

РЕШЕНИЕ

№ 150

гр. Варна, 28.10.2022 г.

В ИМЕТО НА НАРОДА

АПЕЛАТИВЕН СЪД – ВАРНА, I СЪСТАВ, в публично заседание на пети октомври през две хиляди двадесет и втора година в следния състав:

Председател: Милен П. Славов

Членове: Петя Ив. Петрова
Мария Кр. Маринова

при участието на секретаря Виолета Т. Неделчева
като разгледа докладваното от Милен П. Славов Въззивно гражданско дело
№ 20223000500331 по описа за 2022 година

за да се произнесе взе предвид следното:

Настоящото производство е образувано по въззивна жалба, подадена от Й. Ц. Х. от с. Мадара, обл. Шумен, действащ чрез процесуалния си представител адв. М. Н. от АК-София, срещу решение № 260008/29.04.22г. по гр.д. № 49/21г. на ОС-Шумен, с което са отхвърлени исковете му за осъждането на ответника „МНОГОПРОФИЛНА БОЛНИЦА ЗА АКТИВНО ЛЕЧЕНИЕ - ШУМЕН“ АД, гр. Шумен да му заплати обезщетение за причинени неимуществени вреди в размер на 60 000 лв. и имуществени вреди в размер на 5 951 лв., в резултат на проявеното бездействие от медицински екип на ответника, който не е спазвал задълженията си за качествено, своевременно и ефективно медицинско обслужване на постъпилия по спешност ищец след ПТП на 28.03.18г. в медицинското заведение, на основание чл. 49 във вр. с чл. 45 от ЗЗД; и в полза на ответника са присъдени разноски за първата инстанция. Счита се, че решението е неправилно, необосновано, постановено в нарушение на процесуалните правила и нарушение на материалната норма на чл. 45 от ЗЗД. Изтъква се, че в нарушение на процесуалните правила съдът не е кредитирал показанията на свидетелите, разпитани по инициатива на ищеца, а е приел безкритично показанията на служителите на ответника, които свидетелстват за отрицателни факти – относно липсата на оплаквания и обективни находки, основани на липсата на записвания в медицинските документи, а не въз основа на своите спомени. Акцентира се на липсата на отразяване на данните за нараняване на главата при приема в Ортопедичното отделение на ответната

болница, каквито данни са налице при приема на пациента в болничното заведение. Поддържа се, че при отразени в болничната документация данни за нараняване на главата (охлузване на лява слепоочна област), при наличието на информация за енергиен произход на травмата (вследствие на ПТП), то непредприемането на съответните диагностични дейности за образно изследване на главата (за своевременното установяване наличието на травматичен субдурален хематом), представлява некачествено и в недостатъчна степен осъществено болнично лечение. Последното се потвърждавало и от прегледа, проведен от специалист-гастроентеролог на 20.05.18г., който въпреки, че е установил клинична симптоматика за наличието на субдурален хематом (установена вратна ригидност, гадене и повръщане), е насочил ищеца за прием в Гастроентерологичното отделение на ответната болница. Оспорва се извода на съда, че след като хематомът е диагностициран 50 дни след травмата, то не е установено същият да е резултат от удара, получен при ПТП на 28.03.18г. Поддържа се, че изводът противоречи на установеното в болничното заведение в гр. Варна за наличието на хронифицирано развитие на субдуралния кръвоизлив. От събраните по делото писмени и гласни доказателства следва да се направи извода, че вътречерепният кръвоизлив е резултат единствено от получената енергийна травма от процесното ПТП. Счита се, че е налице допуснато процесуално нарушение от първоинстанционния съд, тъй като въпреки, че въпросът е поставен още в исковата молба за наличието на причинна връзка на енергийната травма с проявата на субдурален хематом, по който вещото лице-медик не е дало отговор, съдът не е допуснал изготвянето на комбинирано заключение. Сочи се, че по делото е установено наличието на противоправно поведение на служители на ответника, изразяващи се в неизпълнение на професионални задължения чрез действие – некоректно отразяване на наличните травми в медицинската документация, и бездействие - изразено в непредприемането на мерки по изследване, диагностициране и лечение на лице, прието за болнично лечение при налични оплаквания и данни за енергийна травма на главата от счупване на челно стъкло на лек автомобил по време на движение, довела до проява и хронифициране на субдурален хематом, явяващ се животоопасно състояние, причинило болки и страдания. Поради това се претендира отмяна на решението и уважаване на предявените искове. Отправено е искане въззивният съд да допусне изслушването на експертиза по въпроса дали отговаря процесното диагностицирано състояние на субдурален хроничен травматичен хематом да е получен при процесното автопроизшествие, по повод на което и при условията на спешност ищецът е бил приет в ответното лечебно заведение. Сочи се, че искането е било своевременно направено в исковата молба и вещото лице е отказало да отговори на посочения въпрос, но съдът не го е допуснал.

В предвидения срок е депозиран отговор на въззивната жалба от насрещната страна „МНОГОПРОФИЛНА БОЛНИЦА ЗА АКТИВНО

ЛЕЧЕНИЕ - ШУМЕН“ АД, гр. Шумен чрез адв. Св. П., с който същата е оспорена като неоснователна. Сочи се, че от момента на приемането на ищеца в болничното заведение и до неговото изписване, както и при проведените контролни прегледи, не са били съобщени оплаквания за болки в главата, нито такива са били отразени в медицинските документи. Не е имало и оплаквания във връзка с назначената профилактика с антикоагулантния медикамент в 30-дневния срок на неговия прием. Не е била потърсена помощ и в Спешното отделение преди 20.05.18г., а е имало само преглед от педиатър за освобождаването на ищеца от физически занятия в училище. Ако е имало оплаквания за гадене, повръщане и болки в главата, то такива не са били изнесени и за периода от 04.04.18г. до 20.05.18г., а не само по време на престоя в болницата. Поради това не са били налице данни за наличието на черепно-мозъчна травма и субдурален хематом. При тези обстоятелства се поддържа, че медицинският персонал на болницата е извършил всички необходими и възможни действия по лечението на ищеца. Сочи се, че не е налице задължение на персонала на Спешното отделение на болницата задължително да назначава скенер на главата на пациент, пострадал при ПТП, при липсата на оплаквания за болки в тази област. Освен това се поддържа, че дори и да е бил направен скенер непосредствено след ПТП, то надали е щяло да се установи наличието на кръвоизлив, който се е образувал доста по-късно след травмата. Счита се, че втората операция на главата на ищеца е вследствие на усложнение от първата проведена в гр. Варна операция, за което ответната болница не отговаря. Освен това настъпилите травматични увреждания на ищеца, вкл. и теза на главата му, са в резултат от действията на водача на МПС, което го е ударило. Изцяло се споделят изводите на първоинстанционния съд в обжалваното решение. Счита се, че при водене на делото не са били допуснати процесуални нарушения, а искането за нова задача на експертизата пред въззивната инстанция е преклудирано, тъй като всички въпроси, формулирани от страните, са били поставени на вещите лица, същите са били изслушани и не е имало искания за назначаването на нови експертизи. Претендира се потвърждаване на обжалваното решение, ведно с присъждане на разноски за въззивната инстанция.

С определението си от разпоредително заседание въззивният съд е изложил мотивите си за липсата на допуснати процесуални нарушения от първоинстанционния съд, които са послужили за отхвърляне на доказателственото искане на въззивника, към които се придържа и понастоящем.

Становище по съществото на спора е изразено в депозираната от процесуалния представител на въззивника молба от 04.10.22г., в което се сочи, че нараняването на главата на ищеца не е било отразено в медицинските документи, с изключение на тези от първоначалния прием в спешен кабинет. Поради това се поддържа, че нито по време на болничния престой, нито при контролните прегледи, извършени от медици на ответника, нито при последния преглед на 20.05.18г. ищецът е бил изследван обстойно и

диагностициран коректно въпреки оплакванията и обективното му състояние. Счита се, че поради това е налице отклонение от утвърдените медицински стандарти и правилата за добрата медицинска практика и основните принципи на правото на медицинска помощ при лечението на ищеца, което е довело до подробно описаните претърпени неимуществени вреди.

В съдебно заседание пред въззивната инстанция процесуалният представител на въззиваемата страна поддържа изразеното в отговора на жалбата становище.

