътката/ да е имало съсирек, който да е бил избутан при наместването назад, откъдето попада в гърлото и стомаха. Като лекар счита, че е нормално да се повърне кръв след наместване на носа и с това да се приключи, но в случая обилното повръщане през цялата нощ не е нормално. Твърди, че състоянието на пациента му се е влошило поради наличието на неконтролирания диабет и срив на имунитета, които е имал, но това е нямало как да се разбере веднага. За целта се прави кръвнотехарния профил, изследва се гликирания хемоглобин и т.н. По отношение на възможна опасност от патогенна микрофлора в травмираната носна кухина, свидетелят дава показание, че тампоните, които се поставят в носа са намазани с антибиотик и не е проблем да останат там за два-три дена, за да държат носните кости в правилна позиция.

От показанията на свидетелката Д. Т. се установява, че при постъпването му през месец януари, ищецът е бил с възпаление на носа и се е наложило отстраняване на част от некротичните тъкани, при което и тя е участвала. Твърди, че при ищеца много бързо се е развила инфекцията. По отношение на носната тампонада установява, че веднъж като се намести носа, тампони трябва да останат там за няколко дни, както гипсовата превръзка - на счупената ръка и да не се махат, за да не се осуети самото наместване. Не се вадят тампоните всеки ден, тъй като мястото се профилактира от антибиотика на самите тампони. Отделно се прави и венозен антибиотик, а при поставяне на дренаж се прави промивка на този дренаж. Дренажът се поставя така, че гравитацията действа нормално и оттичането става надолу, а не към окото. Лечението на пациента е екипна работа и всички от отделението са участвали в лечението му. Относно диабета установява, че ищецът е бил постоянно на кръвно-захарен профил и се е проследявал през цялото време на приема. По време на втория му престой е бил в животозастрашаващо състояние предвид инфекцията на лицето, но в шок не е изпадал. По повод въпрос на ищеца, свидетелката установява, че го е посетила по време на престоя му в МВР болницата, за да видя как е, от чисто човешка гледна точка. Информирала се е за състоянието му след тежката инфекция, установена в

клиниката в която работи и се е зарадвала, че пациента е останал жив.

От показанията на свидетеля Д. М., се установява, че на 08.01.2015 година е бил извикат по спешност в 15:30 часа тъй като колегите му са установили, че след инцизия в 9:30 часа, в 15:30 часа се появяват черни тъкани, т.е, некроза. След направените от него малки некректомии, веднага са били изпратени проби за хистологично изследване на отстранените тъкани. Впоследствие се е оказало, че това е процес, който обхваща съдовете и води до т.нар. ангеоивазия от хифи, които блокират съдовете, храненето се нарушава и се получават тези мъртви тъкани. Направило му е впечатление, че при разрезите на тъканите не е имало кървене, което състояние са описали и в оперативния протокол. Свидетелят посочва, че винаги при възпаление кървенето е по-обилно, докато при И. С. случаят е бил по-особен. Когато са отстранявали мъртвите тъкани, се е очаквало близките тъкани, които докосват, да кървят, а те не са кървяли и още тогава се е разбрало, че се касае за една генерализирана инфекция, която може да унищожи цялото лице и да навлезе в мозъчните структури. На 10-ти януари са констатирани, че процесът освен в областта на носните ходове се е разпространил и на други места. В 10:30 часа е извършена интервенцията, като свидетелят е поставил и дренаж, тъй като отокът е бил близо до окото и от дренажа е изтичала гной. Дренажът е тръбен и е бил разположен косо, на място където отокът е най-голям, където се подозира, че има абсцес и това е спомогнало да не се качи гнойта във вътречерепното пространство. Тогава спешно са назначили и скенер, за да проверят дали има някакво засягане в мозъка. Отговорът е бил отрицателен.

Свидетелят дава показание, че без поставен дренаж инфекцията по вена би стигнала директно във вътречерепното пространство. Освен това от направеното на 13-ти януари изследване за гликиран хемоглобин лекарите са установили, че преди пациентът да постъпи в болницата още на 27.12, е бил с неконтролиран диабет и с нисък потенциал на имунната система. Всички тези фактори са спомогнали, според хирурга, за развитието на инфекцията. При преценката си е воден от разбирането, че всяко забавяне да се репонира, би довело до по-тежко състояние на пациента, ако той е с диабет, още повече - имунокомпрометиран, забавянето е могло да бъде фатално. Познава се на наученото от преподавателите си, като счита, че дори едно убощане с малка игла на диабетик, с такъв кръвно-захарен профил като на ищеца, може да бъде фатално за него, защото тъканите са гликирани, т.е, наситени с кръвна захар, която е предпоставка за развитието на микроорганизми в пълен аспект. Една ангиоинвазия може да доведе до неконтролируеми некрози, с часове. Свидетелят се позовава на европейската медицинска практика като твърди, че при лечението на заболяването „мукомикоза“, са направили навременни инцизии и са изпълнили всичко по план и в хронологичен ред. Раните са промивани през дренажите, поставена е назогастрална сонда, тъй като небцето е с изрязана тъкан. При това тежко състояние на пациента, се касае за много висок леталитет, но то е било овладяно преди преместването му в друга болница. Първопричината е била доказана чрез хистологично изследване - инвазия на хифи в микросъдовете. За да се развие едно такова състояние отключващ момент е диабетът, който е причина да се развие в такъв агресивен

вид заболяването. Травмата също е отключващ момент, а също и имунокомпрометиращия имунитет.

От показанията на свидетелката Д. Т.- началник на клиниката по „Ендокринология“ при ответната болница, се установява, че тя е била информирана на 09.01, че в клиниката по „Уши, нос и гърло“ има такъв пациент и е била помолена за консултация. Проведен е бил общ консилиум, който е бил ръководен от доц. В., с участието на всички лекуващи лекари. Взела е отношение към терапията на пациента, който е бил в състояние на нестабилна регулация на кръвната захар, на фона на хронично, недобре компенсиран във времето диабет, доказан с високите нива на гликиран хемоглобин, измерен в стойност 11,3, което означава, че трайно във времето назад, в изминалите три месеца същият е бил около 11,3. Свидетелката пояснява, че гликираният хемоглобин се носи от еритроцитите, тъй като сто и двадесет дни е продължителността на живота им. Той е маркер за нивото на кръвната захар в рамките на изминалите три месеца назад. Винаги, когато е викана за консултиране на пациент, свидетелката твърди, че сменя анамнеза и извършва пълен физикален статус, така както е обучавана, тоест изследва всички органи и системи. В своята консултация е описала физикалния статус на пациента, като е дала заключение на базата на намерените отклонения в лабораторните изследвания.

От практиката си свидетелката знае, че много бързо/за часове/ може да се достигне до поява на ацетон в урината и до дъх на ацетон, особено при стрес. Ако кръвната захар е екстремно висока - 25-26, ацетонът може до се появи на момента, а се изчиства за цяла седмица или за цял месец, тъй като много дълго време е необходимо за възстановяването на урината от ацетона. Относно състоянието на пациента при изписване, свидетелката установява, че се преценява дали той е захранен, за да може да си прилага четирикратно бързодействащ и/или бавнодействащ инсулин. Важно е да не повръща храната, за да може да се премине на подкожен инсулин. Ако на терапия на подкожен инсулин се почувства добре и поддържа стойности на кръвната захар между 11, 12 и 13, както и по-ниски, но не по-високи и нивото на pH в кръвта, е в границата на нормата, това е състояние, което говори за стабилизиране. За естеството на прилагания инфузионен перфузор установява, че с него се поставя минимално количество воден разтвор и голяма концентрация от Инсулин, като се дозираща така че в рамките на всеки един час в организма да постъпва постоянна концентрация на инсулин. По повод зададен от ищеца въпрос, свидетелката е пояснила, че първата причина за получените от него усложнения според нейната квалификация, е хроничната хипергликемия, хроничната декомпенсация, при която имунитетът е сринат. Твърди, че причина за покачването на кръвната му захар може да стане и хроничен стрес, провокиран от естеството на неговата работа и свързаната с нея невъзможност да се приема редовно храна по четири пъти на ден. Извършването на физическа активност натоварваща организма, контакт със замърсена среда, инхалиране на спори, са свързани с високата кръвна захар при диабет. Самото повръщане отделя хормоните на стреса и кръвната захар се покачва още повече, което води до един „омагьосан кръг“.

