

РЕШЕНИЕ

№ 1372

гр. София, 15.11.2022 г.

В ИМЕТО НА НАРОДА

АПЕЛАТИВЕН СЪД - СОФИЯ, 7-МИ ГРАЖДАНСКИ, в публично заседание на десети октомври през две хиляди двадесет и втора година в следния състав:

Председател: Камелия Първанова

Членове: Георги Иванов
Димитър Мирчев

при участието на секретаря Невена Б. Георгиева
като разгледа докладваното от Димитър Мирчев Въззивно гражданско дело
№ 20221000500863 по описа за 2022 година

Производството е по реда на чл.258 и следв. от ГПК.

С решение № 262212/05.04.2021 г. по гр.д. № 7074/2017 г. на СГС, I-7 състав, са отхвърлени обективно и субективно съединените осъдителни иски с правно основание чл. 49 ЗЗД за обезщетяване на имуществени и неимуществени вреди на обща стойност 308 947,78 лв., предявени от Г. Г. К. с ЕГН: ***** против УМБАЛ „Св. Екатерина“ ЕАД /със сегашно наименование УМБАЛ „Проф. д-р Александър Чирков“ ЕАД/ с ЕИК: 831605845. При този изход в производството, К. е осъден да заплати съдебно-деловодни разноски в размер на 16 300 лв. Делото е постановено при участието на третото лице-помагач /ТЛП/ на страната на лечебното заведение – „Алианц България“ АД.

С определение № 260631/28.01.2022 г., Софийски градски съд е оставил /по реда на чл. 248 ГПК/ без уважение молбата на ищеца за изменение на постановеното решение в частта за разноските.

Недоволен от така постановеното решение е останал ищецът, който в срока по чл. 259, ал. 1 ГПК е депозирал въззивна жалба. В жалбата са наведени оплаквания за неправилност на първоинстанционното решение поради съществени нарушения на съдопроизводствените правила и на материалния закон. Поддържа се, че от приложените писмени доказателства е видно, че протоколът за информирано съгласие на пациента е изготвен в нарушение на чл. 89, ал. 1 от Закона за здравето /ЗЗ/. Жалбоподателят излага, че доколкото ответникът не е информирал пациента относно риска за здравето му при провеждане на коронарографията,

то е установена и противоположността на деянието, а вината се презюмирала по силата на закона. Сочи, че заключенията на вещите лица се базират на предположения, което от своя страна не води до отхвърляне тезата ищеца по делото. Излага, че е налице причинна връзка между извършената коронарография и настъпилото увреждане на здравословното състояние на ищеца. Моли се въззивната инстанция да отмени изцяло първоинстанционното решение и вместо него да постанови друго, с което да уважи предявените искове.

В срока по чл. 263, ал. 1 ГПК са постъпили отговори на въззивната жалба от ответниците УМБАЛ „Св. Екатерина“ ЕАД /сега УМБАЛ „Проф. д-р Александър Чирков“ ЕАД/ и от ТЛП „Алианс България“ АД, в които са изложени съображения за неоснователност на жалбата. Моли се въззивният съд да остави без уважение въззивната жалба и да потвърди първоинстанционното решение.

Производството е образувано и по въззивна частна жалба на ищеца Г. Г. К. против определение № 260631/28.01.2022 г., постановено по реда на чл. 248 ГПК от първоинстанционния съд. Изложени са оплаквания за неправилност на същото, като се моли за неговата отмяна и постановяване на друго такова, с което разноските, които бил осъден да плаща ищеца да бъдат намалени. Частната жалба се намира за неоснователна с писмен отговор по реда на чл. 276, ал. 1 ГПК от процесуален представител на ответната болница.

Въззивната жалба е допустима, тъй като е подадена в срока по чл. 259, ал. 1 ГПК от надлежна страна срещу съдебен акт, подлежащ на обжалване по посочения процесуален ред. Разгледана по същество, същата се явява НЕОСНОВАТЕЛНА.

Апелативен съд – София, упражнявайки правомощията си съобразно чл. 269 ГПК, като провери обжалвания съдебен акт във връзка с оплакванията в жалбата и събраните доказателства, приема следното от **фактическа** страна:

Първоинстанционният съд е сезиран с искове с правно основание чл. 49 ЗЗД във вр. 45 ЗЗД във вр. чл. 81 от Закона за здравето и чл. 86, ал. 1 ЗЗД от Г. Г. К. за осъждане на ответника УМБАЛ „Св. Екатерина“ ЕАД да заплати обезщетение за претърпени от ищеца имуществени и неимуществени вреди на обща стойност 308 947,78 лв.

По делото не е спорно, че ищецът Г. Г. К. на 42 г. е постъпил в ответното лечебното заведение на 04.06.2012 г., което е видно и от приетата епикриза по ИЗ 3853/2012 издадена от СБАПССЗ "Св.Екатерина" за болнично лечение в периода от 04.06.2012 г. до 07.06.2012 г.

Представена е в цялост документацията на история на заболяване ИЗ 3853/2012, която е обсъдена в назначените по делото експертизи на лекари специалисти.

Видно от епикризата след извършените изследвания е поставена диагноза: ИБС.НАП II B2. Несигнификантна коронарна атеросклероза.АХ II ст.Дислипидемия.Захарен диабет II тип. Видно от неоспорената медицинка документация на ищеца е прегледан амбулаторно и му е извършено изследване Ехокардиография на 04.06.2012 г. в 9,31 ч. от д-р Х. В., като резултатите са отразени в ИЗ /л.183, том I от делото/. Предвид оплакванията и резултатът ултразвуково изследване, поставената диагноза – ИБС, нестабилна стенокардия и д-р В. е

дала препоръка за изследване — коронарография /СКАЕ/.