За да се произнесе настоящият състав на съда съобрази следното от фактическа страна:

С подадената по пощата на 04.02.21г. искова молба от Й. Ц. Х. са наведени твърдения, че на 28.03.18г. в гр. Шумен на ул. „Дедеагач“, отивайки на училище пеша, е бил ударен от лек автомобил „Фолксваген Туран“, управляван от Й. Д.Д.. Вследствие на удара, настъпил с предната част на автомобила, ищецът е бил прехвърлен през капака и с главата си е счупил челното му стъкло. При удара са били тежко наранени главата, тялото и крайниците на пострадалия. На мястото на ПТП е пристигнал екип на Спешна медицинска помощ, който е откарал ищеца в ответната болница, където при приема е било отбелязано, че пострадалият е бил блъснат от лека кола на кръстовище, не е губил съзнание, контактен е, зеници б.о., с леко охлузване в лява слепоочна област. Поставена е била диагноза „Счупване на тялото /диафизата/ на бедрена кост“ и са били направени образни изследвания единствено на ляво бедро и лява тазобедрена става /ТБС/, при които е била установена полифрагментна фрактура на лява бедрена кост в средна трета на диафизата с дислокация. Въпреки, че е бил съобщен травматичния характер на увреждането и причината за това /ПТП/, на ищеца не са били направени изследвания и прегледи относно останалите му наранявания, вкл. и на главата. Настанен е бил в отделението по ортопедия и травматология, където на 30.03.18г. е извършена операция на фрактурата на долния крайник. Проведена е била и аналгетична, инфузионна, хемотрансфузионна, антибиотична и антикоагулантна терапия. Твърди, че въпреки оплакванията си от силно главоболие по време на болничния престой, не са му били направени образни изследвания на главата, нито е била проведена консултация с невролог, неврохирург или друг специалист. На 04.04.18г. ищецът е бил изписан с предписание за контролни прегледи и прием на противотромботичен медикамент. След изписването ищецът е имал пристъпи на остро главоболие, за които съобщил при посещенията си на контролните прегледи, но преглеждащият лекар го е отдал на упойката при операцията. На 20.05.18г. главоболието се засилило до нетърпимост, придружено с „фонтанно“ повръщане и по спешност ищецът е бил откаран отново в ответната болница, където след образно изследване му е било открито наличието на травматичен субдурален кръвоизлив без открита вътрешночерепадна травма. Поради критичното му състояние ищецът е бил насочен по спешност за оперативно лечение и откаран с частен превоз в МБАЛ „Св. Анна - Варна“ АД, където на

21.05.18г. черепът му е бил отворен и е бил отстранен субдурален хематом с множество кисти около 300 сс. Установени били и арахноидни кисти вляво темпорално, след отстраняването на които е констатирано изтичане на гръбначно-мозъчна течност. Костният дефицит е бил заместен с костно ламбо, фиксирано с помощта на три винта. Поради засилване на болките и ново повръщане, на 23.05.18г. ищецът е бил повторно опериран поради епидурален хематом вляво с диаметър 30 мм. На 24.05.18г. поради наличието на субдурална ликворна колекция и деформационно-дислокационен синдром, е била извършена нова операция за отстраняване на субдурален хематом. При направена на 25.06.18г. контролна КТ е бил установен хроничен субдурален хематом вляво, фронтално, темпорално и париетално с максимална ширина около 15 мм, въздух вляво челно и темпорално субдурално, довели до компресия върху левия страничен вентрикул и лекостепенна дислокация на вентрикулната система надясно. На 22.06.18г. ищецът е бил изписан от болницата в гр. Варна с назначено медикаментозно лечение. При ново образно изследване на 03.07.18г. е било установено вляво темпорално-париетално субдурална колекция с размер 16 мм и плътност около 33 ХЕ, наличие на въздушни включвания в структурата; дискретна компресия на левия страничен вентрикул и дислокация по срединна линия с размер около 5 мм; наличие на арахноидна киста вляво темпорално с размери 4/3 см., без данни за остра хеморагия, които налагат непрекъснато наблюдение и лечение.

Въз основа на горните твърдения ищецът счита, че е било налице противоправно поведение на служители на ответното болнично заведение, изразяващо се в бездействие и непредприемане на мерки за пълното изследване на лице, за което е било съобщено, че е пострадало при ПТП, липсата на активно наблюдение по времето на болничния престой и контролните прегледи и непредприемане на действия по назначаване на изследвания и консултации със специалисти. Така лекуващите лекари са пропуснали да диагностицират травмата на главния мозък и наличието на субдурален хематом, което е благоприятствало за хронифицирането на травмата и се е стигнало до животоопасно състояние на ищеца. Силните болки в главата, световъртеж и нестабилност, изпитвани в продължение на повече от месец и половина до откриването на хематома в мозъка, са причинили неописуеми страдания на ищеца, довели до смущаване и кошмари в съня, съпроводени с нощно напикаване, треперене и изпотяване. Обостряне интензитета болката и неврологичния статус на ищеца са в резултат и на проведените за кратък период от време три животоспасяващи операции по повод хронифицирания хематом. Появили се симптоми на тревожност, потиснато настроение, липса на апетит, сънливост, промени в настроението, преминаващи от безпричинна агресия до апатия. Ищецът започнал да изпитва страх от автомобили, от лекари, което затруднявало придвижванията му до болничните заведения. Страхува се да остане без баща си, загубил воля за живот. Сочи се, че здравословното състояние на ищеца е необратимо засегнато, тъй като не са налице прогнози за пълно възстановяване. Налице е

латентна пареза на крайниците и походката на ищеца е затруднена. От костния дефицит на черепа е останала видима вдлъбнатина и загрозяващ белег. Вследствие на медикаментозното лечение за овладяване на мозъчната контузия се появили обриви по кожата и лицето на ищеца, по неговия гръб, рамене и ръце, придружени от сърбежи и дискомфорт, които не се повлияват от медикаменти. От весел и общителен преди инцидента, ищецът се превърнал в апатичен младеж, страдащ от болките и състоянието си, без воля за живот и изпадащ в непрестанни психически кризи. Преди произшествието Й. е бил добър ученик и редовно спортувал; имал широк кръг от познати, а след това животът му се преобърнал – изпитва срам и притеснение да се среща с приятели, не си спомня някои от тях, често забравя и се дезориентира; загубил е възможността да разсъждава логично. Поради състоянието на ищеца за него са необходими постоянни грижи, които се полагат от близките му – баща и брат. Освен горните страдания и болки ищецът е претърпял и имуществени вреди, изразяващи се в разходи за закупуване на импланти по повод на извършените му операции, медикаменти, консумативи и помощни средства, транспорт и рехабилитация, медицински консултации. Общата стойност на разходите е 5 951 лв. (подробно описани в исковата молба).

Поради пропуски да бъдат направени от служителите на ответното дружество необходимите изследвания и консултации на ищеца като пострадад от ПТП (което предполага висока кинетична енергия на удара с различна динамика и потенциална възможност за засягане на вътрешни органи), поради което не е установена своевременно травмата на главата и наличието на хематом, се счита, че е налице нарушение на нормативно утвърдените принципи относно правото на медицинска помощ като своевременност, достатъчност и качество на медицинската помощ, както и поради незачитане правата на пациента за достъпна и качествена здравна помощ; правото на повече от едно медицинско становище относно диагнозата, лечението и прогнозата на заболяването; сигурност и безопасност на диагностичните и лечебните процедури; провеждане по време на лечението и достъп до модерни методи на лечение (чл. 81, ал. 2 и чл. 86, ал. 1 от Закона за здравето). Отправените искания до съда са били да се осъди ответника да заплати на ищеца обезщетение за претърпените неимуществени вреди в размер на 60 000 лв., ведно със законната лихва от 28.03.18г. до окончателното изплащане на сумата, както и обезщетение за претърпените имуществени вреди в размер на 5 951 лв., ведно със законната лихва от датата на последния разход на 21.06.18г. до окончателното изплащане на сумата.

Ответникът е депозирал отговор на исковата молба, с който същата е била оспорена като неоснователна. Изложено е било, че ищецът е бил транспортиран на 28.03.18г. от екип на ЦСМП-Шумен и е бил приет в Спешното отделение на ответната болница в 7:45 ч. При постъпването на пациента данните от екипа на ЦСМП са за пострадад пешеходец при ПТП, като в съответния фиш няма информация за енергийност на травмата и други

допълнителни данни по обстоятелствата на самото ПТП. Ищецът е бил в съзнание като в съответния лист е било отразено, че е налице леко охлузване в лява слепоочна област; че пострадалият не е губил съзнание по време на инцидента; че зеничните реакции са нормални и няма промяна в размера им и показателите за пулс и кръвно налягане са стабилни; че липсва палпаторна болка по ребрени дъги; че е с деформирано ляво бедро. След обезболяване на пациента са били назначени ЕКГ, кръвна картина, рентген на ляво бедро и ехография на коремни органи. Не са били установени отклонения, налагащи допълнителни изследвания. След консултация с ортопед ищецът е бил приет в ортопедичното отделение за лечение. В снетата анамнеза на ищеца е нямало данни за други оплаквания, освен за болка в бедрото. Предоперативно е била проведена консултация с педиатър и анестезиолог, при които освен данни за придружаваща вирусна инфекция не са били установени други отклонения в общото състояние на ищеца. Следоперативният контрол е бил извършван ежедневно от лекуващия лекар д-р К. И. и от дежурните ортопеди, като в декурзусите не е било отразено главоболие или други оплаквания, насочващи към черепномозъчна травма. В деня на изписването от болницата и при контролните прегледи ищецът също не е имал оплаквания. Не е имало оплаквания и във връзка с назначената профилактика с антикоагулантния медикамент „Zibor“ за периода на неговия прием от 30 дни. При извършения преглед от педиатър във връзка с предписание за освобождаване от физически занятия също не са били посочени оплаквания от главоболие и други отклонения, насочващи към черепномозъчна травма /ЧМТ/. До 20.05.18г. не е била потърсена помощ и в Спешното отделение на болницата, а на посочената дата ищецът е потърсил помощ поради многократно повръщане след консумация на череши и с оплаквания от болки в корема и главоболие. Установени са били данни за остър гастрит и е констатирано наличието на вратна ригидност и налично изоставане в нервнопсихическото развитие, по повод на което е било предложено ищецът да бъде хоспитализиран в болницата за диагностика и лечение. Близките на Й. са отказали болничното лечение и са предприели извършването на образно изследване в заведение за извънболнична медицинска помощ, за резултата от което не е била информирана ответната болница. Поддържа се, че при липсата на обективни данни за клинично значима ЧМТ, предприетите действия по диагностика и лечение на ищеца са били адекватни. Счита се още, че за последващите действия по лечението на ищеца, вкл. и относно находките след образното изследване на 20.05.18г., ответното дружество не следва да носи отговорност. Поради това се изразява становище, че липсва причинно-следствена връзка между действията и бездействията на медицинския персонал на болницата и настъпилите впоследствие усложнения в здравословното състояние на Й. Х., изразяващи се в образуване на хематоми и налагащи извършването на черепно-мозъчни операции. Не са били налице данни, за да се извърши задължително скенер на главата, а не е налице вменено задължение да се извършва такова образно изследване при

пострадал при ПТП пациент при липсата на оплаквания, насочващи към ЧМТ. Действията на екипа от Спешното отделение на болничното заведение са били изцяло в съответствие с медицински стандарт „Спешна медицина“. Освен това дори и да е бил направен скенер на главата, то е възможно да не се установят патологични отклонения, защото хематомите в мозъка може да се образуват доста време след травмата – 30 и повече дни. Освен това се поддържа, че втората операция на главата е била в резултат на усложнения след първата такава, като и двете не са извършвани от специалисти на ответното дружество. Излага се, че най-вероятно травматичните увреждания и на главата са в причинно-следствена връзка с действията на водача на МПС, причинил ПТП.