От показанията на свидетеля Д. Й., се установява, че на 09.01.2015 година и

12.01.2015 година е изпратил два материала за хистологично изследване. То е протекло в два етапа. Първо е класическото изследване, при което е видял възпалението и кръвоизливите и се е усъмнил, че има гнойна инфекция. При получаване на материала е написал предположението си „мукомикоза“ или „аспергилоза“, тъй като това са най-честите инфекции, а по-късно е доказал гъбичката „мукомикоза“. След направено допълнителни оцветявания с ПАС реакция, категорично е доказал наличието на гъбичката „мукомикоза“. Това изследване е изпратил и на лекуващите лекари с дата 16.01.2015 година.

От показанията на свидетелката Б. П., се установява, че е когато е видяла ищеца за първи път, той е бил в много тежко състояние, неконтактен и в стаята му е миришело на ацетон. Направила е консултацията при постъпването на ищеца на 27.12. и е вписала в ИЗ назначените изследвания и предписаното лечение. Назначени са били три антибиотика за лечение на възпалението на пациента. За преодоляване на състоянието кетоацидоза са били предприети вливания на водно-солеви разтвори, натриев бикарбонат, фраксипарин. В края на дежурството на свидетелката, пациентът е бил по-добре, дишал е спокойно, а майка му и е благодарила. Смятала е, че ще бъде преведен за лечение в нейното отделение, но е разбрала, че пациента е бил изписан на 31.12.

От показанията на св. Д. Д., се установява, че ищецът И. А. С. е бил приет в клиниката с фрактура на носни кости и му е била му е извършена репозиция, а също и че е бил пациент с диабет. Свидетелят не си спомня по време на негово дежурство през месец декември 2014г., да е разговарял с д-р П., нито да е изпълнявал като дежурния лекар препоръчаното от специалиста- консултант. По това време самият той е бил специализант и е давал дежурства, като твърди, че си е припомнил случая по документи по повод на свидетелстването му, но друго не си спомня.

От заключението на комплексната експертиза/на л.540 и сл./, изготвена от ВЛ Д. М. П., дм, специалист по УНГ болести, доцент към УМБАЛ „Царица Йоанна-ИСУЛ“, Медицински Университет - София; Д. И. К., специалист по клинична микробиология, главен асистент към Медицински Университет - Пловдив; и Д. Б. М., специалист „Вътрешни болести“, специалист „Ендокринология и болести на обмяната“-гр.София, включен в списъка с експертите към СГС, се вижда, че отговаряйки на въпросите/ всеки от своята област/, тримата експерти са стигнали до единодушно заключение по основните въпроси от значение на спора.

Според експертизата пряка причинно-следствена връзка между развитието на инфекцията мукомикоза от една страна и лечението на счупения нос, както и проведените оперативни интервенции в ответната болница, не може да се търси по следните причини: 1. В медицинската литература счупването на носа и оперативните интервенции на носа не са изведени като рисков фактор за възникване на мукомикоза. Пациентите с такива травми не са в повишен риск към развитие на заболяването, породено от самата травматична увреда; 2. Дефинирани и добре известни рискови фактори за възникване на мукомикоза са хипергликемията (каквато се наблюдава при диабет) и кетоацидозата. Заболяването мукомикоза възниква най-често при лица с недобре контролиран диабет и състояние на



диабетна кетоацидоза. При пациента са налице както дългогодишния диабет, така и кетоацидоза. Стойностите на гликирания хемоглобин от 11 % ясно показват лош контрол на хроничното заболяване захарен диабет в последните няколко месеца;<sup>3</sup> За развитието на инфекцията не е нужно да е налице предхождащо травматично увреждане в областта на лицето, тоест заболяването се развива при този контингент пациенти и без те да имат травма на носа или лицето;<sup>4</sup> Гъбичките, причинители на заболяването мукормикоза са широко разпространени в околната среда - почва, в разлагаща се органична материя като мухлясал хляб, плодове, зеленчуци и др. Поради това заразяването посредством инхалиране на спори може да стане по всяко време.

Посочено е, че инфекцията мукормикоза се разпознава трудно, поради неспецифичните клинични симптоми. Образните изследвания и микробиологичното тестване имат ограничено приложение. Гъбичките рядко се изолират дори от кръв, въпреки способността им да проникват в кръвоносните съдове. Диагнозата „мукормикоза“ се поставя с най-голям успех от хистологично изследване от мястото на инфекцията. Хистологичният образ, характеризиращ с наличието на хифи, съдовата инфилтрация и микротромби, в съчетание с наличните рискови фактори у пациента, правилно е диагностицирано като мукормикоза и тя е била доказана впоследствие с резултата от направеното патологоанатомично изследване. Това е станало веднага след появата ѝ, при втората хоспитализация на пациента. Съгласно епикриза от пролежаването на ищеца (ИЗ: 44870), през периода 27.12.2014-31.12.2014г. не е имало клинични данни за локална инфекция (липсва наличие на гной, хиперемия и оточност на тъканите), но са взети мерки да не се развие инфекция, тъй като е включен широкоспектърен антибиотик (цефтриаксон).

Видно от заключението, инсулинозависимият диабетът е комплексно заболяване, което води до тежко нарушение на клетъчния и тъканен имунитет - засяга се цялата микроциркулация и е нарушено храненето на тъканите. Това води до тежко подтискане на тъканния имунитет и податливост към развитие на различни възпалителни процеси най-вече предизвиквани от гноеродни микроорганизми. Наличието на диабет е основен фактор за проявата на следоперативни усложнения като най-тежкото хирургично усложнение на базата на диабет е сепсисът и неговите последици. В случая на ищеца, при втората хоспитализация от 07.01.2015 до 14.01.2015г., се е появил флегмонозно-некротичен флегмон на лицето, като са настъпили и септични усложнения от това.

По повод въпрос на ищеца е пояснено е, че кетозата/поява на ацетонови тела в кръвта и урината/ настъпва, когато за енергия в организма преобладава използването на мазнините вместо кр.захар, като основен източник на енергия при човека. Ацидозата е състояние, характеризиращо се с излишък на несдвоени електрони, водещи до повишена киселинност в организма, като неовладяната повишена киселинност /ацидоза/ се приема за животозастрашаващо състояние. При разграждането на мазнините се отделят продукти-кетонове/ацетонови/ тела в кръвта и урината. При силно доминиране на кетогенезата настъпва бърза дехидратация/обезводняване/ на организма, което води до бърз електролитен дисбаланс и бързо се влиза в некомпенсирана ацидоза. Състоянието на кетоза рутинно се

установява с изследване на урината, а през последните години - и в кръвта. Състоянието на повишена киселинност се установява чрез кръвно изследване на алкално-киселинното равновесие /АКР,АКС/. Състоянието на лека/умерена кетоза не е рядкост - наблюдава се при гладуване, дълговременна и усилена мускулна работа, алкохолна злоупотреба и т.н.

Вещите лица са изложили и това, че плановите операции се извършват след предварително плануване и след диагностичен инструментален и лабораторен скрининг. В предоперативния лабораторен скрининг задължително се включва изследване на кръвна захар. Ако се установят наднормени нива на кръвна захар и кетотела в урината, задължително се провежда кръвно-захарен профил, след което пациента се консултира с ендокринолог, който назначава схема на нуждите от инсулин. В случая на ищеца още в деня на приемането му на 27.12.2014г. по повод манипулацията по репониране, е осъществена консултация с ендокринолог (в ИЗ № 44870/27.12.2014-31.12.2014г.). В нея ендокринолога записва "да се осъществят следните изследвания: Рентгенография на гръден кош, КЗП (кръвно-захарен профил) и урина за ацетон.

Видно от заключението, ВЛ са установили, че в конкретния случай е направено наместване на носните кости, което не може да бъде категоризирано като класическа операция, а манипулация/интервенция под местна анестезия, тъй като при една операция в тесния смисъл на думата има нарушаване целостта на кожата и/или лигавицата, с цел достигане до подлежаща патология, докато наместването на носните кости не е свързано с разрез нарушаващ целостта на кожата и/или на лигавицата, т.е. няма ятрогенно отваряне на подлежащи тъкани. Посочили са, че наместването на носните кости не е чисто планова интервенция, а се характеризира като отложена спешност, тъй като едно наместване може да бъде извършено адекватно до 7-10 дни от травмата, тъй като впоследствие се развива фиброзен калус и наместването не е ефективно след този период. Стандартна планова операция би трябвало да търпи отлагане при декомпенсация на диабета, но при наличие на неотложност/спешност и/или интервенцията е неинвазивна или минимално инвазивна, последната позволява да бъде извършена. Посочено е и това, че предвид наличието вече на травма в тази област и липсата на разрез нарушаващ целостта на кожата и/или на лигавицата при наместването на носните кости, може да се заключи, че една подобна интервенция не би променила значимо нивата на риска. Те предварително са били много високи предвид наличните коморбидности, като те са съпоставими с поставянето на носна тампонада, която е спешна интервенция за спиране на кръвотечението.