Безспорно е, че на 05.06.2012 г. в 11,10 ч., на ищеца Г. К. в клиниката по кардиология на ответната болница е извършено инвазивно изследване - коронарография /СКАЕ/, което се установява и от епикриза по ИЗ 3853, както и катеризационен протокол по ИЗ 3853/05.06.2012 г. и резултат от съдова диагностика издадена от д-р Д. и ръководителя на клиниката доц. Ю. Д..

Не се спори, че инвазивното изследване е извършено, след като ищецът е хоспитализиран в болничното заведение с направление по НЗОК, което е издадено от диагностично-консултативния блок на СБАЛСЗ "Св.Екатерина", като в направлението е отбелязано, че пациентът се изпраща за спешен прием.

Представен е протокол за предоставена информация на пациент Г. Г. К. за извършване на инвазивно изследване /сърдечна катетеризация/, който е двустранно подписан от ищца, като пациент и от оператора. В протокола е отразено съдържанието на инвазивното изследване СКАГ, вида анестезия – местна, процент леки и процент тежки усложнения, като са изброени по три възможни усложнения от двете групи.

Според документите по ИЗ 3853/2012 на 07.06.2012 г. ищецът Г. Г. К. е изписана диагноза: ИБС.НАП II B2.Несигнификантна коронарна атеросклероза.АХ II ст.Дислипидемия.Захарен диабет II тип, като са предписано медикаментозно лечение и е насочен личен лекар и кардиолог за наблюдение и с назначен контролен преглед - след 30 дни. В приетия документ „детайли за изписването“ са отразени резултати от лабораторни изследвания, извършена консултация с невролог, с констатация – обсерв. Вестибуларен синдром – субкомпенсиран, вероятно със съдова генеза, диабетна полиневропатия, дадени препоръки да доплер на каротидни артерии, КАТ на главен мозък в планов порядък. В пункт оценка на риска е отразено, че поради новопоявила се ангина с давност 2 седмици, при рискови фактори – артериална хипертония, фамилна обремененост, тютюнопушене, пол, възраст, пациентът е преценен като високорисков и показан за СКАЕ. Отражено е инвазивно изследване на 05.06.2012 г., със заключение: ляв тип корон-циркуляция. Интрапроцедурно направена инфузия с хепарин.

Спорен по делото е въпросът дали са съществували индикации за назначаване и извършване на коронарография, както и взето ли е информирано съгласие от ищеца като пациент за инвазивната процедура коронарография.

Видно от амбулаторен лист №939/11.05.2012 г. издаден от д-р П. Г. - кардиолог, около месец преди инвазивната процедура, ищецът Г. К. е бил на преглед при специалист кардиолог, с оплакване от главоболие, световъртеж, отпадналост, задух, болки в мускулите. След ЕКГ изследване е поставена диагноза – хипертонична болест на сърцето. От кардиолога д-р Г. е издадено медицинско направление с код за ВСД 88.72 /ехокардиография/.

Видно от резултат изсл.№7107 на 11.06.2012 г. на ищецът е извършено изследване компютърна томография на глава-нативно изследване проведено в

СБАЛССЗ"Св.Екатерина" на 11.06.2012г. със заключение: без огнищни промени в мозъчния паренхим, за което същият заплатил 300 лв. такса.

Не е спорно, че на 21.06.2012 г. Г. Г. К., насочен от личния си лекар д-р Ц. С. е постъпил с индикации за спешен прием в ответното СБАЛССЗ"Св.Екатерина", с оплаквания от болки в дясна подбедрица, което е видно и от приетата Епикриза по ИЗ №4363. В клиниката по съдова хирургия на 21.06.2012 г. ищецът е опериран по спешност - Тромбendarтериектомия /ТЕА/ за отстраняване на тромби в основните артерии - Артерия феморалис суперфициалис /АФС/ и Артерия профунда феморис /АПФ/- Оперативен протокол 836/21.06.12г. В клиниката по съдова хирургия К. е хоспитализиран от 21.06.12г. до 26.06.12г. Извършени му били две оперативни манипулации с цел отстраняване на тромби и възстановяване на кръвообращението. Отразен е гладко протекъл следоперативен период, спокойни оперативни рани. При изписването е поставена окончателна диагноза: Тромбозис АИ дextrа, Емболия тарда АФС дextrа. Придружаващи заболявания- ИБС, НАП-II B2, Коронарна атеросклероза -АХ-II ст., дислипидемия и захарен диабет – тип 2, като е предписано наблюдение от кардиолог и два контролни прегледа /така на л.205, л.206, том I от делото/.

По делото е представени в цялост ИЗ №4363 и ИЗ 4438, ведно с всички приложения и изследвания, които са обсъдени от вещите лица лекари специалисти. Безспорно е, че ищецът е провел контролни прегледи в ответната болница на 23.07.2012г. и на 13.08.2012г.

Спорен е въпросът, дали получените от ищеца емболия и тромбоза на артериите на долни крайници са в причинна връзка с извършеното инвазивно изследване- коронарография.

Видно от амбулаторен лист № 856 от 05.07.2012г. издаден от д-р Е. С. – хематолог, ищецът К. е провел амбулаторен преглед, като съобщил, че е бил хоспитализиран през м.06.2012г. с диагноза тромбоза, както и че е дългогодишен диабетик на лечение със Сиофор и наследствена хипертония. Поставена е диагноза – други нарушения в кръвосъсирването и е предписана медикаментозна терапия.