Видно от представения с исковата молба протокол за ПТП с пострадали лица, съставен от служител на ОД на МВР-Шумен на 28.03.18г., че произшествието е настъпило при следните обстоятелства: пешеходецът Й. Х. (на 15 години) е преминавал по пешеходна пътека, а водачът на л.а. „Фолксваген“, м. „Туран“, рег. № Н 0374 ВР И. Д. при приближаването на мястото, където в близост до пътя се намират деца и при наличието на знак „А18“, не намалил скоростта, за да може да спре при необходимост, при което е ударил пешеходеца и му е причинил фрактура на лява бедрена кост. За видими щети по ППС е отбелязано - „предно обзорно стъкло“ като липсват допълнителни пояснения в протокола (л. 98-100).

От съставения документ от филиала за Спешна медицинска помощ-Шумен към ЦСМП, гр. Шумен с № 3639/28.03.18г. (л. 63) се установява, че медицинският екип е бил на местопроизшествието в 7:31 ч. и пациентът е предаден в СО на болничното заведение в 7:48 ч. В графата „Анамнеза“ е описано, че е налице неподвижен ляв долен крайник след удар от МПС. Преди няколко години е имало луксация на същия крайник; в съзнание, няма други увреждания от ПТП-то. Било е извършено шиниране на левия крайник. Отразената от спешните медици работна диагноза е „Luxatio coxae“.

От съставения в Спешното отделение /СО/ на ответната болница Лист за преглед на пациента (л. 62), подписан от д-р П.З. се установява, че ищецът е бил доведен от ЦСМП, постъпил на 28.03.18г. в 7:48 ч. и е напуснал на същата дата в 9:00 ч. В анамнезата е записано, че Й. е бил блъснат от лека кола на кръстовище и не е губил съзнание. Намереното от специалиста и описано обективно състояние на пациента е: в съзнание, контактен, зеници – б.о., леко охлузване в лява слепоочна област, бял дроб, сърце – б.о., корем – мек и неболезнен при палпация; деформирано ляво бедро, силно болезнено. Назначени са били следните изследвания: ЕКГ, ПМК, рентгенография на ляво бедро и лява ТБС; ехография на корем. Назначени са били и обезболяващи медикаменти – Dexametazone и Lidocaine. Определена е окончателна диагноза след консулт със специалиста д-р И.: „Фрактура на тялото на бедрената кост - МКБ S 72.3“ и е дадено заключение, че се предлага незабавна хоспитализация в ОТО. В тази връзка е било издадено от СО на болницата и направление на ищеца за спешната му хоспитализация (л. 51).

В историята на заболяването /ИЗ/ № 5276, съставено в Ортопедично-травматологично отделение на ответната болница е посочено, че ищецът е постъпил в 9:00ч. на 28.03.18г. с предварителната диагноза „Счупване на тялото (диафиза) на бедрената кост, закрито“, която при изписването на 04.04.18г. е била потвърдена като окончателна (л. 41). В епикризата е описана снетата при приема в отделението анамнеза по данни на пациента: бил блъснат на 28.03.18г. сутринта от лек автомобил и получил травма на ляво бедро. Транспортиран до СО-Шумен от ЦСМП. Оплаква се от силни болки на ляво бедро при движение и покой. Приема се в ОТО за оперативно лечение. Обективното състояние при приема е: мъж на видима възраст, отговаряща на действителната, в добро общо състояние. Афебрилен, авто- и алопсихично ориентиран. Заема принудително положение в леглото. Кожа и видими лигавици – бледо розови. Дихателна система – везикуларно дишане без добавени хрипове. Ритмична сърдечна дейност. RR 120/80, Fr 76. Корем – мек, спонтанно и палпаторно. Статус локалис – ляво бедро – средна трета – оток и деформация. Палпаторно – болка, костни крепитации, функциолеза. Извършени са консултативни прегледи с педиатър и анестезиолог преди операцията и физиотерапевт – след операцията. От отразеното в лист за извършената предоперативна анестезиологична консултация и преценка на 30.03.18г. се установява, че не са съобщени от пациента травми на главата (л. 55-57). На 30.03.18г. е била извършена операция за открито наместване на фрактурата с вътрешна фиксация. Следоперативният период е бил без усложнения и на 04.04.18г. ищецът е бил изписан с подобрение и насрочени контролни прегледи на 10.04.18г. и 17.04.18г. Изписан е и медикамент за 30 дни – „Зибор 3 500“. При изписването е отразено, че пациентът се изписва поради наличието на следните индикации: афебрилен, няма оплаквания и раната е спокойна (л. 64).

Видно от записванията в Книгата за извършени вторични контролни прегледи „Ортопедия“, че на 10.04.18г. ищецът е посетил отделението и са му свалени конците от д-р Янакиев (л. 195-197). Липсват данни за проведен втори контролен преглед на посочената в епикризата дата 17.04.18г.

На 23.04.18г. ищецът Х. е посетил лекар-педиатър от ответното лечебно заведение, въз основа на издадено му на 18.04.18г. направление за преценка на неговата работоспособност, при което специалистът е отбелязал анамнезата: счупване на тялото на бедрена кост след ПТП. Намереното обективно състояние е: запазено общо състояние; нормален белодробен и сърдечен статус. Корем мек, ССС – б.о.; Гърло – розово. Крайници – ляво бедро с гипсова имобилизация. Слух и зрение – б.о. Преценено е, че при тези данни не се изискват нови изследвания и е посочено, че пациентът може да присъства без да участва в часовете по физкултура за втория срок на учебната 2017/18г. по т. 96 от МУ 0-21/20.04.72г. (л. 21).

Следващото посещение на ищеца е в Спешното отделение на ответната болница на 20.05.18г. В анамнезата е записано, че „снощи е консумирал череши и газирани напитки. От тази сутрин с неколнократни повръщания,

болки в епигастреума, главоболие.“ Специалистът е установил при прегледа освен палпаторната болка в корема, но и вратна ригидност, както и лекостепенно изоставане в НПП. Определената диагноза е била „Остър гастрит“. Назначени са били описаните консултации, но е отбелязано, че пациентът отказва болнично лечение (л. 134).

На 21.05.18г. е било извършено образно изследване в „Първа МДЛ“ ООД, гр. Шумен – КТ на главен мозък – нативен, при което е установена „Пристенна хиподанзна зона вляво пристенно с ликвореквивалентна плътност 7.9 ХЕ. С тази лезия е свързана друга неправилна по форма хиподензна лезия с ликвореквивалентна плътност и размери 33/28 мм, разположена от средната черепна ямка до конвекситета. Няма данни за фрактура на калварията. Заключение е: хроничен субдурален хематом вляво“ (л. 23). Издаден е бил амбулаторен лист за извършения на 21.05.18г. от невролога д-р Ж. П. преглед, който е заключил, че е налице Мозъчно сътресение. В анамнезата е записано, че на 28.03.18г. пациентът е претърпял ЧМТ със загуба на съзнанието и от тогава се оплаква от пристъпи на главоболие, а от вчера главоболието се засилило, появило се гадене, повръщане. Чувствал се отпаднал и напрегнат. Намереното обективно състояние е с изразена вратна ригидност. Керник и Брудзински положителни вдясно, вляво не може да се изследва. Бабински – положителен вдясно (л. 22).

От издадената от МБАЛ „Св. Анна-Варна“ АД, гр. Варна, Клиника по неврохирургия епикриза се установява, че ищецът е бил приет на 21.05.18г. в 15:29 ч. и изписан на 22.06.18г. с окончателна диагноза „Травматичен субдурален кръвоизлив, без открита вътречерепна травма“. За периода на лечението са били проведени три операции: на 21.05.18г. – Левостранна парietална краниотомия, евакуация на хематом; на 23.05.18г. – Краниотомия, евакуация на епидурален хематом и на 31.05.18г. – Краниотомия, евакуация на хидром, дренаж. В сметата по данни на болния и близките му анамнеза е било отбелязано: Претърпял ПТП преди около 2 месеца. Оплаквания от 1 седмица от силно главоболие, световъртеж, гадене. От вчера започнал да повръща на „фонтан“, главоболието се засилило. Не съобщава за слабост в крайниците или говорни смущения. (л. 24). При изписването болният е бил без неврологичен дефицит, в ясно съзнание, без субективни оплаквания, афебрилен.

На 25.06.18г. е било проведено КТ изследване на главния мозък на ищеца, при което е установено наличието на остатъчен хроничен субдурален хематом вляво фронтално, темпорално и парietално с максимална ширина около 15 мм. Въздух вляво челно и темпорално субдурално. Промените водят до компресия върху левия страничен вентрикул и лекостепенна дислокация на вентрикулната система надясно. Въздух епидурално в зоната на оперативен достъп. ЗЧЯ – без огнищни промени (л. 29).