От обясненията на доц.д-р Т. М. П. в открито заседание се вижда, че направеното наместване на носните кости на ищеца на 26.12 е своевременно. При такава репозиция много често се казва на пациента да дойде след няколко дни. Наистина възможно е да изкърви, при което естествено ще отиде по-рано, ще потърси помощ. Като хирург УНГ счита, че наместването на нос е еквивалентно на носната тампонада, защото е манипулация, която се прави всеки ден в спешните звена - с един инструмент се слага марля. Може да се направи като извънболнична манипулация, може и с приемане. При приема на 27.12. има направена консултация с ендокринолог, след което са взети съответните мерки и е

извършена репозицията и съответно до края на хоспитализацията има всеки ден множество кръвноразхарни профили и постепенно се е подобрила захарта. До седми-осми ден трябва да се направи реално наместването. Оптимально трябва да се преценява. Може и на първия час да се направи, няма да е твърде рано. ВЛ не смята, че в случая е направено твърде рано. Ако е било с обща анестезия или ако е била по-тежка интервенцията - да, но интервенцията е лека. Няма оперативен процес с нарушаване целостта на кожата, тоест – това е основният му довод, който е написал и в основното, и в допълнителното заключение. По въпроса дали е трябвало да се изчака, поради това, че при приема на пациента на 27.12.2014г., той е имал висока кръвната захар /25милимола/л/, доц. П. отново е заявил, че манипулация като наместването на носни кости няма значимо да повлияе на декомпенсиран диабет, но не е добре да се чака, защото лекуването на травмата и овладяването на болката са предпоставка за постепенна регуларизация на захарта, тоест комплексно се постъпва, както са сторили и лекарите в ответната болница. Наместване на носни кости е аналогично по травматичност с поставяне на носна тампонада и може да се прави „на стола“.

Видно от заключението, окончателната преценка на оперативния риск се прави от хирурга-оператор при условия на спешност, и/или от лекарски хирургически колегиум, съгласува се с анестезиолог, а при наличие на специфични причини - и с други специалисти-клиницисти (лекарски консилиум). ВЛ смята, че при първата хоспитализация на 27.12.2014-31.12.2014г., в клиника по УНГ болести на УМБАЛ „Д-р Г. Странски“ ЕАД гр. Плевен е имало възможност да бъде извършено поне частично коригиране на нивата на кръвната захар преди извършване на интервенцията, въпреки че са изпълнени изискуемите консултации с ендокринолог и анестезиолог. При втората хоспитализация на 07.01.2015-14.01.2015г. /ИЗ № 770/ е имало наличие на спешно състояние „Абсцес, фурункул и карбункул на носа“, което е изисквало оперативна намеса без да се изисква първо нормализиране на гликемичните нива. Често сами по себе си инфекциите могат да провокират високи нива на кръвната захар и докато инфекцията не бъде овладяна (включително и с оперативна намеса, както в случая), хипергликемията не може да се проконтролира напълно. В предоперативната епикриза от 07.01.2015 г. в частта „консултации“ е записано: „интернист, анестезиолог, ендокринолог, офталмолог, дерматолог“. В деня на операцията - 08.01.2015г. е осъществена консултация с ендокринолог и са дадени съответните препоръки.

В открито заседание Д. И. К. е пояснил, че не може да се отговори еднозначно дали моментното регулиране на кръвната захар, по време на първия престой е могло да предотврати инфекцията и последвалия възпалителен процес, тъй като би било спекулативно. Не е необходимо пациентът да бъде постоянно хоспитализиран, тъй като самият престой в болницата също е рисков фактор. По принцип тампонадата не е рисков фактор за възникване на микромикоза, никъде в литературата не се сочи като такъв. В изследванията на пациента има данни за супресия на клетъчния му имунитет. Това означава понижаване на едни бели кръвни клетки и в частност NK клетките и CD3+ клетките, което доказва наличието на имуносупресия, което е предразполагащ фактор за развитието на

инфекцията. Разяснил е, че при първата хоспитализация хистологичен материал не е изследван, тъй като не е имало обективна причина да бъде изследван. Това е направено при втората хоспитализация заради състоянието, симптомите и обективния преглед на пациента. При констатиране на гнойно възпаление, съгл. втората епикриза, и наличието на хифи, много правилно е преценено наличието на вероятна гъбична инфекция – аспергилоза или микормикоза. Посочил е, че при първото изследване няма смисъл това да се прави, тъй като няма индикации. Не се изследва биоптичен материал от всеки пациент. Трябва да има гной, някакви ясни следи, че има инфекция, за да се вземе проба. Независимо от това, пациентът е бил профилактиран с широкоспектърен антибиотик Цефтриаксон, който действа на голям брой бактерии. Няма антибиотик, който да действа на абсолютно всички бактерии, но действа на много голям брой грам положителни и грам отрицателни бактерии. Не случайно се използва толкова често в клиничната практика, поради неговото широкоспектърно действие, но ВЛ подчертава, че това е антибиотик, който действа единствено на бактерии. Това се нарича емпирична антибиотична терапия или терапия на сляпо. Микробиологичното изследване изисква технологично време, като резултатът може да отнеме и до няколко дена. Пациентът не може да бъде оставен в това състояние без терапия, докато се чака резултата. Именно затова се дава широко спектърен антибиотик, с цел да покрие възможно най-голям брой, но не и всички бактерии.

В експертната изрично са посочени рисковете от инфекция, предвид състоянието на болния: Травмата и кръвонасядната в областта на носа и носната кухина в комбинация с неконтролиран и допълнително остро декомпенсиран диабет сами по себе си са идеална среда за развитие на всевъзможни инфекции посредством няколко механизма: 1.Наличие на хипергликемия (следствие от острата декомпенсация на диабета); 2.Наличие на микросъдова увреда, която води до нарушен хемотаксис, т.е. миграция на клетките на имунната система към локализацията на инфекцията (следствие от продължителна липса на контрол на нивата на кръвната захар) и 3.Директно потискане на фагоцитозата и клетъчния имунитет (следствие, както от острата декомпенсация на диабета, така и продължителна липса на контрол на нивата на кръвна захар).Вещите лица са взели предвид и резултатът от проведеното изследване за клетъчен имунитет на пациента, което установява намален брой (под референтните стойности) на специфични клетки на имунната система, наречени лимфоцити. Това състояние се означава като абсолютна лимфопения.

Разяснено е в отговор на въпрос на ищеца, че тези клетки заемат важна роля в защитата на човешкия организъм от микроорганизми. Лимфопенията (намаленият брой лимфоцити) е индикатор за потисната функция на имунната система (имуносупресия). От изследването става ясно още, че това намаление е за сметка на Т-лимфоцитите (подвид лимфоцити). Тези показатели отразяват нарушена функция на клетъчния имунитет на пациента, което само по себе си предразполага към възникването на гъбични инфекции. Неутрофилите са друг вид клетки на имунната система, които са и най-многобройните. С термина гранулоцитоза най-често се означава повишаването (над референтните граници) на тези клетки , а те се повишават при наличие на инфекция.

Доктор Й. И. К. е поясnil, че в матириалите по делото има и лабораторни показатели, които потвърждават имунен дефицит, което е довело до агресивно протичане и трудно овладяване на самата мукормикоза. Посочил е, че има два компонента на имунната система – единият е клетки, които защитават от инфекции, а другите са молекули, които защитават от инфекции. При пациента И. С. проблемът е в клетките, това са т.нар. „бели клетки“, в частност една по-малка част от тях, която специфично отговаря за защита срещу гъбични инфекции. Това намаляване на общите левкоцити, абсолютна лимфопения с гранулоцитоза означава, че са намалели тези защитни фактори на организма, които защитават конкретно срещу гъбични инфекции. Тоест - налице е и трети рисков фактор - освен хронично високите нива на кръвната захар, освен кетоацидозата, има имунологичен срив. Причината не е травмата, тъй като такива травми не могат да сринат по такъв начин имунната система.