С ЕР на ТЕЛК при МБАЛ Пазарджик от 27.11.2012 г. и от 01.03.2013г. е продължаван срока на временната нетрудоспособност Г. К., поради заболяване с водеща диагноза емболия и тромбоза на артерии на долни крайници.

С ЕР № 1720/ 07.05.2013г. на ТЕЛК при МБАЛ Пазарджик след освидетелстване на ищеца е призната трайно намалена работоспособност ТНР от 66 % водеща диагноза емболия и тромбоза на артерии на долни крайници, придружаващи заболявания – захарен диабет неинсулинозависим, исхемична болест на сърцето, стабилна ангина пекторис.

За изясняване на обстоятелствата по проведеното лечение и инвазивно изследване на ищеца в УМБАЛ „Св. Екатерина“ ЕАД в първоинстанционното производство са допуснати двама свидетели - д-р Х. В.-Т. и д-р Б. А., чиито показания се кредитират от въззивната инстанция като вътрешно непротиворечиви и кореспондиращи с изводите на СМЕ.

Разпитана в разпитана в открито съдебно заседание на 2.10.2018г. свидетелката Х. В. сочи,

че работи от 2010г. в УМБАЛ „Св. Екатерина“ ЕАД в приемно-консултативен кардиологичен кабинет. Не си спомня пациента Г. К., но от документите, които е видяла, разбрала, че тя го е приела на 4 юни 2012 г. Свидетелства за това, че с нормална ехокардиография не може да докаже, дали пациентът има съдово заболяване, затова се налага да се извършат допълнителни изследвания. Посочва, че е препоръчала извършване на коронарография, защото пациентът е млад, с оплаквания, които са в рамките на един месец, съобщил е за гръден дискомфорт, които наподобяват за нестабилна стенокардия. Затова и тъй като имало и рискови фактори, и промени в ЕКГ-то, се налагало да се доизясни дали пациентът има някакво съдово заболяване, т.е. дали има плаки по съдовете. Не се спомня в конкретния случай какви други рискови фактори е взела предвид. Сочи, че практиката е пациентът да се разпитва, т.е. дали има анамнеза за някакво сърдечно заболяване. След анамнезата се прави кардиограма задължително, ехокардиографско изследване. Когато заключат че има предпоставка да се направи коронарография или са предложили на пациента да се направи инвазивно изследване, след това пристъпват към документалната част. Разяснявало се на пациента какво и защо му се прави, като му се обясняват най-честите рискови фактори като усложнения. Сочи, че за всички пациенти прави това, защото в този кабинет има протокол, по който се работи.

Свидетелят Б. А., разпитан в същото открито съдебно заседание сочи, че е кардиолог и гл. асистент в клиниката „Света Екатерина“. Не си спомня в детайли за извършената коронарография на 5 юни 2012 г., но бил част от екипа. Посочва, че пациентът е имал гръден дискомфорт, промени в кардиограмата, рискови фактори – захарен диабет, повишен холестерол, наследственост и това е наложило извършването на коронарографията. Какви са рисковете се разяснявало още в приемния кабинет преди процедурата. Пояснява, че друга алтернатива може да се направи компютърна томография на коронарните артерии, която не е по НЗОК, а е заплатена услуга, но това се предлагало едва, след като пациентът категорично откаже. Сочи, че при тези показания, които има, един 42-годишен пациент би трябвало да се изясни веднага, защото още по-голяма е отговорността, ако излезе от болницата и получи инфаркт. Сочи, че по време на коронарографията пациентите винаги имат болезненост от поставянето на катетър в радиалната артерия и в зависимост от индивидуалната чувствителност. Не си спомня ищецът да е имал някакви усложнения или нещо, което да му е направило впечатление по време на коронарографията. Сочи, че ако е имал усложнения, пациентът щял да остане в интензивния сектор. При този пациент такова нещо не е имало. След извършване на коронарографията не бил получил никакви сигнали от сестрите или от екипа в отделението. На другия ден, сутринта на визитация, пациентът е дал оплаквания от световъртеж и поради тази причина е извикан невролог за консултация. По препоръка на невролога бил направен доплер още на същия ден. Там се е оказало, че няма никакви промени. Самият невролог дал като диагноза вестибуларен синдром със съдова генеза. След изписването г-н К. се свърза с свидетеля А.. Оплаквал се от болки и свидетелят му казал да дойде в болницата веднага да проверят за какво става въпрос, както и че трябва да се види от невролог и от съдов хирург. Установява, че съдействал на ищеца след това да отиде в съдовата хирургия.

Пред първата инстанция са допуснати и изслушани три заключения на вещи лица по съдебно-медицинска експертиза, а именно: от специалист съдов хирург и специалист по вътрешни болести и кардиология, както и допълнителна СМЕ от инвазивен кардиолог. Настоящият съдебен състав кредитира трите заключения изцяло като професионално изготвени и смята, че същите следва да бъдат взети предвид при формиране на правните изводи в следната последователност: заключението на специалиста инвазивен кардиолог, това на съдовия хирург и накрая заключението на специалиста вътрешни болести с оглед конкретния казус, а именно – настъпилите последици от извършена коронарография.