На 03.07.18г. е назначено от специалист образно изследване, тъй като при сметата анамнеза е установено, че след проведеното лечение и операции

след 21.05.18г. продължава да се оплаква от главоболие, без гадене и повръщане; периодично повишава температура. Обективното състояние на пациента е намерено като задоволително общо състояние. При проба за латентни парези задържа крайниците; ограничени движения на левия крак. Походката е затруднена с провлачване на ляв крак. Сетивност – б.о. (л. 31). От проведеното ново образно изследване на 03.07.18г. „Нативно скениране на главен мозък“ е установено, че липсват данни за остра хеморагия. Вляво темпорално се визуализира субдурална колекция с размер 16 мм и плътност около 33 ХЕ, наличие на въздушни включвания в структурата – постоперативни промени. Мозъчният паренхим е без огнищни лезии, наблюдава се дискретна компресия на левия страничен вентрикул и дислокация по срединна линия контралатерално надясно с размер около 5 мм. Наличие на арахноидна киста вляво темпорално с размери 4/3 км (л. 26).

При новото образно изследване на главен мозък – нативно чрез КТ, проведено на 22.08.18г., е установено, че мозъчният паренхим субтенториално е без патологично промени. Супратенториално – запазена кортикомедуларна диференциация. Състояние след паритетална левостранна краниотомия. Псевдокистозна дилатация на субарахноидните ликворни пространства темпорално вляво. Субдурално конвекситетно паритетално вляво хиподензно съдържимо с дебелина на слоя 0.85 см – дискретна хигромна колекция. Останали субарахноидни ликворни пространства – свободни. Вентрикулна система без деформация и дислокация. Очни булбуси и ретробулбарно пространство в норма. Хипофиза селарна и парасиларна област в норма (л. 28).

Междувременно на 11.07.18г. ищецът е посетил и специалист по кожни болести с оплаквания, че преди около 20 дни се появил обрив по кожата на гърба и ръцете без сърбеж, а по време на болничния престой и постоперативно е имал продължително медикаментозно лечение. Обективно е намерен обилен обрив по кожата на лицето, раменете, гърба и ръцете. Поставената диагноза е била Себорея капитис (л. 27).

От показанията на разпитаните като свидетели служители на ответната болница се установява следното: д-р П.З. е лекарят, който пристигайки на дежурство в Спешното отделение на 28.03.18г. е заварил ищеца, който е бил настанен в шоквата зала. Неговите показания съдът преценява с оглед заинтересоваността му в своя полза и в полза на ответника. Същият сочи, че детето е било в ясно съзнание и с болка в травмираното бедро. Извършен е бил триаж съгласно медицинския стандарт „Спешна помощ“, за да се определи статуса на пациента и оценката на риска. Свидетелят потвърждава отразеното във фиша, че пациентът е бил в съзнание и със стабилна хемодинамика; не е имало данни за загуба на съзнанието по време на травмата. Въпросът за загубата на съзнание винаги се поставял, за да се установи дали става въпрос за мозъчно сътресение или не. Липсата на загуба на съзнанието е първият симптом, който изключва тежката ЧМТ. Ищецът е отговарял адекватно на зададените въпроси, а неврологичният му статус е бил

преценен и с оглед липсата на разширение на зениците, тъй като при ЧМТ върху мозъчната структура и особено при кръвоизлив в нея, зениците се разширяват. В случая двете зеници са били с нормална ширина и рефлексии. При липсата на данни за ЧМТ, то и сканиране на главата не е било необходимо, тъй като при липсата на остри симптоми, но при наличието на травма на мозъка без кръвоизлив, травмата може да е видима при образното изследване едва след няколко часа или денонощие. При ищеца не е имало данни нито за главоболие, нито за гадене, нито за нарушение на съзнанието, нито промяна в зениците, които да налагат друг тип изследване освен това, което е изисквала травмата на крайниците. Свидетелят посочва, че е описал наличието на изключително повърхностно ожулване в слепоочната област, което е било без оток, без кръвене и друга симптоматика, за да се изисква образно изследване на главата. След извършване на назначените в СО изследвания и консултацията със съответния специалист – в случая с ортопед, предвид установената фрактура на бедрото, ищецът е бил насочен за оперативно лечение в ортопедичното отделение. Свидетелят потвърждава, че съгласно медицински стандарт „Спешна медицина“ обемът на параклиничните изследвания е съобразно находката, която е налична, а в случая не е имало нито тежка травма, нито рана, нито оток или деформация на черепа, която да налага образното му изследване. Описаното охлузване на главата не е било придружено нито с кръвене, нито с оток. Излага, че в спешното отделение освен данните от служителите на ЦСМП, не са постъпвали други данни за начина на причиняване на травмите – при ПТП, детето е ударено на пешеходна пътека от автомобил. В случая не е била предоставена друга информация от представителите на Спешната помощ за самото ПТП – дали е имало удар в главата, дали е било счупено стъкло.

Според разпитания като свидетел д-р М. Д., чиито показания съдът преценява с оглед неговата заинтересованост в полза на ответника, тъй като той е лекар-ортопед в Ортопедичното отделение на ответната болница, същият заявява, че е виждал ищеца като пациент в отделението след приемането му след инцидент при ПТП през 2018г. Сочи, че при проведените визитации не е имало оплаквания от Х. за главоболие. По повод на настоящото дело свидетелят е разпитал медицинския персонал в отделението дали си спомнят за такива оплаквания от ищеца, но за времето на престоя му той не е споменавал за оплаквания от главоболие. Такива оплаквания не са постъпвали и от близки и роднини на този пациент. Такива оплаквания не са били отразени и в ежедневните декорзуси, водени от лекарите в отделението. Сочи, че ако пациентът е имал оплаквания и са били назначавани някакви медикаменти, то това се отразява в историята на заболяването, където се записва защо е направено назначението и кога, т.е. няма как някой да вземе някакво лекарство без предписание и да го даде на пациента при някакви негови оплаквания. Излага още, че вида на изследванията и консултацията със съответните специалисти се определят от лекуващия лекар. В случая в медицинската документация не е било отразено пациентът да е имал травма

на главата, някакво нараняване или болка в областта на главата. Свидетелят сочи, че ако по време на престоя в отделението даден пациент има някакво оплакване, то задължително се вземат съответните мерки в зависимост от вида на оплакването и симптоматиката.

Разпитан като свидетел по делото е и лекарят, консултирал, приел и лекувал ищеца в Ортопедичното отделение на ответната болница през 2018г. – д-р К. И., чиито показания съдът преценява с оглед неговата заинтересованост в своя и в полза на ответника. Същият си спомня, че ищецът е бил приет по спешност в ортопедичното отделение на болницата след ПТП, направени били изследвания в СО, назначени от д-р З. – ехография на коремни органи, графия на счупено бедро и параклиника. Пациентът е пролежал в отделението 6-7 дни, направена му е била операция и през време на престоя му не е дал никакви оплаквания освен за болка в бедрото следоперативно. Даже според записванията в ИЗ минимално са му били изписване аналгетици. Свидетелят сочи, че всяка сутрин се минава на визитация на пациентите колективно, а след обяд – от дежурния лекар. Отрича да са били налице симптоми или оплаквания от ищеца или негови близки от главоболие или световъртежи, повръщане, загуба на съзнание, нистагъм, тъй като неминуемо това е щяло да предизвика консулт с хирург или неврохирург и съответното образно изследване. В случая е имало консулт с педиатър, а преди операцията – и с анестезиолог. Свидетелят не си спомня от кого е бил придружаван болния при приема му в СО, но е разбрал, че ищецът е претърпял травми от ПТП.

От показанията на разпитания като свидетел Цв. С. - баща на ищеца, които съдът преценява с оглед неговата заинтересованост в полза на детето му, се установява, че само около 20-30 минути след инцидента е видял сина си в болничното заведение. Соци, че Й. е треперел, кракът му бил счупен, целият бил мокър, с една обувка и с наранявания (охлузвания) по главата, тъй като при удара е счупил стъклото на автомобила с главата си. Свидетелят не си спомня дали охлузванията по главата са били вдясно или вляво. Споделя, че Й. е пищял от болка, тъй като кракът му е бил усукан и много го е болял. Свидетелят и другият му син (брат на ищеца) са били придружителите по време на болничния престой на Й., тъй като последният не е можел да ходи до тоалетна и да пази равновесие. Соци още, че синът му се оплаквал от главоболие и едно постоянно гадене, за което са му давали болкоуспокояващи. Твърди, че е помолил ортопеда д-р Кр. И. да се вземат някакви мерки в тази насока, но той е отвърнал, че ще му дадат болкоуспокояващи и че детето е уплашено, но иначе е добре. Свидетелят излага, че отделно от назначеното лечение допълнително са давали хапчета на Й. в отделението - „там вътре сестрите, не знам как ги дават“, „като има болки ходим до сестрата, примерно там до манипулационна и искаме да му дадат нещо да му облекчи болката“. Ц. С. сочи, че синът му се оплаквал от главоболие от самото начало и на първия или на втория ден е имал повръщане, за което лекарите били в течение. Освен това при изписването