В тази връзка вещото лице Д. М. П. при изслушването си в открито заседание е заявил категорично, че тампонада не се сменя защото смяната обезсмисля функцията и, това не е превръзка. Смисълът на тампонадата е да се натисне съдът, който кърви, за да може да спре кървенето и затова се държи минимум 48-72 часа. Няма друг начин, и при пациенти с диабет, трябва да се спре кървенето. Не може да се локализира, то е някъде вътре в носа. Няма как да се види от къде кърви. Обичайно е от повече места. Единственият начин в тези случаи е тампонада. Винаги се прави. Друг е въпросът за бактериалната инфекция. Носът и устата са мръсни органи. Всеки човек е пълен с бактерии, с гъби. Затова оживява, защото има имунитет. Страшното става, когато той се срине по някаква причина и има проблем с отговора на имунната система. Затова хора със СПИН загиват, затова костно-трансплантираните, които нямат имунитет се държат в чисти стаи.

В логично продължение на казаното е и посоченото в експертизата, че написаното в рубриката „Ход на заболяването и терапевтична схема" от Епикриза ИЗ № 2762 от 26.02.2015-15.05.2015г., изд. от МИ-МВР, Клиника по УНГ може да се интерпретира по следния начин: Въпреки продължителната терапия в различни клиники и изминалият период от месеци, заболяването остава изключително тежко, като не може да бъде напълно овладяно. Комбинации от множество антибиотици, антимицитици с много продължителен период на поставяне. Направени няколко консултации с различни специалисти, без те да променят значимо поведението, което е предприето и се поддържа. Венозната терапия е продължена след изписване с перорална в домашно-амбулаторни условия. Като заключение, ако проследим поведението още от диагностицирането на остеомиелита/флегмона и изначалното му лечение и преминаем през останалите му хоспитализации чак до хоспитализациите в частната болница във Версай (където се отстранява и окото на ищеца), поведението е едно и също във всички болници - поетапно отстраняване и дебридман на костни и меки тъкани засегнати от инфекцията, успоредно с венозна антибиотична и антимицитична терапия, което доказва фактът, че невъзможността за справяне с инфекцията не е вследствие от моментно висока кръвна захар, а вероятно от дълготрайните последствия от един неконтролиран диабет.

Вещото лице Д. П. заявява категорично, че единственото нещо, което може да се направи в тези случаи, е хирургично да се отстранява некротиралата тъкан, защото процесът нараства непрекъснато т.е, некротичния участък, който е следствие на тази гъбична инфекция ще расте непрекъснато. Може и е приложен в ответната болница медикаментозно антибиотик/ци/, но по принцип най-добрият медикамент, който повлиява мукормикозата, не е регистриран за употреба в Република България, не е признат от Европейската агенция по лекарствата и от Българската агенция няма разрешение за прилагане. В потвърждение на казаното сочи обстоятелството, че и лекарите в другите болници са продължили оперативно да отстраняват некротирани тъкани, тъй като лечението е предимно хирургично : „Дебридман до здраво, иначе това изяжда всичко“.

По отношение на оплакванията на пациента от невзети достатъчни мерки за намаляване на кръвната захар при изписването му при първия му прием, ВЛ Д. Б. М., при изслушването си в ОСЗ е разяснил следното: Травмата е била овладяна и тогава е взето решение за изписване на пациентът, като той може да постъпи в друго отделение. При дехоспитализирането му има частична стабилизация на захарите. Не е изписан с кетоацидоза, имал е все още високи стойности на кръвната захар, но позволяващи изписване. Съгласно епикризата „Изписан на 31.12.2014г., ендокринолог : захарен диабет тип 1 от 2006г., на инсулиново лечение; неколнократни ежедневни консултации с ендокринолог след всяко измерване на кръвна захар. На 30.12.2014г. е записано захарен диабет тип 1 - овладяно състояние на метаболитна ацидоза, киселинно-алкално състояние в 16:00 часа в норма, тоест не е бил в ацидоза. Кръвна захар в 18:00 часа - 9 милимола на литър. Може утре да бъде дехоспитализиран с дадени указания за корекция на инсулиновата доза.

Доктор М. е изтъкнал и това, че ендокринологът в ответната болница правилно е преценил, че може пациента да бъде дехоспитализиран при овладяване на високите стойности на кръвната захар, тъй като това е факт. Кетотелата спадат малко по-късно във времето, затова наличието им не е показател. Овладяват ли се високите нива на захарта, кетотелата се изчистват постепенно. Самите кетотела днес не се разглеждат като усложнение. Разглежда се киселинно-алкалното състояние, тъй като то е опасно. Вписано е по-долу: „КАС от 18:00 часа в норма.“. Изчистването на кетотелата тук не може да бъде критерий. Кетотела без киселинно състояние, не се смятат за риск. Кетотела има и когато се злоупотребява с алкохол, при глад, при повръщане. И тогава има ацетоновия дъх, но това не е ацидоза. Ето защо когато няма киселинно състояние на организма, не се приема за животозастрашаващо. Под трайно овладяване на ацидозата на 30.12. се има предвид, че от 28.12., когато за първи път е установена ацидоза, назначени са бикарбонати от ендокринолог, има оводняване и пациента е изведен от киселинното състояние на 29.12., късно вечерта. Това е динамичен процес, имал е едновременно и кетотела, и ацидоза. На 29.12., когато е правено изследването, ацидозата е овладяна. Има позитивни кетотела, защото организмът продължава да работи в режим на усвояване на разградните продукти на мазнините и те се изчистват по-дълго време. Това е на практика физиологично, но не е

болестно състояние, тъй като няма киселинност. Ацидозата не е била силно изразена, сравнително лека до умерена, затова е овладяна бързо. Цитира първата епикриза :, стр.3: инсулинолечение и т.н.; киселинно-алкално състояние в 16:00 ч. е в норма. На 30.12. (ИЗ № 44870, стр. 3/4), има отбелязано рН -7,36, контролно рН – 7,407, което е в референтни граници. И не само в референтните граници, а това са осреднените стойности. На стр. 2/4 от епикризата е посочена първата контрола на рН динамиката 29.12-7,36. Това е в референтни граници. Това е киселинно-алкалното състояние (КАС). На стр. 2/4 от 29.12. – рН - 7,357 – това е в референтни граници. рН отразява точно киселинното състояние, което е в референтни стойност за здрав пациент.

Същото се поддържа и от ВЛ Д. М. П.: Преценката за наличието или липсата на значим риск при изписването на пациента, не се прави с оглед изискванията на НЗОК и това не бива да е водещо. С оглед добрата медицинска практика, преценката на лекуващия лекар за изписване на пациента при първата хоспитализация от УНГ гледна точка е правилна, тъй като той няма какво повече да прави в отделението. Има хирургичен проблем, има и съпътстващи други проблеми. Когато се приеме в отделение УНГ, хирурга се грижи пациента да не кърви, да е захранен, зависи от операцията, а съпътстващите проблеми или се решават или се минимализират, чрез консултации, и при достигане на един приемлив резултат, се пише в епикризата, примерно: „Да се проследи от ендокринолог или от личен лекар и т.н.“. Ако състоянието е много тежко, съпътстващо с някакво друго, може да се наложи да отиде в друго отделение.

На въпроса относно контролирането на кръвна захар след изписването на пациента и регулиране на стойностите на кръвната му захар, вещото лице Д. М. изяснява, че пациенти като И. са обучени сами да овладяват високите стойности на захарите и те знаят как, като им се обръща внимание относно приложението на инсулиновата доза. Но в случаи на продължаващи психо-травми, включително и от лекарски манипулации, не може да се овладее напълно кръвна захар само с инсулин. Необходима е и консултация с психиатър и психолог, евентуално да се назначат медикаменти, понижаващи пренапрежението. В подкрепа на тезата си, че условията на дистрес повишават кръвната захар е посочил и обстоятелството, че при захарен диабет, в решенията на ТЕЛК за установяването на трайна неработоспособност, се пише „противопоказан за нощен труд, за психо-емоционално напрежение и за тежък физически труд“.

По отношение на това дали е следвало и при първата хоспитализация да се използва инфузомат за снабдяване на организма с инсулин, вещото лице Д. М. е отговорил, че с този апарат има възможност да се коригират във времето дозите спрямо кръвната захар по венозен път и това се прави за сравнително бързо и относително овладяване на високите захари. Не може да се постигне абсолютна нормализация. Става въпрос за овладяване на високи нива от порядъка на над 15, а след това се преминава отново на инжекции. Има два метода за прилагане на инсулина и това е по преценка на ендокринолога кой да се използва - чрез многократни приложения или чрез инфузомат, а може и двата.

