

РЕШЕНИЕ

№ 86

гр. Плевен, 02.03.2023 г.

В ИМЕТО НА НАРОДА

ОКРЪЖЕН СЪД – ПЛЕВЕН в публично заседание на седми февруари през две хиляди двадесет и трета година в следния състав:

Председател: ТАТЯ. Г. БЕТОВА

при участието на секретаря М. ИВ. И.
като разгледа докладваното от ТАТЯ. Г. БЕТОВА Гражданско дело № 20224400100154 по описа за 2022 година

Делото е образувано пред Плевенски ОС след изпращането му по подсъдност от Софийски градски съд, по искова молба, подадена от А. М. С. от гр.К., Плевенска област, чрез пълномощника му адв.Т. П. от САК, с която е предявен иск с правно основание чл.49 вр. чл.45 и чл.52 от ЗЗД за присъждане/солидарно/ на обезщетение в размер на 150 000лв., против „Медицински център ЕВРИКА 2010“ООД гр.Плевен, представлявано от управителите Н. К. П. и Н. К. П. и на основание чл.45 и чл.52 от ЗЗД против д-р К. Н. П., за неимуществени вреди причинени от смъртта на детето на ищеца М. А. С., вследствие на виновно противоправно поведение на консултиращия и проследяващ бременността на майката на детето Т. Г. П. лекар д-р К. Н. П. в „Медицински център Еврика 2010" ООД, за нарушение на задължения по закон и на медицинския стандарт „Акушерство и гинекология"; за пропуск да се диагностицира по време на бременността на налична вродена хромозомна генетична малформация Тризомия 8, т.нар. Т8М или Warkany синдром - генетичен синдром, свързан с високостепенен мозаицизъм у плода и неинформиране на родителите своевременно/по време на бременността/, за лишаването им от правото да изберат дали да бъде направен аборт с оглед наличието на увреден плод или да вземат решение за продължаване на бременността, в резултат на което, бебето се е родило с посочената хромозомна генетична малформация, която е довела до полиорганна недостатъчност и смърт на детето на 18.08.2020г. Сумата се претендира солидарно от двамата ответници, ведно със законната лихва считано от смърт на детето на 18.08.2020г. до окончателното ☐ изплащане. Претендира се присъждането на основание чл.38, ал.2, вр. ал.1, т.2 от Закона за адвокатурата, на адвокатско възнаграждение на адв. Т. П. за осъщественото от него безплатно процесуално представителство и защита, съобразно вида и броя на предявените искове, за всеки един от тях поотделно.

Искова молба с идентично съдържание е предявена и от майката на детето Т. Г. П. от гр.К., Плевенска област, чрез пълномощника ѝ адв.Т. П. от САК, против „Медицински център ЕВРИКА 2010“ООД гр.Плевен, представлявано от управителите Н. К. П. и Н. К. П. и против д-р К. Н. П., за солидарно заплащане на сумата 150 000лв., за посочените по-горе неимуществени вреди, на посочените основания.По нея е образувано отделно гр.дело № 11514/21г. по описа на СГС, което след прекратяването му от този съд, е изпратено по подсъдност на Плевенски ОС и образувано под № 570/2022г., а впоследствие с протоколно определение от 01.11.2022г. - съединено с настоящото, на основание чл.213 ГПК, за постановяване на общо решение по двете искиви молби.

В исковите молби, с идентично съдържание, обединени в едно производство се твърди, че ищецът А. М. С. и Т. Г. П. живеят на семейни начала, от което съжителство Т. П. забременяла през 2015г. И двамата избрали д-р К. П. за проследяващ акушер - гинеколог, който да наблюдава активно бременността на П., както и да извърши женски консултации в „Медицински център Еврика 2010“ООД, находящ се в гр. Плевен, „ул. Георги Кочев“ № 14, който център извършва специализирана извънболнична медицинска помощ, съгласно чл. 11 от ЗЛЗ. Ищите твърдят, че Центърът е оборудван с апаратура, обезпечаваща пълния обем на амбулаторна диагностика в акушерството и гинекологията, с ултразвукова техника от най-висок клас. Твърдят, че д-р П. е дългогодишен специалист акушер – гинеколог, с над 25 годишна практика.