свидетелят е поискал от ортопеда да направят скенер на главата на сина му, но лекарят казал, че ще му бъде направена снимка на крака. Поради продължаващите след изписването болки в крака, свидетелят е посетил д-р Кр. И. в приемния кабинет и поискал да се вземат някакви мерки. Лекарят отвърнал, че следва да приема болкоуспокояващите и „фраксипарина да се бие“ и детето ще се оправи. Свидателят сочи, че оплакванията на Й. от главоболието били постоянни. При едно от посещенията на сестра, която му поставяла фраксипарин, тя е казала на свидетеля да обръщат внимание на ищеца, тъй като нещо му има. Но докато казала тези думи и ищецът започнал бурно да повръща. Това принудило свидетеля да откара детето си отново в СО на болницата, където специалистът приел, че е налице остър гастрит и предложил болнично лечение, но свидетелят отказал. На следващия ден повръщането продължило, което принудило свидетеля да откара сина си при невролог и му направили скенер на главата. Специалистът препоръчал извършването по най-бърз начин на операция, тъй като „детето си заминава“, което и определило избора на лечебно заведение в гр. Варна, а не в гр. София. В същия ден ищецът е бил приет и му направили операцията на главата. Свидателят сочи, че Й. много тежко е понесъл операциите, тъй като бил целият в тръби и главата му е била надупчена с дренажи. Това изисквало да бъде под постоянно наблюдение от близките, за да не се извадят дренажите при движенията на болния и своевременно да се изпразват торбичките от дренираната течност. Лечебният процес е бил тежък, тъй като при опитите да се махнат дренажните тръби целият ликвор избивал през дупките на главата, което е довело и до нови кръвоизливи и поредните операции. Около 1 месец е продължило лечението в болницата гр. Варна като в края му Й. се почувствал малко по-добре и с помощта на близките си започнал да прави кратки разходки. След изписването започнал да се стабилизира и да върви сам до тоалетната, да се обслужва. Свидателят сочи, че и сега детето му продължава да има главоболие, не е както преди здрав – може да бяга, но „не е такова бягане“. Понастоящем ищецът не работи никъде, станал е раздразнителен и не общува с никого, изпитва силен страх от вирусните заболявания покрай пандемията, постоянно приема обезболяващи медикаменти. С. сочи, че и сега Й. не може да пази добре равновесие – например залита ако застане на един крак.

Снети са пред първоинстанционния съд и показанията на брата на Й. Х. – Х. Х., които съдят преценява с оглед на неговата заинтересованост в полза на ищеца. Соци, че първи е отишъл в болницата, когато научил от баща си за инцидента с брат му и видял, че Й. има наранявания на главата и на левия крак – имал кръв на крака и на главата имал рана. Раната на главата представлявала леко охлузване и от същата не е текла кръв. Й. се оплаквал, че го боли главата и крака, но не бил неадекватен. При престоя в шуменската болница Й. се оплаквал на близките си от главоболие, но никой не взел мерки, въпреки че това било съобщено на лекарите, които обяснили, че това е от упойката и от крака. Свидателят сочи, че близките са държали да бъде

направена снимка на главата на Й., но това им било отказано. Излага още, че брат му бил и с повръщане и гадене, като в болницата е повръщал 2-3 пъти, но въпреки това лекарства са били давани само за крака, но не и за главоболието. След изписването Й. е имал болки в крака и главата и не спял, но това били нормални неща. Брат му е отишъл на контролен преглед само за да му махнат конците от крака. Следващото посещение било вече на 19-20 май, когато много го е боляла главата и повръщал. В СО на ответната болница казали, че е от корема, а не от главата и определили, че е налице гастрит. Близките отново поискали да направят снимка на Й., но отново било отказано и това ги принудило да отведат ищеца в болницата в гр. Варна, където за първи път установили увреждането в главата му. Свидетелят сочи, че болничният престой в гр. Варна продължил около 45-50 дни. Лекарите в гр. Варна обяснили, че тежкото състояние е могло да бъде предотвратено при навременно лечение чрез медикаменти, но не е било обърнато достатъчно внимание. Х. излага, че брат му и сега се чувства зле, „като инвалид“ – постоянно спи, умислен е и е спрял да излиза, носи постоянно шапки, защото главата му е нарязана и има големи белези в лявата част; станал нервен и лесно се уморява, дори и само като пътува в автомобил. Може да пази равновесие и дори е изкарал книжка за управление на автомобил през м. 01 или 02.2021г., но няма желание да шофира.

От заключението на САТЕ, изслушано пред първоинстанционния съд се установява, че на 28.03.18г. в гр. Шумен е възникнало ПТП между л.а. м. „Фолксваген Туран“ с водач И. Д. и пресичащия пътното платно пешеходец Й. Ц. Х. като автомобилът се е движел през светлата част на денонощието и при добра видимост, мокро пътното платно. При приближаването на автомобила към № 8 на ул. „Дедеагач“, от десния тротоар на платното е започнал да пресича пешеходецът Х.. Водачът на автомобила късно е възприел пешеходеца и автомобилът е ударил с предната си дясна част (в областта на фара) пешеходеца, от който удар последният е бил отхвърлен от предния капак и с глава е счупил предното стъкло. В същия момент водачът на автомобила употребил спирачки и автомобилът спрял, но при спирането пешеходецът е паднал пред автомобила. Вследствие на удара на пешеходеца е била нанесена средна телесна повреда. Съприкосновението между автомобила и пешеходеца първоначално е било с дясната предна броня, която е най-изпъкнала напред и вероятно от този удар е причинена фрактурата на ляво бедро. След това поради по-високо разположения център на тежестта на пешеходеца, същият е бил завъртян странично, обратно на часовниковата стрелка и е паднал с лявата си страна върху предния капак на автомобила. Поради продължаващото движение на автомобила пешеходецът с глава е достигнал до предното стъкло, което от удара се е спукало. В този момент най-вероятно автомобилът е започнал да намалява скоростта си и при преустановяване на движението тялото на пешеходеца е било отхвърлено пред автомобила. Вследствие на удара тялото на пешеходеца е било завъртяно за части от секундата (от гледна точка на динамичността) и поради

тази бързина на завъртане на тялото и все още продължаващото движение на автомобила със същата скорост (30-40 км/ч), придвижването на тялото по предния капак към предното стъкло е станало изключително динамично и ударът с глава в предното стъкло е бил със значителен интензитет (сила). Спукването на предното стъкло показва, че ударът е бил с по-голям интензитет, причинен именно от действието на две сили – тази от движението на тялото на пешеходеца назад към автомобила и друга, противоположна на първата – от движението на автомобила напред. От така даденото обяснение относно механизма на удара, експертът заключава, че е напълно възможно контузията на главата да е получена при това ПТП, имайки предвид и охлузванията по главата, които са били констатирани при ищеца.

Заключението на СМЕ, изслушано пред първоинстанционния съд, се основава на подробно коментирания по-горе медицински документи, на свидетелските показания, както и на извършен преглед на ищеца на 22.02.22г. Експертът излага, че след ПТП на 28.03.18г. ищецът е бил приет в ответната болница с диагноза „счупване на диафиза на бедрената кост на ляво бедро“. По повод на тази травма на 30.03.18г. е била проведена оперативна интервенция и на 04.04.18г. Х. е бил изписан. По време на престоя в болницата не са се проявили клинични признаци на ЧМТ и не са били констатирани такива и при извършените прегледи от екип на ЦСМП, от специалист в СО, от лекарите в ортопедичното отделение, вкл. и при прегледите на анестезиолог и реаниматор. С цел профилактика на тромбообразуване, което е напълно реален риск при подобни травми, е назначена терапия с Фраксипарин по време на болничния престой и медикамента Zibor 3 500 E x 1 т. дневно за 30 дни в домашни условия. При прегледа в СО на болницата е описано „леко охлузване в лява слепоочна област“.

Вещото лице сочи, че за субдурален хематом може да се предполага при наличие на травма на главата и клинична картина, изразяваща се в загуба на съзнание, главоболие, гадене, повръщане, залитане, световъртеж, дезориентация и нарушение на движенията на крайниците, анизокория (разлика в зениците), зенична реакция, вратна ригидност и др. При наличието на такива оплаквания има съмнение за вътречерепен кръвоизлив, който се доказва с образни изследвания.

Експертът обяснява и каква е същността и развитието на субдуралния хематом: *той представлява ограничена колекция от кръв в субдуралното пространство (cavum subdurale), което се намира между дурата матер (твърдата мозъчна обвивка) и арахноидеата.* Най-честата причина за субдурален хематом е ЧМТ, но понякога може да се развие и спонтанно. Почесто се наблюдава при възрастни хора, алкохолици, болни на антикоагулантна терапия или нарушения в кръвосъсирването (напр. хемофилия), при болни с мозъчна аневризма, мозъчни тумори. Кръвоизливът в субдуралното пространство се дължи на разкъсване на венозни и артериални съдове на мозъчната кора в областта на травмата, както и на

разкъсване на т. нар. пиални вени, преминаващи от субарахноидното пространство към венозните синуси на дура матер. Субдуралните хематоми са по-дифузни и имат голям обем – до 300 мл. и повече. Когато обема на хематома нараства, той притиска мозъчните структури. При класическото протичане на субдурален хематом веднага след травмата на главата пострадалият има краткотрайна загуба на съзнание, която отзвучава напълно. Следва период на ясно съзнание (светъл период), който може да варира от дни, седмици до 5-6 месеца, след което постепенно се развива общо мозъчна и огнищна неврологична симптоматика. При почти половината от болните обаче субдуралният хематом има атипично протичане – полусветъл период и само частично проясняване на съзнанието или пациентът е постоянно в кома.