По отношение на изследването на гликиран хемоглобин от 13.01.2015г., дало

основание за основното заключение на експертизата, вещото лице Д. М. пояснява: Гликираният хемоглобин е основен маркер. Има повторение на изследването от 11.04.2015г., което дава горе-долу същите резултати. Това е основен показател, по който се съди за динамиката на кръвната захар между 90 и 120 дни назад. Всички изводи, които са направени във връзка с това касаят състоянието на организма на този човек преди получаването на травмата на 25-и и обхващат и периода преди инцидента. Касая се за една наистина декомпенсирана въглехидратна обмяна. ВЛ е коментирал и психологичното състояние на И. А., като счита, че организъмът му е щял да реагира по-адекватно, ако не е бил с този декомпенсиран диабет.

По отношение на това колко е прецизно изследването на Гликиран хемоглобин при екстремални стойности на кръвната захар, за кратък период, вещото лице Д. М. отговаря, че може да се покачи средната стойност, но не в толкова манифестни стойности. Може от 11,4 да отиде на 13, когато е много висок и да повлияе на стойностите за общия период. Една пикова стойност за кратък период може да повлияе, но не много. Стресът също може да повлияе, но не в такива стойности, че да промени извода за наличие на декомпенсиран диабет. Може да повлияе от 11 и нещо до 13 и нещо, но не и от 8-9 на 13. Ако е човек без захари, ще мръдне кръвната захар – не много, но ще мръдне. Без инцидент се отчита като нормална стойност на гликирания хемоглобин ако е 5,4 - 5,5 процента, може да отскочи до 5,8 - 5,9 – 6, но не и 11, като заявява, че е категоричен. Добавя, че не може да се очаква постоянно, трайно нормализирани кръвни захари. Обикновено пациентите с диабет са обучавани при всяка среща с ендокринолог и имат собствена добра преценка как да регулират захарите и знаят най-добре кога да се обърнат към ендокринолог. Това не е единственото състояние кетоза, в което пациента е изпадал, тъй като от 2006г. е с диабет.

От своя страна Д. К. разсейва съмненията за вътреболнична инфекция. Сочи, че заразяването с тези гъбички, които причиняват Мукормикоза може да стане абсолютно навсякъде, дори в къщи от гнили плодове или мяхлясал хляб. Гъбичките образуват фини спори, два микрона, които може просто да се инхалират, но при здрави хора, чийто имунната система е здрава, категорично това няма да се разбере. Заразяването е нещо, което няма как да се знае кога е станало, защото зависи от дозата, която ще бъде инхалирана и на какъв терен ще попадне. Тези микроскопични спори може да пребивават известно време в горните дихателни пътища, но имунната система ще ги ликвидира примерно за два-три дни. Твърди, е тази инфекция не може да стане при здрав човек, не е описана при здрав човек, няма как да се случи. Счита, че лекарите много точно са действали вземайки биоптичен препарат, който правилно ги е насочил към тази гъбична инфекция и действията им са предотвратили по-фатални усложнения, били са адекватни и навременни.

Същото е и становището на доц.д-р П., който има опит в практиката си на хирург със случаи на Мукормикоза и потвърждава, че това е изключително животнозастрашаваща инфекция. Счита, че в ответната болница е направено всичко необходимо, в съответствие с добрата медицинска практика. Животът на пациента е бил в опасност, поради различни причини, при което в резултат на грижите на лекарите, тези



състояния са били предотвратени. За първите няколко седмици е имало епистаксис – кръвоизлив от носа. Втора диагноза – ацидоза, кетоацидоза, също е животозастрашаваща и е могъл да умре от това. Третата е Мукормикоза – направени са неколнократни дебридмани. От тези три отделни диагнози, всяка една е била с абсолютно висок шанс за фатален изход, дори при най-добра медицинска намеса. И обобщава : имало е епистаксис – направена е тампонада, имало е счупване на носа – направена е репозиция, имало е кетоацидоза – направена е терапия.

От обясненията на ищеца в първото по делото заседание се установява, че при измерване на кръвната му захар на 26.12.2014г. измерена с глюкомер, тя е била точно 6 милимола/л, половин час преди да влезе в кабинета за репониране. Ищецът признава, че е диабетик от 2006 година и много добре знае как да контролира захарта си. Когато се чувства добре не я мери, но усети ли „нещо“, започва да я мери по три пъти на ден, но твърди, че не му се е налагало. Обяснява следното за режима си: „Относно диабета ми, по принцип така си бях направил режима на храна и инсулин, хапвам определено количество храна и си бия 20 единици дневен инсулин сутрин, обед и вечер, както бия и 25 единици 24-часов, нощен, дългодействащ инсулин. С минимално количество храна, например с три филии, бия 20 единици инсулин, като в болницата едва изяждах по половин или една филия и биех двойни единици инсулин по 30-35, което ми е казвала и личната ми ендокриноложка, за да се мъча да компенсирам и може да се види, че при второто ми влизане в болницата на 7-ми януари захарта ми беше 8 с огромни количества Инсулин, което е необичайно за мен. Въпреки това, в пика на това нещо, все пак успях да я смъкна. Аз спирам да бия Инсулин преди влизането в болницата и след това лекарите започнаха да го следят. От 31-ви декември 2014г. до 7-ми януари не съм имал проблем с кръвната захар.“

От представените с отговора на исковата молба документи, включени в История на заболяването, както при първата, така и при втората хоспитализация, се установява какви изследвания, консултации и лечение са приложени на ищеца по време на престоя му през периода 27-31.12.2014г. и съответно през периода 07.-14.01.2015г. Диагнозата през първия престой е била фрактура на носа, видно от ИЗ 44870/на л.272/ от приложеното гр.дело 112/2020г. на ОС-Ямбол.Посочено е, че е извършена на 27.12.2014г. репонация.Анамнезата е снета по данни на болния, който постъпва за първи път в клиниката по УНГ след нанесен му побой, с оплаквания от болки в областта на носа, кръвене и затруднено дишане през носа и болки в гърдите, засилващи се при дишане. В обективно състояние на пациента е отбелязано задоволително общо състояние, адекватен, контактен.Установена е деформация на носната пирамида, назначени са : ПКК, ЕКГ, Рентген на носни кости. Направена е консултация с ендокринолог в деня на приема от д-р К., тъй като болният е с диабет. Лекуващият лекар д-р С. е отправил молба за консултация и с Хирургична клиника с оглед болките в гърдите, засилващи се при дишане и кашлица и неколнократното повръщане. Такава молба за консултация е отправена и до Неврологична клиника. На 28. И на 29.12 консултациите с ендокринолог са направени от д-р Б.П., която е назначила съответното лечение за контролиране на кръвната захар и преодоляване на

констатираното състояние на метаболитна ацидоза. На 30.12.2014г. същият ендокринолог е отбелязал в консултацията си, че е овладяно състоянието на метаболитна ацидоза, КАС от 16ч. в норма, кр.захар в 16ч. – 9mmol. Заключение е, че на следващия ден – 31.12.2014г. пациента може да бъде дехоспитализиран с дадени указания за корекция на инсулиновата доза. Уместно е препоръчване на подходящ перорален антибиотик за дома. На 31.12.2014г. е записано, че пациента е изписан с подобрение и са му дадени указания за режим и контролни прегледи. От ищеца са подписани две декларации за информирано съгласие, едната от които за извършване на репонация на 27.12.2014г., извършена от д-р С., с местна анестезия с Лидокаин. В оперативният протокол за тази манипулация е посочено, че поради кървене от носа и болки е извършена репонация на носни кости и е поставена предна носна тампонада. На 28.12.2014г. е извършена компютърна томография на ищеца на глава и абдомен, като заключението е, че пациентът е с нормален мозъчен и абдоминален статус. Обективирани са множество резултати от лабораторни изследвания. Издадена е епикриза, прил. на л.334 от делото на ЯОС, от която се установява, че следоперативният период е протекъл гладко, липсва кървене, афибрилен, тампонадата е отстранена на трети ден и липсва кървене, а дишането през носа е свободно. Предписан е антибиотик Цефтриаксон, като на пациента е назначен режим и контролни прегледи на 10-20 ден. Дадени са препоръки за понататъшно лечение и проследяване – наблюдение от ОПЛ и ендокринолог.