В исковата молба се твърди също, че към момента на установяване на бременността на Т. П. от д-р К. П., тя е била на 37 години и 10месеца. Провеждала е ежемесечни консултации и прегледи при д-р П. в Медицинския център, който е посещавала придружавана от ищеца.Извършвани били стандартните общи прегледи на бременната, като през цялото време д-р К. П. уверявал бъдещите родители, че всичко с бременността върви нормално и че детето се развива добре; че не е налице нищо притеснително в развитието на плода и че бебето е здраво. При извършването на прегледите, д-р П. не е извършил по-детайлни и задълбочени прегледи, предвид възрастта на бременната, в т.ч. фетална морфология. Ищите твърдят, че д-р П. не е направил нито амниоцентеза, нито каквото и да било генетично изследване или консултация с генетик, въпреки предходните два спонтанни аборта на пациентката. Поради това считат, че бременността на Т. П. е била рискова, а проследяващият я лекар не е положил необходимата и задължителна грижа за изследване, проверяване за наличие на вродени малформации и аномалии у плода и диагностицирането им.

В исковата молба се твърди още, че детето М. А. С. се е родило чрез цезарово сечение (секцио) на 13.05.2016г., в „УМБАЛ д-р Георги Странски" - гр. Плевен, в 37 гестационна седмица, с тежка симетрична интраутеринна растежна рестрикция, с малко за гестационната си възраст тегло/едва 1670 гр./ и ръст 43 см. Наложило се е да остане в болницата до 21.06.2016г., тъй като е било с неефективно дишане, в отпуснато състояние, с намален тонус, в бледовато състояние, термолабилно, с ниско разположени ушни миди. Още от раждането му са били описани малформативни стигми, насочващи лекарите към диагноза

хромозомна аберация (отклонение от нормалния брой или морфология на хромозомите), но ранното кръвопреливане е отложило цитогенетичното изследване за по-късен етап. В епикризата, изд. от „УМБАЛ Д-р Георги Странски“ ЕАД, при изписването на 21.06.2016г. е посочено, че теоретично пълната форма на тази аномалия е несъвместима с живота в един бъдещ момент.

Твърди се, че на 24.06.2016г. в „УМБАЛ д-р Георги Странски“ - гр. Плевен, е извършена генетична консултация при МДЛ по медицинска генетика с доц. доктор, К. К. д.м. и биолога П. Х., които дават заключение, че при М. А. С. е налице вродена хромозомна аномалия - тризомия 8, високостепенна мозайка 90%. Това е генетична хромозомна малформация, която според ишците, ответникът д-р П. е пропуснал да диагностицира и да установи по време на следенето на бременността в ответния Медицински център. Твърдят още, че през следващите 4 години, след поставяне на диагнозата, като родители на детето са предприели борба за живота на М., като постоянно се е налагало детето да бъде хоспитализирано в болници, поради често влошаване на състоянието му.

На 27.10.2016г. с експертно решение на ТЕЛК към УМБАЛ д-р Георги Странски -гр. Плевен., детето е освидетелствано и е констатирана 55% вид и степен на увреждане с чужда помощ. Следват нови хоспитализации в „УМБАЛ д-р Георги Странски и в СБАЛД „Проф. д-р Иван Митев“ ЕАД - гр. София, в Клиниката по педиатрия за лечение на ендокринологични и генетични заболявания, където изготвената кариограмата показала, че е налице патологично небалансиран женски кариотип с допълнителна хр.8 и цитогенетични данни за повишена несистемна нестабилност на хромозомите. В документацията е посочено, че в митозите се установяват единични аберации. Налице били данни за Т-клетъчен имунен дефицит. Констатирано е било, че при детето се наблюдава имунен дефицит, най-вероятно в контекста на хромозомната патология.