Според продължителността на светлия период (от травмата до клиничната изява на хематома) субдуралният хематом бива остър и хроничен. При **остър субдурален хематом** светлият период е с продължителност от 3 до 7 дни, през които болният се чувства сравнително добре. Бавно и постепенно се развива огнищна неврологична симптоматика, а загуба на съзнанието настъпва късно. Появяват се: силно нарастващо главоболие, гадене и повръщане, контралатерална хемипареза, хомолатерална мидриаза (разширена зеница на окото), нарушение в съзнанието до кома. **Подостър субдурален хематом** е този, при който светлият период продължава от 1 до 3 седмици. **Хроничният субдурален хематом** клинично се изяснява след повече от 3 седмици, а понякога и месеци след травмата. Често болните не си спомнят за травмата. Появяват се: силно главоболие, повръщане, обърканост, апатия, дезориентация, нарушение на паметта, застойна папила, контралатерална хемипареза, по-късно квадрипареза, нарушение на съзнанието до кома.

В с.з. експертът е допълнил, че изливането на кръв между твърдата мозъчна обвивка и кората на мозъка в първата седмица е кръв, която е съсирена и е под формата на коагулуми. След една седмица хемоглобина в тази кръв започва да се превръща в хематоидин и хемосидерин, т.е. разгражда се и започва да втечнява този коагулум (този съсирек) – той се втечнява като се образува мембрана между мозъка и между тази кръв. И поради разликата в осмотичните налягания от двете страни на мембраната, кръвта продължава да се втечнява и да преминава ликвор през мембраната и да формира хроничния хематом, който увеличава своя обем бавно и постепенно. Увеличението на обема на хроничния хематом води до притискане и избутване на нормалния мозък на другата страна, при което, когато достигне големи размери, е налице подфалксово херниране, т.е. мозъкът бива избутван под една ципа (сърп), която разделя двете мозъчни полукълба на ляво и дясно. Мозъкът минава под този сърп и отива в другата половина и се стига до изместване на срединните структури, които са много важни за жизненото състояние на организма. При такава патология пациентите получават количествени нарушения на съзнанието и се стига до кома.

Вещото лице сочи, че в конкретния случай при ищеца не е налице

„мозъчна травма“, а вътречерепен кръвоизлив под твърдата мозъчна обвивка. Клиничните прояви са се развили след повече от 50 дни от получената травма. Роля за развитието на кръвоизлива има и необходимия за профилактика на тромбообразуване препарат Zibor, който обаче е следвало да се приема поради счупването на бедрената кост на ляв крак. Отговорено е още, че костното ламбо замества в пълна степен функцията на черепа по отношение запазването на мозъка. При ищеца не се установяват загрозяващи белези от поставените импланти, тъй като същите са разположени под костното ламбо, а фиксаторите са под кожата. Налице е оперативен белег от извършените оперативни интервенции в окосмената част на кожата на главата. Изложено е, че установените при ищеца субдурален, епидурален хематоми и хидром, са били евакуирани. Състоянието на пациента е добро и може да изпълнява ежедневните си задължения. Лечението при ищеца е било предприето в кратък период от време след проявата на признаци за вътречерепен кръвоизлив, което е станало на 20/21.05.18г. Вещото лице поддържа, че при всеки конкретен случай на получени травми, изследванията се правят според клиничните оплаквания, медицинския преглед и резултатите от проведени изследвания.

При осъществения преглед на ищеца от експерта се установило, че същият се оплаква от леко преходно главоболие. Обективно е намерено, че зениците са с нормална реакция на светлината и еднакви, не се установява лицева асиметрия и говорни разстройства; няма синдром на вратна ригидност. Движи 4-те крайника в пълен обем и не се установяват парези и патологични рефлексии. Има еднакви сухожилни и надкостни рефлексии на ляв и десен крайник. Контролира тазови резервоари. Към момента на прегледа разбира свойството и значението на нещата. Ориентиран е за време, място и собствена личност. Налице е добра прогноза.

Сочи се, че всички приложени по делото документи за извършени от ищеца разходи, са свързани с лечението на вътречерепния му кръвоизлив и счупването на бедрената кост.

На въпросите на ответника се отговаря, че не може да се изключи като вариант в периода от 04.04.18г. до 20.05.18г. пациентът да е получил макар и леки травми в главата на фона на лечението със Zibor. Освен това е възможно непосредствено след процесното ПТП да не е имало кръвоизлив с обем, който да може да се регистрира с образни изследвания. След първата неврохирургична интервенция се е получило усложнение (епидурален хематом) и субдурален хидром, които са наложили описаните реоперации. Неврохирургичните интервенции са проведени след продължително приемане на антикоагуланти. Освен това вратната ригидност е била констатирана на 20.05.18г., а споменатото от гастроентеролога „изоставане в нервно-психическото развитие“ не е свързано с вътречерепния кръвоизлив. След установените клинични прояви на повишеното вътречерепно налягане (вратна ригидност с повръщане и главоболие) е било извършено и образно изследване на черепа на 21.05.18г. в Първа медико-диагностична

лаборатория, гр. Шумен, където е установено наличието на хроничен субдурален хематом вляво.

Според експерта в случая са били спазени основните принципи на медицинския стандарт „Спешна медицина“.

В с.з. вещото лице добавя, че контузията на главата на ищеца съответства да е причинена при процесното ПТП, но не може да уточни дали това е станало при удара с автомобила или при падането на пострадалия на земята. Потвърждава заключението си, че е бил спазен медицинския стандарт „Спешна помощ“ в случая, тъй като при констатиране само на охлузване на главата не е необходимо да се извършва скенеграфско изследване на главата. Ехографското изследване е било назначено, за да се изключи травма на коремните органи и това е било по преценка на приемащия в СО на болницата. Вещото лице е категорично, че констатирани отклонения при изследванията на кръвта по отношение на хемоглобин, левкоцити, лимфоцити не е можело да служи като показател за наличието на субдурален хематом, тъй като количеството кръв, което може да се отдели в мозъчната кухина е от порядъка на 100-150 куб. см. при огромните хематоми, но това не би повлияло при изследването на периферната кръвна картина. В случая е било налице отклонение в параметрите на посочените показатели, тъй като при фрактура на диафизната част на бедрената кост се загубва средно по 700-800 мл. кръв при голям човек. Допълва се още, че лечението с антикоагуланти по принцип винаги може да предизвика кървене и то не е задължително да има травма или травмата да е незначителна и получена дори и в домашни условия и да е без загуба на съзнанието. Поддържа, че хронифицирането на субдуралния хематом става за 3 седмици и това е минималният срок. Счита, че посоченият в документите обем на хематома при ищеца от около 300 куб. см. е завишен, тъй като не е налице количествен метод за измерването му. Вещото лице сочи, че ако хематомът е бил с обем от 300 ml той е трябвало да се прояви на 20-тия ден и пациентът да има оплаквания. Ако при ищеца е имало остър субдурален хематом, то неговите оплаквания са щели да се проявят още докато е бил в болницата, тъй като клиничните прояви се наблюдават на втори, трети, пети ден, но такива в случая не са били регистрирани.

Експертът в с.з. описва и начина на констатиране наличието на субдурален хематом при снемане на анамнестичните данни и при извършването на клиничния преглед – дали е имало загуба на съзнание, установяването, че е налице оплакване от главоболие, гадене, повръщане, дезориентация, светобоязън, количествени нарушения на съзнанието, които се определят по скалата Глазгоу кома скала; наличието на анизокория (разлика в зениците); вратна ригидност, слабост в крайниците. Количеството кръв при остър субдурален хематом, което се излива между твърдата мозъчна обвивка и кората на мозъка е около 120 мл. и горните оплаквания се проявяват още първия ден. Когато количеството кръв е по-малко, има светъл период и този остър хематом може да стане подостър, а след това хроничен и когато

увеличи обема си да даде описаната по-горе симптоматика.

Според експерта приемът на антикоагулант (който предвид травмата на бедрената кост е бил задължителен), повишава риска от кървене, а предвид големия период от момента на ПТП до проявата на описаната по-горе симптоматика (49/50 ден), което надхвърля посочения в теорията период от около 3 седмици за образуване на субдуралния хематом, то теоретично може да се поддържа, че последният може да е причинен от този медикамент дори и при минимална или дори без травма. От друга страна дори и при силен сблъсък, какъвто е получен от ищеца при удара с автомобила, е възможно и да не се стигне до субдурален хематом – всеки случай е различен. Образното изследване на главата се назначава само при наличието на анамнестични данни и на находки при клиничния преглед, които да обосноват необходимостта му.

Съобразно установеното от фактическа страна се налагат следните правни изводи:

Уредената в нормата на чл. 49 от ЗЗД обективна гаранционно-обезпечителна отговорност на възложителя на работата предпоставя установяването от ищеца, че физическите лица, които са действали въз основа на възлагането на ответника, и при или по повод на възложената работа, са му причинили вреди със своите виновни и противоправни действия или бездействия. Или, в случая се изисква наличието на предпоставките на хипотезата на генералния деликт, уреден в чл. 45, ал. 1 от ЗЗД, ведно с възлагането на работата от ответника на деликвентите, от която работа се твърди, че са произлезли вредите.

Не се спори, а и се установи от коментираните по-горе писмени и гласни доказателства, че на 28.03.18г. след претърпяно от ищеца ПТП същият е бил откаран от екип на ЦСМП, филиал-Шумен в СО на ответната болница, където след преглед, консултация със специалист-ортопед и назначени изследвания, е бил настанен и лекуван в ортопедичното отделение на болницата само за получената фрактура на левия долен крайник. Не се спори, че е налице възлагане по см. на чл. 49 от ЗЗД от ответното дружество на лекарите и медицинския персонал, които са провели диагностицирането и лечението в Спешното и в Ортопедичното отделения на лечебното заведение. Ответникът не е оспорил факта, че на 21.05.18г. след извършено образно изследване на главата на ищеца в частна лаборатория в гр. Шумен е установено наличието на субдурален хематом, който е застрашавал живота на последния и е наложил спешното извършване на операция. Съдът намира, че по делото се събраха и доказателства за понесени от ищеца болки и страдания във връзка с наличието на хроничен субдурален хематом и неговото тежко и продължително лечение, което е рефлектирало силно негативно върху неговата личност и продължава да въздейства върху начина му на живот, т.е. налице са претърпени неимуществени вреди.