От събраните чрез свидетелските показания доказателства, както и от писмените такива, с които те кореспондират, признанията на страните, а също и заключенията на тримата експерти, изготвили КСМЕ, се установяват обстоятелствата относно обективното състояние на пациента при лечението му в УНГ клиниката при ответната болница, назначените медико-диагностични изследвания, оказаната му болнична медицинска помощ, в т.ч. при условията на спешност, както и през целия период на хоспитализациите му. Показанията на свидетелите-лекари работещи в ответната болница, както и показанията на близките на ищеца се съобразяват от съда, при условията на чл. 172 ГПК.

При така установеното от фактическа страна, съдът намира, че иска с правно основание чл.49 вр. с чл.45 ЗЗД е недоказан, поради което е и неоснователен. От събраните многобройни доказателства не се установяват елементите на гаранционно-обезпечителната отговорност по чл.49 ЗЗД по отношение на ответната болница и тя не следва да понесе отговорност за тежкото състояние на ищеца, от което последният несъмнено е претърпял множество вреди. Преди всичко - не се установява противоправно поведение на лекарите и другите служители на болницата при диагностицирането, лечението и наблюдението на пациента. Нито едно от действията по оказаната на ищеца медицинска помощ не са квалифицирани от вещите лица от КСМЕ, като неправилно, несвоевременно или неадекватно. В заключенията/основно и допълнително/ и в подробните обяснения при разпита на съдебните експерти, не е описано действие или бездействие, което да може да се квалифицира като нарушение на закона или на медицинската практика. Заключенията са категорични в своята цялост по отношение на проведените достатъчен обем клинични и

образни изследвания, консулт с необходимите специалисти, отговарящи на критериите за навременност и достатъчност по медицинските стандарти. Убедителни са заключенията и по отношение на това, че е бил спазен лечебния алгоритъм при лечението на животозастрашаващото състояние на пациента при втория прием в Клиниката по УНГ. Вещите лица не са установили и не сочат пропуски нарушаващи добрата медицинска практика, нито допуснати съществени грешки било от некомпетентност, било от бездействие или небрежност. Не се установява и пряка причинно-следствена връзка между действията по оказване на медицинска помощ и претърпените от ищеца болки и страдания.

От събраните доказателства се установи, че при явяването на ищеца на 26.12.2014г. в Клиниката по УНГ е бил в сравнително добро състояние, предвид твърдението му, че е бил с кръвна захар 6mmol/l, счупването на носа едва е личало, не е имало други счупвания по тялото му, а само болки от нанесените му при побоя травми. В това състояние му е извършена репонация/наместване/ на счупените носови кости и тъй като не е имал желание, нито е имало нужда, той не е постъпил в клиниката, а се е прибрал с дадени му указания да се яви на контролен преглед на 29 декември. Това се установява както от обясненията на ищеца, така и от показанията на св. С. С., св.Н. С. и св. Д. С.. Не е имало друг метод за наместване на носните кости, по-щадящ или по-неинвазивен, който да се приложи към пациент, който е съобщил, че е с диабет. Вещите лица от КСМЕ и по-конкретно хирурга, специалист УНГ Д. М. П. установява, че направеното наместване на носните кости на ищеца на 26.12 е своевременно и че е обичайно при такава репозиция да се каже на пациента да дойде след няколко дни. Възможно е да изкърви, при което може да отиде и по-рано. Твърди, че наместването на нос е еквивалентно на носната тампонада, защото е манипулация, която се прави всеки ден в спешните звена и може да се прави „на стол“. Прави се до седми-осми ден от счупването, като може и на първия час да се направи, няма да е твърде рано. Вещите лица установяват, че процедурата е неинвазивна, своевременна е и е изпълнена правилно.

Установява се от обясненията на ищеца и от показанията на свидетелите – майка му Н. С. и съпругата му С. С., че вследствие на многократни повръщания след направеното наместване, И. С. се е обезводнил и рязко/за 7-8часа/ общото му състояние се е влошило, поради което след разговор по телефона с д-р. С., се е явил на следващия ден - 27.12 в Клиниката по УНГ, където е бил приет с диагноза фрактура на носа, видно от ИЗ 44870/на л.272/ от приложеното гр.дело 112/2020г. на ОС-Ямбол. Още на същия ден, предвид високите стойности на кръвната му захар от 25mmol/l, измерена при приема, е бил консултиран с ендокринолог – д-р К. и са взети мерки за понижаване на кръвната захар, като до края на хоспитализацията всеки ден са му правени множество кръвно-захарни профили. ВЛ Д. М. П. не приема за основателна тезата на ищеца, че на 27.12.2014г. му е направено твърде рано наместване на носовите му кости, без преди това да се понижат високите стойности на кръвната му захар. Мотивите му са, че интервенцията е лека, няма оперативен процес, с нарушаване целостта на кожата, направено е с местна анестезия, поради което не може да повлияе значимо на декомпенсиран диабет. Счита, че не е било добре да се чака,

защото лекуването на травмата и овладяването на болката са предпоставка за постепенната регуларизация на захарта, затова се действа комплексно, както са постъпили и лекарите в ответната болница. По-същественото в случая е, установеното от лекуващия лекар и потвърдено от майката на ищеца – свидетелите Д. С. и св.Н. С., че ново наместване на 27.12 не е било правено. Съставен е оперативен протокол, но интервенцията се е изразявала само в изваждане на тампона, оглеждане отвътре на носа и извършването на нова носна тампонада, т.е била е направена само ревизия, тъй като не е било необходимо повторно наместване, т.е процедурата е била минимално травмираща пациента, извършена е била с местна упойка с Лидокаин.

Не отговаря на истината твърдяното в исковата молба, че при постъпването на ищеца на 27.12.2014г. от ответната болница не са били предприети мерки за намаляването в приемливи граници на високата му кръвна захар. Още с приема му е бил поставен на системи, съгласно установеното от св. Н. С.. През останалото време на престоя му в клиниката усилията на лекарите са били насочени към изследване на причините за повръщането, в повече от обичайното при ситуации на поглъщане на кръв, захранване на пациента и стабилизиране на показателите на декомпенсирания му диабет. Извършени са множество лабораторни изследвания и пациента е бил проследяван, видно от ИЗ. Направена е консултация с хирург относно болките в гърдите и неколкото повръщане, а също и с невролог. На 28.12.2014г. е извършена компютърна томография на глава и абдомен, като заключението е, че пациента е с нормален мозъчен и абдоминален статус. На 28 и на 29.12 консултациите с ендокринолог са направени от д-р Б.П., която е назначила съответното лечение за контрол над кръвната захар и преодоляване на констатираното състояние на метаболитна ацидоза. Направени са множество кръвно-захарни профили и изследване на урина за ацетон. На 30.12.2014г. същият ендокринолог е отбелязал в консултацията си, че е овладяно състоянието на метаболитна ацидоза, КАС от 16ч. в норма, кр.захар в 16ч. – 9mmol. Заключението е, че на следващия ден – 31.12 пациента може да бъде дехоспитализиран с дадени указания за корекция на инсулиновата доза. Препоръчала е също и предписването на подходящ перорален антибиотик за дома. В противоречие с дадените пред съда като свидетел показания, че д-р Б. П. е смятала, че лечението на ищеца С. след 31.12 ще продължи в Ендокринология, същият лекар като консултат е препоръчал „антибиотик за дома“, имайки предвид, че той може и ще продължи лечението си при домашни условия.

На 31.12.2014г. пациента е изписан с подобрене и са му дадени указания за режим и контролни прегледи. От епикризата, прил. на л.334 от делото на ЯОС, се вижда, че при изписването на пациента той е афибрилен, тампонадата му е била отстранена на трети ден и липсва кръвене, а дишането през носа му е свободно. Предписан е антибиотик Цефтриаксон, като на пациента е назначен режим и контролни прегледи на 10-20ден. Дадени са му и препоръки за понататъшно лечение и проследяване – наблюдение от ОПЛ и ендокринолог. Становището и на трите вещи лица, всеки от позицията на своята специалност е, че при решаване на хирургичния УНГ проблем, с който пациента е постъпил

в клиниката и при стабилизиране на показателите на съпътстващото му заболяване захарен диабет, тип 1, са били налице предпоставките за дехоспитализирането на И. С.. Долечението му е можело да продължи, било от неговия личен лекар, било от специалист ендокринолог, по негова преценка и с оглед състоянието му, в т.ч. и при нужда – в болнично лечебно заведение.