По делото е прието неоспорено заключение на съдебно-медицинска експертиза (СМЕ) с вещо лице д-р Д. М. – **специалист по вътрешни болести и кардиология**, по конкретно поставени от страна на ищеца и ответника въпроси. След проверка на медицинската документация, вещото лице д-р М. е установило, че проведената ехокардиография на 04.06.2012г. на ищеца показва междукामерна преграда с размери 14мм. и задна стена на лявата камера с размери 11 мм. Обосновава, че това е хипертрофия на стените на лявата камера, което е характерно за хипертоничната болест на сърцето. Сочи, че останалите показатели на лявата камера са в норма. Според вещото лице сама по себе си проведената ехокардиография не подкрепя диагнозата исхемична болест на сърцето. Констатира, че в ИЗ №3853 на г-н К. са приложени 4 елетрокардиограми за дните от 04.06.2012г. до 07.06.2012г. в клиниката. Електрокардиограмите от 04.06.2012г.(деня на постъпването) и 07.06.2012г. (деня на изписването) са без съществена динамика. Сочи, че Електрокардиограмите от 05.06.2012г.и 06.06.2012г. са с исхемични промени по прекордиалните отвеждания. Д-р М. пояснява, че тези промени не са свързани с проведената селективна коронарна ангиография, а вероятно са свързани с възникналото понижение на артериалното налягане, което вероятно е довело до временно понижение на коронарното перфузионно налягане и транзиторни исхемични промени.

В отговора на въпрос 21, вещото лице сочи, че по делото няма приложени ЕКГ преди постъпването в болницата. Сочи, че има приложен амбулаторен лист №939/11.05.2012г. издаден от Д-р П. Г. - специалист кардиолог, в който има описание на ЕКГ-син.ритъм,67/мин.,ЛК хипертрофия, неспецифични /-/отр.Т вълни до 1мм. в първо, АВЛ, В2-В6, без промяна от предходни ЕКГ левите отвеждания. Изводите за съмнение за ИБС са направени на базата на направените по време на хоспитализацията ЕКГ изследвания.

Обоснован е извод, че на ЕКГ изследването от 04.06.2018 г. има промени в Т вълната, които при съответна клиника могат да усъмнят за ИБС. Морфологичните промени на Т вълната особено в отвеждания I и AVL са по близки до промени при левокамерна хипертрофия.

Пояснено е, че стойностите на пациента Г. К. отразени в ИЗ 3853 на лабораторните показатели креатинкиназа, МВ и тропонин са в референтни граници, но това не може да се направи извод, че няма обективни данни за ИБС, тъй като нормалните показатели на креатинкиназа, МВ и тропонин не отхвърлят наличието на ИБС. Те показват само, че няма данни за остър миокарден инфаркт. Обосновано е още, че резултатът от проведената

ехокардиография също не може да изключи наличието на ИБС, тъй като регистрираната ЕКГ е със съмнителни данни за ИБС.

В отговор на въпрос № 26, вещото лице сочи, че според Амбулаторен лист №939/11.05.2012г. издаден от д-р П. Г. - кардиолог диагнозата на ищца е хипертонична болест на сърцето, като кардиолога е издал направление за провеждане на ехокардиография, чийто код по НЗОК е 88.72. Д-р М. пояснява, че направлението за СКАГ е издадено от диагностично-консултативния блок на СБАЛССЗ "Св.Екатерина". Пациентът е приет по спешност с диагноза исхемична болест на сърцето- нестабилна ангина пекторис, като идеята на спешността на тази диагноза е риска за настъпването на остър миокарден инфаркт. Д-р М. обосновава, че преценката за спешност е на насочващия и приемащия лекар. Посочва, че мотива му да хоспитализира пациента по спешност е посочен в анамнезата «епизоди на гръден дискомфорт и стягане на широка основа появяващи се при физическо усилие, продължаващи 15 минути и отзвучаващи в покой» и наличието на ЕКГ на негативни Т вълни. Пациентът е хоспитализиран по анамнестични данни и ЕКГ промени усъмняващи за ИБС. Решението за провеждане на коронарна ангиография е на лекуващите лекари в клиниката по кардиология, като в случая, мотивите за провеждане на коронарна ангиография са амнестични данни за стенокардия, повишен риск за коронарна болест поради наличието на няколко рискови фактора (повишено артериално налягане, повишен холестерол, захарен диабет, наследственост, пол), динамични промени в ЕКГ - I, II, AVL, V2-V6 с наличие на коронарни Т вълни в прекордиалните отвеждания. Относно резултатите от коронарографията, вещото лице коментира, че според приложения катетеризационен протокол №1514/05.06.2012г. коронарните артерии са без хемодинамично значими стенози по коронарните артерии, като тези данни потвърждават, че наличните ЕКГ промени, не са резултат от хемодинамично значими стенози по коронарните артерии и при пациента не се потвърждава наличието на стабилна и нестабилна форма на исхемична болест на сърцето.

Според заключението на СМЕ с вещо лице-кардиолог преди провеждането на инвазивно изследване пациентът задължително трябва да подпише писмено информирано съгласие. Пояснява се, че информираното съгласие следва да съдържа: диагнозата и характера на заболяването, описание на целите и естеството на лечението, разумните алтернативи, очакваните резултати и прогнозата, потенциалните рискове свързани с предлаганите диагностично-лечебни методи, включително страничните ефекти и нежеланите лекарствени реакции, болки и други неудобства, вероятността за благоприятно повлияване, риска за здравето при прилагане на други методи на лечение или при отказ от лечение.