Още тук съдът намира за необходимо да посочи, че установеният чрез

проведеното на 21.05.18г. образно изследване на главата на ищеца хроничен субдурален хематом следва да се приеме, че е причинен от удара на автомобила на 28.03.18г. Този си извод съдът основава на заключението на САТЕ според което ударът с глава в предното стъкло е бил със значителен интензитет (сила) и самото спукване на предното стъкло показва, че ударът е бил с по-голям интензитет, причинен именно от действието на две сили – тази от движението на тялото на пешеходеца назад към автомобила и друга, противоположна на първата – от движението на автомобила напред (със скорост от около 30-40 км/ч). Освен това при прегледа в СО на ответната болница е констатирано и наличието на охлузванията по лявото слепоочие на ищеца. Отделно от горното, в заключението и допълнително дадените в с.з. пояснения от вещото лице по СМЕ се поддържа, че контузията на главата на ищеца съответства да е причинена при процесното ПТП, но не може да уточни дали това е станало при удара с автомобила или при падането на пострадалия на земята. Освен това този експерт изяснява и медицинската същност на причиняване и развитие на субдуралния хематом до неговото хронифициране, което съответства на периода от момента на получаване на травмата в главата на ищеца при процесното ПТП до момента на ярката клинична изява на симптомите на тази патология. Отделно пък и локализирането на хематома в лявата област на главата изцяло съответства и на мястото на удара на главата при ПТП от 28.03.18г. съобразно констатираното в СО на ответната болница охлузване на лявата слепоочна област. Възможна е и причинна връзка между приема на антикоагулантите и възникването и развитието на субдуралния хематом, но липсват медицински данни за това, както и събрани доказателства за някаква друга травма в главата на ищеца след 28.03.18г., поради което съдът приема, че това увреждане е именно вследствие на удара с глава в челното стъкло на автомобила.

Следователно, основният спорен въпрос по делото е дали е налице виновно /с форма на вината - небрежност/ и противоправно поведение на специалистите от спешното и ортопедичното отделения на ответната болница, осъществили прегледи и предприели диагностициране и лечение на получените от ищеца травми от ПТП на 28.03.18г., което се изразява в пропускане своевременно да констатират, вкл. и чрез назначаването на образни изследвания на главата на ищеца, наличието на субдурален хематом, получен от удара с автомобила, който да бъде своевременно лекуван и да бъдат предотвратени настъпилите последващи усложнения и проведеното утежнено лечение с изпитаните болки и страдания?

Докато на осн. чл. 45, ал. 2 от ЗЗД вината се предполага до доказване на противното (оборимата презумпция обръща тежестта на доказването върху ответната страна), то противоправността подлежи на доказване от ищеца при условията на пълно и главно доказване.

Противоправност на действията на лекаря при осъществяване на медицинската интервенция е налице, когато не са спазени изискванията за

прилагане на утвърдените от медицинската наука и практика методи и технологии за осъществяване на медицинската помощ /чл. 79, ал. 1 от ЗЗ/, както и когато не са спазени изискванията за качество на медицинската помощ. Качеството на медицинската помощ се основава на медицински стандарти, утвърдени по реда на чл. 6 от ЗЛЗ 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 /чл. 80 от ЗЗ/. Противоправност в действията на лекаря ще е налице и при неспазване на етичните правила, залегнали в Кодекса за професионална етика на българските лекари по арг. от чл. 190, ал. 1 от ЗЗ и чл. 37, ал. 1, т. 1 от Закона за съсловните организации на лекарите и на лекарите по дентална медицина /относно изискването за спазване на етичните правила като критерий за правомерност на поведението на лекаря при извършване на лечението, виж Решение № 473/13.09.10г. по гр.д. № 1329/09г. на ВКС, III г.о./

Законът изисква прилагането именно на утвърдените методи за диагностика и лечение, тъй като при тях в най-голяма степен е изследван възможния риск и неговото съотношение с очакваната ефективност от прилагането им. В тази връзка и наличието на нови методи, които обаче не са утвърдени, а съществуват само като научно проведени експерименти, изискват наличието на достатъчно доказателства за по-добра ефективност на лечението чрез тях и то за конкретния пациент, както и информираност и съгласие на последния за използването именно на тези методи и за възможните рискове при приложението им.

С издадената от министъра на здравеопазването въз основа на законовата делегация по чл. 6, ал. 1 от ЗЛЗ **Наредба № 3 от 6.10.2017г. за утвърждаване на медицински стандарт „Спешна медицина“, обн., ДВ, бр. 86 от 27.10.2017г.**, са дадени дефиницията, определени са основната цел и задачи на медицинската специалност „Спешна медицина“, елементите на диагностично-лечебния процес в обхвата на тази специалност, характеристиката на структурите за извънболнична и болнична медицинска дейност, осъществяващи медицинските дейности от обхвата на тази специалност, както и организацията и изискванията за осъществяване на дейностите от този стандарт. В гл. IV, р. V е определена каква следва да е организацията на пациентния поток в СО. Съгласно т.1.1 и т. 1.6 всички пациенти, попаднали на територията на СО, подлежат на медицински триаж (медицинска сортировка), при който те се категоризират по приетите триажни скали, валидни за СО, в зависимост от техните нужди и с цел ефективно използване на наличните в СО кадрови и апаратурни ресурси. Тriageжните категории са дефинирани в т. 1.7 и определени като цветови кодове съобразно симптомите и виталните показатели, което определя и тяхната спешност. В т. 1.10 са определени задължителните атрибути и действия при извършване на дейности по медицински триаж в СО: Кратка анамнеза; Сегашно състояние; Витални белези; Основно оплакване; Прием на медикаменти; Придружаващи заболявания; Проведено лечение/самолечение; Атопична анамнеза/алергии;

Последно хранене. В т.1.12 е посочено как се определя триажната категория на спешния пациент в СО на базата на входящата информация (основно оплакване), моделирана от физиологични индикатори – ниво на съзнание, хемодинамика и острота на болката. След провеждане на медицинския триаж и регистриран прием в СО пациентите могат да бъдат насочени към обособените за съответните спешни медицински дейности зони (зали), в които се предприемат необходимите диагностично-лечебни дейности в зависимост от тежестта на спешното състояние и нуждите на спешния пациент – т.т. 3.1, 3.2.

В т. 3.5 са определени нивата на обслужване (медицински дейности) в СО с оценка на вложените инструментални, лабораторни и човешки ресурси в СО. Нивата са определени във възходяща степен от I до V (от най-леки до най-тежки и широкообхватни) в зависимост от потенциалните симптоми и примери за поддръжка на интервенциите, което определя и възможни интервенции/дейности. Всяко следващо ниво обхваща възможните интервенции от предишното, но при различни описани потенциални симптоми. Така в **ниво III** посочените потенциални симптоми и примери за поддръжка на интервенциите са: лека травма с потенциални комплициращи фактори; състояния с нужда от прескрипция на рецепта; фебрилитет с отговор на антипиретици; главоболие без нужда от проследяване; черепно-мозъчна травма без неврологични симптоми; очна болка; лек задух без нужда от кислородотерапия. **Възможните интервенции/дейности за ниво III са:** Към предишното ниво плюс някои от: прием на пациент от мобилен спешен екип на ЦСМП; поддръжка на венозен източник, небулайзер; подготовка за лабораторни тестове; извършване на ЕКГ изследване; извършване на обзорна рентгенография в една област; прескрипция на лекарствен продукт за перорално приложение; катетризация на пикочен мехур, премахване на уретрален катетър; мануална шийна имобилизация; налагане на шийна яка; грижи за пациент при повръщане/инконтиненция; подготовка, асистиране и извършване на процедури: ставна пункция; мениджмънт на неусложнена фрактура на крайник; психиатрична спешност (възбуден), успокояване и грижи, без нужда от приложение на лекарствен продукт; осигуряване на социален работник; грижи за починал пациент; прием в лечебно заведение през СО; дискусия на инструкции при изписване с умерена сложност.

В ниво IV посочените потенциални симптоми и примери за поддръжка на интервенциите са: тъпа/пенетрираща травма с ограничени диагностични тестове; главоболие с гадене/повръщане; дехидратация с нужда от лечение; повръщане с нужда от лечение; задух с нужда от кислородотерапия; респираторно заболяване с нужда от повече от еднократно приложение на лекарствен продукт през небулайзер; гръдна болка с ограничен лабораторен пакет; коремна болка с ограничен лабораторен пакет; вагинално кървене – неменструално; неврологични симптоми с ограничени диагностични тестове. **Възможните интервенции/дейности за ниво IV са:** Към предишното ниво плюс някои от: подготовка и извършване на 2 диагностични теста

(лаборатория, ЕКГ, Ro); подготовка и извършване на обзорна рентгенография в множество анатомични области; подготовка и извършване на специално образно изследване (СТ, MRI, ехография); сърдечно мониториране; венозен достъп до имплантирано устройство; приложение и мониторинг на инфузия или парентерално приложение на лекарствен продукт (IV, IM, IO, SC, NG); поставяне на дренаж, водене, нова оценка; подготовка, асистиране и извършване на процедури: иригация на око, промивка на пикочен мехур, генитален преглед; грижи за психотичен пациент без суициден риск; дискусия на сложна инструкция при изписване от СО; нужда от консултация – един консултант.