Съобразно установеното по-горе, няма основание да се счита, че наличието на кетонни тела в урината, при изписването на ищеца е било застрашаващо здравето му състояние, тъй като съгл. показанията на св.доц.д-р К. Т. и обясненията на ВЛ д-р М., този показател, не говори за наличие на болестно състояние, тъй като изчистването им от урината, след като е била преодоляна ацидозата, може да продължи дълго. По същата причина обстоятелството, че пациента е с ацетонов дъх не означава, че е с кетоацидоза, тъй като състоянието е физиологично, но не и болестно. Показателно е киселинно-алкалното състояние на пациента, тъй като наличието на кетотела без киселинно състояние, не се смята за риск. С други думи казано, макар че е съществувал все още дисбаланс относно хроничното заболяване на ищеца инсулинозависим диабет, то е могло да бъде долекувано при домашни условия, под наблюдение на съответните лекари – ОПЛ и ендокринолог.

Доказателство за това, че ищецът е бил обучаван и е знаел добре как да контролира кръвната си захар се съдържат в показанията на съпругата му св. С. и признанието му от първото по делото заседание, че от 31.12.2014г. до постъпването му на 07.01.2015г. в Клиниката по УНГ, той не е имал проблем с нивото на кръвната захар. С приемането на необичайно високи дози инсулин, той е поддържал захарите в норма. Следователно, причината за настъпилото усложнение от травмата на носа – появата на гъбична инфекция, не следва да се търси във високи стойности на кръвната захар през периода от получаване на травмата на 25.12.2014г. до 07.01.2015г. когато са се появили първите симптоми на гъбичната инфекция. Първо поради това, че съгласно установеното по делото, повишаването на стойности на кръвната захар и на достигнатото състояние на кетоацидоза, е било за кратко и сравнително леко, според ВЛ д-р М., поради което и бързо е било преодоляно. Второ, съгласно заключението на КСМЕ гъбичките, които причиняват инфекцията Мукормикоза са широко разпространени в природата, може да се вдишат от всяко място, където има гниещи продукти и не може поради микроскопичността на причинителя, да се установи кога е станало заразяването. Още повече, че след счупването на носа и преди лечението в УНГ клиниката, И. С. е посетил и други болнични заведения и кабинети на лекари.

Съдът намира за неоснователно твърдението в исковата молба, че поради вътрешно-болнична инфекция, ищецът е получил въпросното усложнение, което впоследствие се е развило много агресивно. Не се събраха каквито и да било доказателства за такава ВБИ - да е имало други болни в Клиниката по УНГ или да са били налице предпоставки за заразяване с гъбичката причиняваща Мукормикоза. Тъкмо обратното - от писмените доказателства, от показанията на свидетелите и най-вече от КСМЕ се установява, че причината за инфекцията не е вътрешно-болнична. Установи се, че ищецът не само е бил

с диабет, тип 1 от 2006г., но и че е имал хронична хипергликемия и хронична декомпенсация на диабета, при която имунитета му е бил сринат. От двете изследвания на гликиран хемоглобин, които са му били направени, едно от които при ответника, е установено, че диабета му не е бил контролиран през дълъг период от време преди получаване на травмата на носа на 25.12.2014г., което декомпенсиране на диабета е довело и до снижаване на имунния отговор, като двата рискови фактора са довели до това, при заразяване с микроспори на патоген да се развие заболяването Мукормикоза. Ясно са определени в заключението и в обясненията и на трите ВЛ причините за появилото се усложнение и те не се намират в поведението на лекуващите екипи, а предхождат тяхната намеса за възстановяване на здравето на пациента. Изяснено е, че при здрава имунна система, този патоген ще бъде унищожен за няколко дни и няма да причини инфекция, като същевременно при гликирани тъкани, с каквито е бил ищеца, и без травмата на носа, заболяването е могло да се развие.

Съдът приема, че въпреки положените адекватни и навременни грижи, съответстващи на добрата медицинска практика и наука, за които са събрани множество доказателства, лекарите от ответната болница не са могли нито да предотвратят нито да преустановят нарастващите вследствие на инфекцията увреждания на болния. По отношение на твърдението за възникнало усложнение вследствие на недобро медицинско обслужване при предходния прием, се установи, че въпреки липсата на конкретни данни за некомпенсирания захарен диабет и отслабен имунитет, още към 27.12.2014г. лекарите са взели своевременни мерки за намаляване на нивото на кръвна захар на пациента и извеждането му от метаболитна кетоацидоза. Тампоните в носа му са съдържали антибиотик, приеман е и широкоспектърен такъв през устата. Не е правено хистологично изследване, тъй като не е имало симптоми за инфекция при първия престой, което подробно е разяснено и обсъдено по-горе. Предписаното и проведено лечение е постигнало стабилизиране на пациента, като са му дадени препоръки за домашно лечение, контролни прегледи и наблюдение от ОПЛ и ендокринолог. Въпреки това, в периода от 31.12.2014г. до 07.01.2015г. ищецът, който твърди, че общото му състояние постепенно се е влошавало до повторния му прием в клиниката, не е потърсил помощ нито от ОПЛ и ендокринолог, нито от лекари от ответната болница. Липсват доказателства какъв е бил режимът му на хранене и дозиране на инсулин през този период. От показанията на близките му се установява, че общото му състояние не е било добро, но мерки за това ищецът е взел едва когато се е появил гноен секрет от носа. Не се установява имало ли е други симптоми за зараждаща се инфекция и от кога. При това положение, съдът приема че не би следвало да се очаква, грижата на лекарите за здравето на пациента, да е по-голяма от неговата грижа за себе си. Особено в случаи на диабет тип 1, когато следенето на състоянието на болния не може да се осъществява от лекар непрекъснато и постоянно. Както се установи, то обичайно е нестабилно и поради спецификата на заболяването, динамично се променя. Поради това вземането на правилни решения за дозата инсулин, за търсенето на консултация и при нужда – на помощ и лечение, е предимно в контрола на самия пациент.

Поради изложеното, не може да се приеме, че е налице противоправно бездействие от страна на лекарите от ответната болница. Те не само, че не са бездействали противоправно, осъществявайки деликт, както счита ищеца, а са предприели своевременни действия, които са били от първостепенно значение за възстановяване на общото му увредено здраве. Още повече, че не се установява, а и не се твърди от ищеца, да е провеждано лечение в другите болници - ВМА и болницата на МВР, което да е по-различно или по-ефикасно от проведеното в ответното лечебно заведение, а оплаквания от лечението там ищецът няма. Ето защо, съдът приема, че не възниква отговорност за причинени вреди, когато обстоятелството, обусловило увреждането и причинната връзка между него и увреждането, са непредвидими. Вредоносният резултат не е бил предвидим, тъй като не е следствие на невзети мерки /изследвания, консултации, наблюдение/. Направена е била стандартна рутинна манипулация, която при здрав човек, дори при човек с контролиран диабет не би довела до описаните усложнения. Дори да се приеме, че е могло ищецът да остане на лечение в УНГ клиниката или да бъде преместен в Ендокринология за по-трайно стабилизиране на нивата на кръвна захар, това не може да обоснове извода, че инфекцията причинила увреждането му, би била предотвратена. Според ВЛ Д. К., това не би довело до еднозначен извод за недопускане на заразяване и развитие на гъбичната инфекция – от една страна тя се изявява едва когато има некротични тъкани и от друга, причина за нейното развитие и агресивно проявление е съществувалия при И. С., много преди приема в болницата, имунен дефицит вследствие на декомпенсиран диабет. Според ВЛ такова усложнение от травма на носа не е описано в медицината и от друга страна - то може да се развие само при пациенти, с подобен статус, даже без наличие на рана/травма. Според микробиолога, инфекцията е била диагностицирана и лекувана навреме – веднага след проявата на симптома почерняване на носа, но въпреки добрите грижи, докато е бил в клиниката проблема не е бил решен. Нещо повече - той е продължил месеци наред, с упорити усилия на лекарите от другите две болници за запазване на живота му. В този смисъл не може да се говори за увреждане на пациента, на когото е излекуван/наместен/ носа и кръвенето е спряло. Вместо да започне оздравителен процес, се е появило усложнение, но причината за него не е в поведението на лекарите. Спасен е живота на пациента, чрез преодоляване на живото-застрашаващите състояния, което според ВЛ доц.д-р П. са били възможни трикратно – чрез кръвоизлив, чрез кетоацидоза и чрез Мукормикоза е могло да се достигне до фатален край.