Сочи се, че по делото е приложен Протокол информация за пациента за извършване на инвазивно изследване, като в него е посочено какво съдържа инвазивното изследване, как се провежда, каква анестезия се използва, какъв контраст, какви усложнения могат да настъпят, какви решения могат да се вземат по време на изследването. Не е посочена диагнозата и характера на заболяването, разумните алтернативи, риска за здравето при прилагане на други методи на лечение или при отказ от лечение. На въпроса, кои са според медицинската наука възможните усложнения и потенциалните рискове на проведеното изследване,

вещото лице, сочи, че такива са: Миокарден инфаркт, Инсулт, Увреждане на артерията за достъп, Увреждане на катетеризираната артерия Аритмии Алергични реакции към контраст или други медикаменти, които се използват по време на процедурата Разкъсване на сърцето или на артерия Контраст-индуцирана нефропатия, Значимо кървене, Инфекция. Пояснява, че в приложения по делото Протокол информация за пациента за извършване на инвазивно изследване от посочените по-горе усложнения е посочено само нарушение на сърдечния ритъм. Останалите рискове на коронарографията не са изрично посочени. В отговора на въпрос № 41 от заключението на вещото лице д-р М., е обосновано, че ответната болница е спазвала задължението си по НРД от 2012 г. да лекува всички заболявания /вкл. вестибуларен синдром със съдова генеза/, а не само това по приемната диагноза, като е провела предписаното от невролог интравенозно лечение, а назначеното перорално лечение е отразено в епикризата при посочването на терапията за дома. От назначените изследвания е провела доплеровата сонография на каротидни и веретебрални артерии. Провеждането на КАТ на главен мозък е можело да се проведе в болницата, но понеже това изследване не е препоръчано в спешен порядък, същото е назначено за 11.06.2012 г., когато е проведено.

Разпитан в открито съдебно заседание на 18.10.2018 г. в СГС, вещото лице д-р М. поддържа заключението. Допълнително пояснява, че обстоятелството, че при ищеца лабораторно изследваните показатели тропонин, СРК и МБ са били с нормални стойности, не отхвърля наличието на исхемична болест на сърцето. Соочи, че и при нормални стойности на тропонин, СРК и МБ може да има стеснение на коронарните артерии и ИБС. Това, че при пациента са били нормални сочи, че няма данни за остър инцидент – инфаркт. По отношение на ехокардиографията допълва, че същата е нечувствителен метод за промените свързани с ИБС. Допълва още, че коронарография и компютърната томография на сърце са основните методи за диагностика на исхемична болест на сърцето, а кардиолозите на ответника в случая са имали съмнение за исхемични промени при ищеца, поради промени в проведеното ЕКГ.

По делото е изслушана и съдебно-медицинска експертиза (СМЕ) с вещо лице д-р Л. М. – **съдов хирург**. От приетото неоспорено заключението на СМЕ на д-р М. се установява, че емболията представлява остро настъпило състояние на прекъсване на кръвотока в дистална на запушването посока, без други предхождащи симптоми, най-често в резултат от придружаващо или предходно предсърдно мъждене. Емболията се причинява от ембол с различна генеза, например: откъснало се парче от атероматозна плака, газов мехур, мастен мехур, тумурен ембол, ембол при ендокардит на сърцето. Д-р М. пояснява, че **тромбозата на артерия е състояние на напълно запушване на артериалния съд, на процесът се е развил на място на запушването с хронично - прогресиращ ход, с придружаваща симптоматика в продължение на месеци и години като дискомфорт при ходене, схващане на мускулите на крака при физическо натоварване, накуцване**. При тромбозата няма остро, внезапно начало както е при емболията. Пояснено е, че тромбозата в над 90% от случаите се дължи на атеросклероза. Обоснован е извод, че тромбозата не

може да се развие на базата на емболия, предвид изложените причини.

Обоснован е извод, че най-вероятният механизъм на запушването при ищеца е едно хронично- прогресиращо заболяване, без острото начало на емболията. В подкрепа на това, вещото лице съдов хирург се позовава на обстоятелството, че в двуседмичния срок след който ищецът К. е потърсил специализирана помощ състояние на десния му крак е все още витално, референтните стойности на СРК /креатинфосфокиназа/ при хоспитализацията му от 21.06.2012 г., което говори за едно хронично-прогресиращо, но не и за остро настъпило състояние.

Относно симптомите на емболия и тромбоза на артериите д-р М. сочи, че симптомите са: липса на пулс, бледост на крайника, студенина, силна болка в покой, загуба на повърхностна и дълбока сетивност, пареза на мускулатурата, като те са сходни при двете състояния. Соци, че разликата е в началото, като при емболията то е внезапно, остро, а при тромбозата е хронично- прогресиращо. Пояснява, че при ищеца К. в епикризата се споменава за болков синдром с давност от две седмици. Пояснено, че при емболията когато се запуши съда, започва страданието и се наблюдават симптоми, като липса на пулс, крайникът става блед, студен, започва да се губи сетивност, като самата емболия има три степени. Соци, че в наличната медицинска документация не е установил долният крайник на ищеца да е бил в критично състояние за неговия живот и да подлежи на ампутация, както би било след двуседмична емболия, на която не е обърнато внимание.

По делото е изслушана допълнителна съдебно-медицинска експертиза (СМЕ) с вещо лице д-р В. Г. – **специалист инвазивен кардиолог**. От заключението му се установява, че големите усложнения при диагностична коронарография се установяват при по-малко от 1% от извършените коронарографии. В тях се включват и съдовите усложнения, които се дължат, най-често на усложнения на мястото на достъпа. Емболичните усложнения са редки и причината за тях са отлепяне на материал (холестеролови кристали или тромботични материи, захванати за големите атеросклеротични палки) от големи и/или усложнени атеросклеротични плаки, които протружат и са обикновено с дебелина над 4 мм, установена с трансезофагеална ехокардиография или скенер.

Емболичните инциденти, предизвикани от холестеролови кристали обикновено засягат артериоли (малки артериални съдове) с диаметър около 200 микрона и честота им варира от 0.6 до 1,4%. По-често те протичат асимптомно без значима клинична изява. Клинично се проявяват най-често с кожно засягане - синдром на синия палец или ливидо ретикуларис. Един от начините да бъдат избегнати тези усложнения е използването на трансрадиалния достъп, при който процедурите се извършват от радиалната артерия на ръката. При този достъп максимално се ограничава въздействието на катетъра върху аортата, като от значение е и това, че се манипулира само началната част на аортата, където развитието на плаки, рискови за емболия, е по-рядко.