По настоящото дело се установи, че на мястото на инцидента на ПТП на 28.03.18г. е пристигнал повиканият мобилен екип на филиала в гр. Шумен на ЦСМП, който е установил и отразил в съставения документ, че при ищеца е налице неподвижен ляв долен крайник след удар от МПС. Й. Х. е бил в съзнание и е споделил, че преди няколко години е имал луксация на същия крайник. Не са били установени други увреждания от ПТП-то, поради което е било извършено шиниране на левия крайник. При постъпването в СО на ответното лечебно заведение съответният специалист е снел анамнеза от пациента, който е споделил, че е бил блъснат от лека кола на кръстовище и не е губил съзнание. Отразеното в документа обективно състояние на пациента, намерено от лекаря в СО е, че същият е в съзнание, контактен, без отклонение при зеници, бял дроб, сърце и корем. Намерил е наличието на леко охлузване в лява слепоочна област и деформирано ляво бедро, което е силно болезнено. При тези данни са били назначени изследвания: ЕКГ, ПКК, рентгенография на ляво бедро и лява ТБС; ехография на корем, както и обезболяващи медикаменти. След консулт със специалист съобразно намереното обективно състояние на крайника и оплакванията на пациента е определена и окончателната диагноза „Фрактура на тялото на бедрената кост - МКБ S 72.3“ и е дадено заключение, че се предлага незабавна хоспитализация в ОТО.

Така установените и закрепени в съответния удостоверителен документ факти изцяло се подкрепят от показанията на съставителя на документа д-р П. З., който пред съда излага, че при ищеца не е имало данни нито за главоболие, нито за гадене, нито за нарушение на съзнанието, нито за промяна в зениците, които да налагат друг тип изследване освен това, което е изисквала травмата на крайниците. Констатираното и описано ожулване в слепоочната област е било изключително повърхностно, без оток, без кръвене и друга симптоматика. В този смисъл са и показанията на брата на ищеца – че раната на главата представлявала леко охлузване и от същата не е текла кръв; че Й. се оплаквал от болка в главата и крака, но не бил неадекватен.

С оглед на горното следва да се приеме, че извършените от специалиста в СО на ответната болница медицински дейности изцяло съответстват на медицинския стандарт „Спешна помощ“, тъй като на базата на анамнезата и извършения клиничен преглед са намерени симптоми при ищеца, които

определят описаните по-горе в ниво III необходими за извършване медицински дейности, които не включват предприемането на действия по подготовка и извършване на специално образно изследване (СТ, MRI, ехография). Такива, както се посочи и по-горе са предвидени за ниво IV, при което се изисква наличието на главоболие, гадене и повръщане, други неврологични симптоми. Освен това в цитирания медицински стандарт не е въведено изискване при получаването на травми при ПТП (високоенергийни травми) задължително да се правят всички възможни образни изследвания – те се извършват съобразно анамнезата и клиничните прояви.

Съдът счита, че по делото не са налице доказателства, които да подкрепят твърденията в исковата молба и изнесеното в показанията на бащата и брата на ищеца, че след приема му в ортопедичното отделение и в периода на провеждането на лечението му там от 28.03.18г. до 04.04.18г., същият е имал оплаквания от силно и постоянно главоболие, както и е имал повръщания, за които е бил уведомен медицинския персонал. В сметата при постъпването в ортопедичното отделение анамнеза пациентът се оплаквал от силни болки на ляво бедро при движение и покой (л. 19). Отделно от това никъде и във водената история на заболяването не са отразени такива оплаквания или симптоматика на ищеца, нито са изписвани съответни медикаменти или други лекарствени средства за главоболие и повръщане. Изключено е и получаването на обезболяващи медикаменти от медицинския персонал в отделението, както излага бащата на ищеца, тъй като без предписването им не е възможно финансовото обосноваване на този разход. Отделно от това такива оплаквания за главоболие и/или повръщане (на първия или втория ден от инцидента) не са били констатирани нито от педиатъра, нито от анестезиолога при извършените предоперативни прегледи на ищеца, който дори е отрекъл в листа за предоперативната анестезиологична консултация да е получавал травми на главата. Такива симптоми не са били установени и от рехабилитатора в болницата, а при изписването не са отразени никакви оплаквания (л. 64). Наред с горното такова оплакване не е постъпило и в проведения контролен преглед на 10.04.18г. при свалянето на конците, а на втори контролен преглед ищецът не е ходил. Такива оплаквания за силно главоболие, гадене или повръщане не са били описани и при прегледа на 23.04.18г. при който при установените обективни данни е било преценено, че не се изискват нови изследвания и е посочено, че пациентът може да присъства без да участва в часовете по физкултура за втория срок на учебната 2017/18г.

Ярка клинична проява на симптомите на хроничен субдурален хематом са констатирани на 20.05.18г., когато освен силно главоболие е започнало повръщане тип „фонтан“. Късната проява на тези симптоми от една страна е описана и в сметата в МБАЛ „Св. Анна-Варна“ АД, гр. Варна анамнеза на 21.05.18г. – наличието на оплаквания от силно главоболие, световъртеж и гадене от 1 седмица (л. 24), което сочи началото им около 6 седмици след инцидента на 28.03.18г. От друга страна експертът по СМЕ излага, че

хронифицирането на субдуралния хематом става за 3 седмици и това е минималният срок, както и че при ищеца не е имало остър субдурален хематом, тъй като оплакванията му са щели да се проявят още докато е бил в болницата.

Горното обосновава извода, че и в рамките на осъщественото болнично лечение на ищеца в ортопедичното отделение и при последващия период до 23.04.18г. не са били налице никакви клинични прояви, които да обосноват предприемането на образно изследване на главата, за да може да бъде установено на по-ранен етап наличието и постепенното развитие на субдуралния хематом. От това пък следва, че не е налице противоправно бездействие (пропуск) на специалистите от СО и ортопедичното отделение и на провелия прегледа на 23.04.18г., който да е обусловил несвоевременно установяване чрез достъпните медицински технологични методи развитието на болестен процес в организма на ищеца.

И на последно място: на 20.05.18г. специалистът-гастроентеролог от ответната болница е констатирал симптоми, които са обосновавали извод за наличието на хроничен субдурален хематом (гадене, повръщане, главоболие и вратна ригидност), но не е предписал дейности по диагностицирането на такъв тип заболяване, нито пациентът е бил насочен за консулт със съответния специалист невролог или неврохирург. Този пропуск обаче по никакъв начин не е обусловил последващо претърпените от ищеца болки и страдания от проведеното лечение в друго болнично заведение, тъй като бащата на ищеца е предприел незабавни действия по диагностицирането и провеждането на лечението и това е станало още на следващия ден 21.05.18г. Забавяне от клиничната проява на симптомите на субдуралния хематом до предприемане на диагностицирането и лечението не е налице.

Всичко изложено по-горе обосновава извода, че не е налице противоправно поведение на специалистите от ответната болница, осъществили прегледи и предприели диагностициране и лечение на получените от ищеца травми от ПТП на 28.03.18г., което да се изразява в пропуск за своевременно установяване, вкл. и чрез назначаването на образни изследвания на главата на ищеца, на наличието на субдурален хематом, получен от удара с автомобила, който да бъде своевременно лекуван и да бъдат предотвратени настъпилите последващи усложнения и проведеното утежнено лечение с изпитаните болки и страдания. Само на това основание предявените искове се явяват неоснователни, а инкорпорираният в обжалваното решение извод за отхвърлянето им следва да бъде подкрепен от настоящата инстанция чрез потвърждаване на обжалвания съдебен акт.

По разноските за въззивната инстанция.

Въззиваемата страна е отправила искане за присъждане на разноси, изразяващи се в заплатено адвокатско възнаграждение в размер на 2 330 лв., за което е представен договор за правна защита и съдействие, ведно с разписка за заплатената в брой сума (л. 33). Съдът намира релевираното от

въззивника възражение за прекомерност на това възнаграждение за неоснователно, тъй като на осн. чл. 2, ал. 5 от Наредба № 1 на ВАдв.С възнагражденията се определят съобразно вида и броя на предявените искове, за всеки един от тях поотделно, а предвид материалните интереси по двата предявени иска, минималните възнаграждения са съответно 2 330 лв. (за иска в размер на 60 000 лв., определено по реда на чл. 7, ал. 2, т. 4 от цитираната наредба) и в размер на 627.55 лв. (за иска в размер на 5 951 лв., определено по реда на чл. 7, ал. 2, т. 3 от цитираната наредба). Въззивникът следва да бъде осъден да заплати сумата от 2 330 лв.

Воден от горното, съдът

РЕШИ:

ПОТВЪРЖДАВА изцяло решение № 260008/29.04.22г. по гр.д. № 49/21г. на ОС-Шумен.

ОСЪЖДА Й. Ц. Х., ЕГН ***** от с. Мадара, обл. Шумен да заплати на „МНОГОПРОФИЛНА БОЛНИЦА ЗА АКТИВНО ЛЕЧЕНИЕ - ШУМЕН“ АД, ЕИК 127521092, гр. Шумен сумата в размер на 2 330 (две хиляди триста и тридесет) лева, разноси за въззивното производство, на осн. чл. 78, ал. 3 от ГПК

Решението може да се обжалва с касационна жалба пред Върховния касационен съд в едномесечен срок от съобщението до страните /чрез процесуалните им представители/ при наличието на предпоставките за допускане на касационното обжалване съобразно чл. 280, ал. 1 и ал. 2 от ГПК.

Председател: _____

Членове:

1. _____

2. _____