В заключение : Отговорност за вреди би възникнала само, когато правилото да не се вреди е нарушено чрез противоправно действие или бездействие на лекар и наличие на причинна връзка между действието/бездействието и настъпването на вредата. Няма бездействие, при положение, че пациента е наблюдаван, взето е отношение към оплакванията му, извършени са изследвания, дадени са медикаменти, направени са множество консултации, няколко операции. Поставени са правилни диагнози и предприетото оперативно лечение е било необходимо и навременно. Вещите лица не са посочили действие, което лекарите в ответната болница да са били длъжни, да са могли и да не са извършили, за да се приеме, че е налице противоправно бездействие. Няма прояви на

небрежност или немарливо изпълнение на служебните задължения. Що се касае до негативните последици при ищеца вследствие агресивно развилата се гъбична инфекция Микормикоза довела до обезобразяването на лицето му, то те са изцяло последица от тежкото общо състояние на организма му на диабетик и не биха могли да бъдат свързани нито с вида и метода на лечението, нито с някакъв пропуск от страна на лекарите.

Съобразно принципа на адекватните очаквания, при наличие на здравословен проблем, във връзка с който пациент разчита на помощ от лекар в болнично заведение за активно лечение, адекватни са очакванията специалистът да предложи и осъществи лечение, което е съобразено с медицинските стандарти и добрите практики и да съблюдава всички прокламирани в нормативните актове права на пациента. В случая не е установено нарушение на добрите практики или на установените права, създадени в защита най-висшата ценност – живота. Напротив – беше установено, че лекарите при УМБАЛ“Д-р Г.Странски“ са осъществили едно многообхватно диагностициране и лечение на пациент, като са действали в условия, при които живота му е бил застрашен. Едва ли е адекватно при конкретните обстоятелства да се очаква пълно излекуване – предприети са били неотложните мерки за спасяване на живота му, както и за стабилизиране на общото му увредено здраве съобразено с медицинските практики и капацитета на болницата. Дългият процес на долекуване е последвал не поради неполагани в достатъчен обем грижи и лечение в ответната болница, а поради естеството на получените от него увреждания на здравето, изискващи дълъг оздравителен процес.

По изложените съображения съдът приема, че по делото не се установява да е налице лекарска грешка или поведение на длъжностни лица лекари и др. медицински персонал, ангажирани по трудово правоотношение с ответника, в противоречие с утвърдените в медицинската наука и практика методи и технологии и с медицинските стандарти. Горното обуславя извод за липса на противоправно поведение при лечението на ищеца. Не се установява и наличието на причинна връзка между поведението на тези лица-служители на ответника и настъпилите за ищеца неимуществени вреди/болки и страдания/. Ето защо съдът приема, че не са се осъществили два от основните елементи на фактическия състав на разпоредбата на чл.49 от ЗЗД, респ. фактическия състав на разпоредбата на чл.45 от ЗЗД. Исковите предявени срещу ответника следва да бъдат отхвърлени като неоснователни и недоказани. Не следва да бъдат обсъждани другите предпоставки и доказателствата за тях, при липса на основните предпоставки за присъждане на обезщетение.

Неоснователността на главният иск/ове/ налага и отхвърлянето на акцесорния за заплащане на обезщетение за забава върху претендираните обезщетения. Не следва, поради това, да бъде разглеждан предявеният като евентуален, обратен иска срещу третото лице-помагач.

При този изход на делото, ищецът следва да бъде осъден да заплати направените от ответника разноски в размер на 16 970лв. от които 7150лв. за адвокатско възнаграждение; 8620.90лева - ДТ за обратен иск; 1200лв. възнаграждение за ВЛ и 20лв. депозит за свидетели. Съдът съобрази направеното възражение по чл.78, ал.5 от ГПК за



прекомерност на заплатеното от ответника адвокатско възнаграждение, като приема същото за неоснователно. При съобразяване на минималният размер на адвокатското възнаграждение в чл. 7, ал. 2, т. 5 от Наредба № 1/2004г. на ВАС, в редакцията на разпоредбата към датата на сключване на договора за правна защита и съдействие от 09.12.2021г. /на л.174/ от делото, съдът приема, че минималното адвокатско възнаграждение по иска с цена 215 522.56лв. е в размер на 5840.45лева, като с оглед фактическата и правна сложност на делото и разглеждането му в множество заседания, не е налице прекомерност по смисъла на закона на договореното и заплатено възнаграждение за един адвокат в размер на 7150лв.

По отношение на заплатената от ответното лечебно заведение държавна такса в размер на 8 620.90лв. по обратните иски съдът намира, че същите следва да бъдат присъдени по реда на чл.78, ал.3 от ГПК, като съобрази този си извод с определение № 832/28.09.2012г. по к.ч.т.д. № 153/2012г. на ВКС, II ТО, и счита, че отговорността на ищеца обхваща всички направени от ответника деловодни разноски за неговата защита, която защита в случая включва и допуснати процесуални способности чрез привличане на трето лице-помагач и предявяване на обратен иск, предприети съобразно преценката му за обема на необходимата му защита.

В случая третото лице-помагач е и ответник по обратните иски за имуществени и неимуществени вреди, поради което при съобразяване с практиката на ВСК за такива случаи – определение № 152/02.04.2020г. по ч.т.д. № 2661/2019г. на ВКС, II т. о, определение № 724/15.12.2015г. по т.д. № 1280/2014г. на ВКС, II т. о. и др., съдът приема, че правното положение на ответник по обратния иск му дава право на разноски, съобразно изхода на спора, а не по реда на чл.78, ал.10 от ГПК. ВКС приема, че когато не е разгледан обратният иск, това на практика е равнозначно на прекратяване на производството по делото и в този случай ответникът по обратния иск на основание чл.78, ал.4 от ГПК има право на разноски, като отговорността за разноски е на ищеца по обратния иск. Следва да се уважи искането на третото лице – помагач за присъждане на разноски в размер на: 555лв. за деловодни разноски 450 лв. за юрисконсултско възнаграждение, определно по реда на чл. 78, ал.8 ГПК вр. с чл. 37 от ЗПП и чл.25, ал.1 и ал.2 от Наредбата за ПП.

Водим от горното, съдът

## **РЕШИ:**

**ОТХВЪРЛЯ**, предявеният от И. А. С. от гр.Л., ЕГН \*\*\*\*\* против УМБАЛ "Д-Р Г. СТРАНСКИ"ЕАД гр.Плевен, представляван от изп.директор доцент д-р Ц. Л., иск с правно основание чл.49 ЗЗД вр. с 45 и чл.52 ЗЗД, за заплащане на сумата 215 522.56лева, от които 150 000лв., представляваща обезщетение за имуществени вреди от претърпени болки и страдания и причинено обезобразяване от непозволено увреждане-допусната лекарска грешка при хоспитализация и лечение през периода 27.12.2014г.-

31.12.2014г. и през периода 07.01.2015г. - 14.01.2015г. и сумата 65 522.56лв., представляваща обезщетение за имуществени вреди-разходи за транспорт и лечение в страната и чужбина и за пропуснати ползи от неполучено трудово възнаграждение, ведно със законната лихва считано от: за неимуществени вреди – от датата на увреждането/27.12.2014г./, а за имуществени вреди – от завеждане на делото/30.12.2019г./ до окончателното им изплащане, като НЕОСНОВАТЕЛЕН и НЕДОКАЗАН.

**ОСЪЖДА** И. А. С. от гр.Л., ЕГН \*\*\*\*\*, от гр.Л., ж.к.\*\*\*\*\*, да **заплати** на основание чл.78, ал.3 ГПК на УМБАЛ "Д-Р Г. СТРАНСКИ"ЕАД, ЕИК 114432352, със седалище и адрес на управление: гр. \*\*\*\*\*, представлявано от изп.директор доцент д-р Ц. Л., **сумата 16 970.90лв.** за направени по делото разноски.

**ОСЪЖДА** УМБАЛ "Д-Р Г. СТРАНСКИ"ЕАД ЕИК 114432352, със седалище и адрес на управление: гр. \*\*\*\*\* гр.Плевен, представлявано от изп.директор доцент д-р Ц. Л., да **заплати** на основание чл.78, ал.4 ГПК на ЗАД "БУЛСТРАД ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП" АД, ЕИК 000694286, гр. София, представлявано от изп. директори Н. Ч. и И. Г. **сумата 1005лв.** за направени по делото разноски.

Делото е разгледано и решено с участието на трето лице-помагач на страната на ответника ЗАД "БУЛСТРАД ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП" АД, ЕИК 000694286, гр. София, представлявано от изп. директори Н. Ч. и И. Г..

Решението подлежи на обжалване с въззивна жалба пред Великотърновски апелативен съд, в двуседмичен срок от връчването му на страните.

**Съдия при Окръжен съд – Плевен:** \_\_\_\_\_