По въпроса дали са били показания за извършване на инвазивно изследване (коронарография) при ищеца К., вещото лице д-р Г. приема, че са съществували индикации за провеждане на коронарография на този пациент. Соци, че **пациентът се презентирал с**

остър коронарен синдром - типични оплаквания, описани в анамнезата, с начало от 2 седмици. Пояснява, че острият коронарен синдром, най-често се дължи на усложнена, нестабилна плака, най-често с тромбоза върху нея, в артериите на сърцето, което води до нарушено кръвоснабдяване в определена зона. Сочи, че болният е с висок риск поради наличието на множество рискови фактори - хипертония, дислипидемия (нарушения в обмяната на липидите), захарен диабет с дългогодишна давност, тютюнопушене. **Освен това са регистрирани и динамични, ЕКГ промени, които се асоциират с този синдром и поставят болния в групата с висок риск.** Според актуалните препоръки и ръководства, болните с остър коронарен синдром, без елевация на СТ сегмента от ЕКГ, оценени като висок риск са индицирани за инвазивно изследване на коронарните артерии - коронарография. Въпросното изследване се препоръчва да бъде извършено в рамките на 24-72 часа.

Според заключението на инвазивния кардиолог при ищеца няма основание да се свързва тромбозата на илиачните и феморалните артерии с използване на трансрадиален достъп за коронарография, защото катетърът се манипулира далеч от крайното разклонение на аортата и тези съдове. **Още повече, че при самата процедура, по протокол, се използват антикоагуланти (хепарин - медикамент, намаляващ съсирваемостта на кръвта и против образуването на тромби) за профилактика на тромбоза на радиалната артерия.** Инвазивният кардиолог обосновава извод, че липсва причинно-следствена връзка между извършената в УМБАЛ „Св. Екатерина“ ЕАД коронарография и настъпилите впоследствие промени в здравословното състояние на ищеца. Вещото лице в отговора на въпрос № 4.6. по заключението на допълнителната експертиза, заявява, че според него „няма причинно-следствена връзка между провеждането на коронарографията на 05.06.2012 г. и настъпилата на 21.06.2012 г. остра исхемия на долен десен крайник.

При изслушване му в о.с.з., проведено на 10.03.2020 г. в СГС, вещото лице д-р В. Г. пояснява, че самата коронарография е извършена през ръката. Сочи, че това е доста далеч от мястото, където са настъпили съответните промени и смята, че няма никаква конкретна връзка между тях. Допълва още, че има доста голямо времево разстояние, т.е. коронарографията е проведена на 05.06.2012 г., а настъпилото усложнение е чак на 21.06.2012 г. Д-р Г. уточнява, че: „дори да се получи ембол и тромбоза, този тромб няма как да се върне обратно по кръвта и да отиде в крака. Емболията означава движение на някаква частица по посока на кръвта, а кръвта в артериите се движи централно от аортата и сърцето към периферията.

По делото в Софийския градски съд са събрани и други доказателства, но те нямат значение за правните изводи на настоящата инстанция, поради което и няма да бъдат обсъждани.

При така установената фактическа обстановка, Апелативен съд – София достигна до следните **правни** изводи:

По делото е предявен иск с правно основание чл.45 ЗЗД във връзка с чл. 49 ЗЗД за деликтна отговорност, за уважаването на който следва да се установи дали ответникът е извършил

противоправно действие, дали са причинени вреди, които да са в причинна връзка с действието, които въпроси са спорни между страните, както и дали е налице вина от извършителя на действието. Въз основа на фактическите твърдения в исковата молба следва да се приеме, че се сочи деликтно основание на отговорността, в който смисъл е и съдебната практика-Решение №1228/18.12.2008г. на ВКС по гр.д.№ 4894/2007г., ГК. Анализирайки 33, ЗЛЧ и Правилата за добра медицинска практика съдебната практика дефинира понятието „лекарска грешка” като всяко неизпълнение на професионалните задължения на лекар за и при извършване на изследвания, консултации, лечение и др. медицински дейности, което се намира в противоречие с утвърдените от медицинската наука и практика методи и технологии, с медицинските стандарти, утвърдени по реда на чл.6, ал.1 ЗЛЗ и Правилата за добра медицинска практика, с основните принципи на правото на медицинска помощ-своевременност, достатъчност и качество на медицинската помощ, в резултат на което е причинено увреждане.

Съдебната практика /напр. решение №255/18.03.2021 г. по гр. д. № 985/2020 г. на ВКС, ГК, IV г. о./ приема, че противоправно е поведението, което се намира в противоречие с утвърдените от медицинската наука и практика методи и технологии за осъществяване на медицинската помощ– чл. 79, ал. 1 от Закона за здравето /33/; с утвърдените по съответния ред медицински стандарти в съответната област – чл. 6, ал. 1 ЗЛЗ и Правилата за добра медицинска практика, приети и утвърдени по реда на чл. 5, ал. 4 от Закона за съсловните организации на лекарите и лекарите по дентална медицина; с основния принцип на правото на медицинска помощ – качество, което понятие е посочено в чл. 80 ЗЗ и включва в себе си своевременност и достатъчност на медицинската помощ; неспазване правата на пациентите, посочени в чл. 86, ал. 1 ЗЗ, както и с неспазване на етичните изисквания към упражняването на медицинската професия, залегнали в Кодекса за професионална етика на българските лекари – арг. от чл. 190, ал. 1 ЗЗ.