Ишците твърдят, че на 29.06.2017г. в клиниката по клинична имунология в УМБАЛ „Александровска“ - гр. София е извършено изследване, касаещо клетъчната популация, като проф. д-р. Е. Н. дава заключение, че е налице значително понижени общи Т-лимфоцити и техните основни субпопулации. Нарушено имунобиологично равновесие. Повишени по процент В-лимфоцити, понижени НК клетки. Налице са и данни за изразен Т-клетъчен дефицит в комбинация с хипогамаглобулинемия. В периода от 25.07.2017г. до 04.08.2017г. детето отново е хоспитализирано в СБАЛД „Проф. д-р Иван Митев“ ЕАД - гр. София. В периода от 21.08.2017г. до 23.08.2017г. детето е хоспитализирано в „УМБАЛ Царица Йоана - ИСУЛ“ ЕАД - гр. София. Извършена му е миелограма, от което изследване се допуска съмнение миелодисплазийния синдром да е вследствие на тризомия 8. В периода от 16.09.2017г. до 20.09.2017г. детето е хоспитализирано в „УМБАЛ Царица Йоана - ИСУЛ“ ЕАД - гр.София. Констатирани са и умереното изоставане в нервно-психическото развитие, имунен дефицит.Поради мнението на генетиците, че при М. А. С. е налице вродена аномалия - тризомия 8, на 03.10.2017г. е извършено окончателно цитогенетично изследване № 210/2017г., в лаборатория „Цитогенетика“ в „СБАЛДБ Проф. д-р Иван Митев“ ЕАД - гр. София, резултатът от което е показал, че във всички изследвани митози се установява

Тризомия 8 - 100%, а заключението е, че е налице патологичен небалансиран женски кариотип с допълнителна хр.8 и цитогенетични данни за повишена несистемна нестабилност на хромозомите. На 24.11.2017г., с експертно решение № ***/196 на ТЕЛК към „УМБАЛ д-р Георги Странски-Плевен., детето е преосвидетелствано и е констатирано 95% вид и степен на увреждане с чужда помощ. За периода от 19.01.2018г. до 23.01.2018г. детето отново е хоспитализирано в „УМБАЛ д-р Георги Странски" - гр. Плевен.

В исковата молба се твърди и това, че през периода от 10.02.2018г. до 06.03.2018г. детето отново е хоспитализирано в „УМБАЛ д-р Георги Странски" - гр. Плевен, а след това през периода от 18.06.2018г. до 23.06.2018г. и отново през периода от 22.05.2019г. до 31.05.2019г., когато е било поставено под кислород и е била овладя. дихателна недостатъчност. За периода от 05.07.2019г. до 12.07.2019г. детето отново е хоспитализирано в „УМБАЛ д-р Георги Странски" - гр. Плевен, както и през периода от 16.09.2019г. до 21.09.2019г. Последвали нови хоспитализации за периода от 27.10.2019г. до 02.11.2019г.; за периода от 01.02.2020г. до 07.02.2020г.; за периода от 26.02.2020г. до 02.03.2020г.; за периода от 25.03.2020г. до 27.03.2020г.; за периода от 28.05.2020г. до 31.05.2020г.; за периода от 18.06.2020г. до 23.06.2020г., като при последната хоспитализация Д-р К. (хематолог) заявяла, че се касае за дете с високобройна тризомия 8,98% от клетъчния набор, установено в ранна кърмаческа възраст и препоръчва да бъде извършена нова консултация в Детска онкохематологична клиника, гр. София за преценка на еволюцията на Миелодиспластичния синдром и уточняване на терапевтичното поведение. Ищеците твърдят, че на 20.07.2020г. детето им М. С. постъпва в „УМБАЛ Царица Йоанна -Исул" ЕАД - гр. София, в Клиниката по детска клинична хематология и онкология. На 18.08.2020г. в гр. София, детето умира в същата болница. Потвърдена е следната диагноза: Вродена Тризомия 8 и тризомия 21 синдром (т.нар. Т8М или Warkany синдром) - генетичен синдром, свързан с високостепенен (над 90%) мозаицизъм 47, XX, +8, комбиниран с 2-ра тризомия - комбинирана анеуплоидия. Хепаторенален синдром - полиорганна недостатъчност.