В практиката на ВКС, обективизирана в решения, постановени по реда на чл. 290 ГПК, е прието, че когато съдът се произнася по въпроса осъществен ли е деликт при изпълнение на спешна медицинска дейност и налице ли е лекарска грешка, като основание за отговорността по чл. 49 ЗЗД, той е длъжен да изследва две групи факти от поведението на извършителя (лекаря) - на първо място, да установи какви действия са били предприети или не са били извършени от лекаря и на второ - да провери доколко те са отговаряли на дължимото, съобразно утвърдените медицински изисквания, вкл. и извършването на необходимите диагностични изследвания, съобразно възможностите и наличната апаратура. /вж. Решение № 103 от 25.07.2019 г. на ВКС по гр. д. № 2700/2018 г., III г.о., ГК/.

Противоправността като обективен юридически факт, включен във фактическия състав, обуславящ отговорността за непозволено увреждане, представлява по своето правно естество несъответствие между предписаното от уредените нормативни или общоприети правила за поведение и фактическо осъщественото от дееца. В тежест на ищеца е да установи чрез пълно и главно доказване, както предписва правната норма на чл. 154, ал. 1 ГПК, противоправността на вредоносното поведение на служител при ответника.

Следователно, от събраните по делото доказателства при формиране на вътрешното убеждение на съда (аргумент по чл. 12 ГПК във връзка с чл. 235, ал. 2 ГПК) трябва да се установи по несъмнен, безспорен, категоричен начин, че са нарушени установените стандарти на добрата медицинска практика, че извършените оперативните намеси са довели до изживените от ищцата болки и страдания.

По отношение на противоправното поведение на ответника – УМБАЛ „Св. Екатерина“ ЕАД, за което се твърди, че е довело до настъпване на вредата, следва да се разгледа дали същото отговаря на посочените изисквания, чрез прилагане на утвърдените от медицинската наука методи и технологии, общоустановените методи за диагностика и лечение, критерии за качество /чл.80 ЗЗ/, медицински стандарти /чл.6, ал.1 ЗЛЗ/, добрата медицинска практика. От обсъдените заключения по съдебно-медицинските експертизи, конкретно заключението, изготвено от д-р Д. М. – **специалист по вътрешни болести и кардиология**, се установява, че служителите на ответника са спазили медицинските стандарти за извършване на лечението, че са извършили всичко, съобразно възможностите си и добрата медицинска практика, като медицинските манипулации са извършени правилно и не са били противопоказни. В подкрепа на горния извод са и свидетелските показания на двамата лекари. От показанията на д-р Х. В., която е приела въззивника на 4 юни 2012 г. в ответната болница, се установява, че има практика пациентът да бъде разпитан с оглед снемане на анамнеза за евентуално сърдечно заболяване. След снемане на анамнезата задължително се прави кардиограма, или ехокардиографско изследване. При наличие на предпоставки за извършване на коронарография се пристъпва към изготвяне на документалната част. Разяснявало се на пациента какво и защо му се прави, като му се обясняват най-честите рискови фактори като усложнения. Сочи, че за всички пациенти прави това, защото в този кабинет има протокол, по който се работи. В случая, съобразно оплакванията на пациента и резултата от ехокардиографията на същия е препоръчано изследване чрез коронарография при спазване на протокола и изискванията на Закона за здравето, което да даде по-ясна картина за здравословното му състояние.

Доколкото от събраните писмени доказателства и приетите заключения по съдебно-медицинска експертиза се установява, че въззивникът е подписал „Протокол информация за пациента за извършване на инвазивно изследване“, в който е посочено какво съдържа инвазивното изследване, как се провежда, каква анестезия се използва, какъв контраст, какви усложнения могат да настъпят, какви решения могат да се вземат по време на изследването, то следва че липсва нарушение на разпоредбата на чл. 89, ал. 1 ЗЗ. Ето защо оплакванията във въззивната жалба, че ответното дружество не е информирало пациента относно риска за здравето му при провеждане на коронарографията са изцяло неоснователни.

Възраженията, че пациентът не е имал оплаквания, които да налагат провеждане на инвазивно изследване – коронарография са неоснователни, тъй като от заключението на вещото лице д-р Г. – инвазивен кардиолог, се установява, че са съществували индикации за провеждане на коронарография на този пациент. Това е така, доколкото **ищецът се е презентирал с остър коронарен синдром - типични оплаквания, описани в анамнезата,**

с начало от 2 седмици. Вещото лице е пояснило, че острият коронарен синдром най-често се дължи на усложнена, нестабилна плака, най-често с тромбоза върху нея, в артериите на сърцето, което води до нарушено кръвоснабдяване в определена зона.

Поради това, че пациентът е бил „високорисков“ предвид наличието на множество рискови фактори - хипертония, дислипидемия (нарушения в обмяната на липидите), захарен диабет с дългогодишна давност, тютюнопушене, е насочен към изследване чрез коронарография.

Освен това са регистрирани и динамични ЕКГ промени, които се асоциират с този синдром и поставят болния в групата с висок риск. Настоящият съдебен състав намира за установено по делото, че към момента на постъпването си в болницата ищецът е имал симптоми, оценени като висок риск и индицирани за инвазивно изследване на коронарните артерии- коронарография.

На следващо място, въз основа на приетите експертни заключения по съдебно-медицинска експертиза не се установява нарушение и при извършеното инвазивно изследване на коронарните артерии. Съобразно заключението на инвазивния кардиолог липсва причинно-следствена връзка между извършената коронарография в ответната болница и настъпилите впоследствие промени в здравословното състояние на ищеца. В подкрепа на казаното е фактът, че при самата процедура са използвани антикоагуланти (хепарин - медикамент, намаляващ съсирваемостта на кръвта и против образуването на тромби) за профилактика на тромбоза на радиалната артерия. Вещото лице съдов хирург е обосновало извод, че най-вероятният механизъм на поява на тромбоза при ищеца е едно хронично- прогресиращо заболяване, без остро начало на емболията. В подкрепа на това вещото лице се е позовало на обстоятелството, че в двуседмичния срок след който ищецът е потърсил специализирана помощ състоянието на десния му крак все още било витално, референтните стойности на СРК /креатинфосфокиназа/ при хоспитализацията му от 21.06.2012 г., което сочи за едно хронично-прогресиращо, но не и за остро настъпило състояние. С оглед изложеното, неоснователни се явяват оплакванията на жалбоподателя за това, че експертните заключения са базирани на предположения, напротив въззивната инстанция цени същите като компетентно изготвени, относими и категорични в изводите си.

Доводите, развити във въззивната жалба за наличие на „субординационни отношения“ между две от вещите лица, поради това че работят в една и съща болница, което обстоятелство е оказало влияние върху заключенията по изготвените експертизи, са неоснователни. Това е така, защото единият лекар е специалист по вътрешни болести и кардиология, а другият лекар е инвазивен кардиолог, следователно двете заключения установяват различни факти по делото и няма логика за взаимното им влияние. Освен това, цитираната съдебна практика от жалбоподателя е относима към хипотеза, в която е била налице родствена връзка между вещото лице по делото и процесуалният представител на ищеца, каквато хипотеза в настоящото производство липсва.

Въз основа на обсъдения доказателствен материал се установява, че липсва противоправно деяние и че не е налице причинно-следствена връзка между действията на лекарите от УМБАЛ „Св. Екатерина“ ЕАД с настъпилата тромбоза на долен крайник на ищеца. Същата

не се предполага и трябва да бъде доказана /така решение №267/31.03.2009г. на ВКС по гр.д. № 5334/2007г., IV ГО, ГК и решение № 9 243/10.05.06.2011г. на ВКС по гр.д.№ 1398/2010г., III ГО, ГК./

Доколкото ищецът, чиято е доказателствената тежест, не е доказал наличието на противоправно поведение и причинна връзка между него и настъпилите вреди за същия, то правилно първостепенният съд е отхвърлил исковите претенции по чл.49 вр. с чл.45 ЗЗД за заплащане на обезщетение за имуществени и неимуществени вреди като неоснователни.

Ето защо въззивната жалба следва да бъде оставена без уважение, а първоинстанционното решение потвърдено като правилно.

По частната жалба:

Настоящият съдебен състав намира същата за допустима, но разгледана по същество за неоснователна. Съобразно изхода на спора на основание чл. 78, ал. 3 ГПК ищецът е бил осъден да заплати съдебни разноски пред първата инстанция. Видно от книжата по делото възражение по чл. 78, ал. 5 ГПК за прекомерност на адвокатското възнаграждение е постъпило от ищеца едва с молбата по чл. 248, ал. 1 ГПК, респективно след приключване на устните състезания. Предвид изложеното правилно първоинстанционният съд е оставил без уважение молбата на ищеца по чл. 248 ГПК за изменение на решението в частта за разноските.

С оглед изхода на спора на основание чл. 78, ал. 3 ГПК разноски се следват на въззиваемата страна, като съобразно представения списък на разноските по чл. 80 ГПК и ангажираните писмени доказателства такива се реализирани в размер на 15 000 лева. С молба вх. № 20978/07.10.2022 г., депозирана преди провеждане на открито съдебно заседание пред настоящата инстанция, процесуалният представител на въззивника – адв. С. Н., е релевирал възражение за прекомерност на претендираните от въззиваемата страна разноски за адвокатско възнаграждение. Възражението по чл. 78, ал. 5 ГПК е направено своевременно, като се иска адвокатското възнаграждение да бъде редуцирано до минималното такова по Наредба № 1/2004 г. на Висшия адвокатски съвет (в редакцията ѝ към 10.10.2022 г.). Съдът намира направеното възражение за прекомерност на адвокатското възнаграждение за основателно, тъй като във въззивното производство не са събрани нови доказателства и е проведено едно открито съдебно заседание, поради което на въззиваемата страна следва да се присъдят разноски за адвокатско възнаграждение в минимален размер съобразно НМРАВ, а именно сумата от 7 708,96 лева.

Водим от горното, съдът

РЕШИ:

ПОТВЪРЖДАВА решение № 262212/05.04.2021 г. и определение № 260631/28.01.2022 г. по гр.д. № 7074/2017 г. на СГС, I-7 състав.

ОСЪЖДА Г. Г. К., ЕГН *****, с адрес: с. ***, ул. „***“ № ***, общ. *** да заплати на основание чл. 78, ал. 3 от ГПК на УМБАЛ „Проф. д-р Александър Чирков“ ЕАД, ЕИК: 831605845, (с предишно наименование УМБАЛ „Св. Екатерина“ ЕАД), със седалище и адрес на управление: гр. София, бул. „Пенчо Славйков“ № 52А сумата от 7 708,96 лева /седем хиляди седемстотин и осем лева и 96 ст./, представляващи разноски за адвокатско възнаграждение пред въззивната инстанция.

Решението е постановено при участието на третото лице-помагач на страната на ответника - „Алианц България“ АД, ЕИК: 04063806.

Решението може да се обжалва пред ВКС на РБългария в едномесечен срок от връчването му на страните.

Председател: _____

Членове:

1. _____

2. _____