Въз основа на изложените факти и обстоятелства, се прави извода, че при лечението на Т. П. е допусната лекарска грешка, която е възникнала при неизпълнение на професионалните задължения на лекар-при недиагностициране на заболяване и поставянето на неправилна диагноза, което се намира в противоречие с утвърдените от медицинската наука и практика методи и технологии, с медицинските стандарти, с основните принципи на правото на медицинска помощ - своевременно, достатъчност и качество на медицинската помощ, в резултат на което е причинено увреждане. Ищите се позовават на действалия в периода на проследяването на бременността на Т. П. (2015-2016г.) Медицински стандарт „Акушерство и гинекология", приет с Наредба №* от 22.12.2014г. за утвърждаване на медицински стандарт „Акушерство и гинекология" (Обн., ДВ, бр. 106 от 23.12.2014г.). Позовават се и на разпоредбата на чл.81 ал.2 от 33 и на Етичния кодекс, приет от съсловната организация на лекарите - Българския лекарски съюз.

Ищите считат, че са налице законовите предпоставки за ангажиране на солидарната отговорност на ответниците за медицински деликт. Считат, че е осъществено

противоправно деяние от д-р П., намиращо проявление в следното: 1. Нарушение на чл. 81, ал. 2, т. 1 от Закона за здравето, чрез неосигуряване на дължима своевременно, достатъчна и качествена медицинска помощ, неполагане на дължимата грижа при проследяване на бременността на Т. П., неустановяване на вродената генетична хромозомна малформацията у плода, въпреки наличието на съвременна медицинска техника и апаратура в Медицинския център, вследствие на което бебето се е родило и било обречено да живее само няколко години, които да прекара през няколко месеца в болницата. Чрез пропусъкът да диагностицира генетична хромозомна малформацията - Вродена Тризомия 8, д-р П. е лишил родителите от правото им на избор дали да бъде направен аборт или да изискат информация относно съществуващите възможности за лечение на плода, или да поемат риска и да продължат бременността, като считат, че пренатално е могло да се диагностицира такъв тип малформация. Считат, че в конкретния случай, извършването на фетална морфология е било задължително, но не е направено от д-р П., което е проява на груба небрежност от страна на лекаря. Той не е потърсил консултация със свои колеги и други специалисти, въпреки че бременността е била патологична, а Т. П. - преживяла два спонтанни аборта преди това, което считат за проява на самонадеяност; 2. Нарушение на медицинския стандарт „Акушерство и гинекология“, приет с Наредба №* от 22.12.2014г., Дял VI, т. 4 от Глава XX „Проследяване на бременност с повишен риск (рискова бременност)“. Позовават се на т. 4.2. глава XX, дял VI от Наредбата, в която са посочени фактори, които определят повишен риск за бременността и налагат разширяване на алгоритъма за проследяване на нормалната бременност.

Ищците считат, че противоправното деяние се характеризира с бездействието на д-р П. да разшири алгоритъма за проследяване на бременността, когато е бил длъжен да го направи. Не е спазил нормираното в медицинския стандарт поведение, което се квалифицира като груба небрежност - увреждането е било установимо преди раждането, с оглед развитието на медицинската техника, стига да се положат необходимите усилия за това с цел своевременно прекъсване на бременността с най-малък риск за жената. Считат, че с бездействието си ответникът е нарушил принципа на адекватните очаквания, като не е осъществил медицинската си дейност, съобразно с медицинските стандарти и закона. Ищците се позовават и на нарушение на Кодекса за професионална етика на лекарите в България, като твърдят, че лекарят не се е придържал и към ценностите, присъщи за лекарската професия, посочени в чл. 2, т. 1 и т. 3 от Кодекса за професионална етика на лекарите в България, а именно: професионална компетентност, отговорност и добросъвестност. Нарушил е и чл. 35 от Кодекса за професионална етика на лекарите в България, съгласно който, лекарят е длъжен да потърси консултация от друг лекар или лекари, когато състоянието или заболяването на пациента налага това.

По отношение на причинените с деянието неимушществени вреди се излага следното : От смъртта на М. на 4 годишна възраст, са настъпили значителни неимушществени вреди, като вследствие на загубата на своята първа и единствена рожба, родителите са изпълнени с огромна мъка и скръб. Потънали са в дълбоко страдание и са безутешни и към

настоящия момент. Загубили са интерес към живота, като смятат, че душевните болки и страдания от начина, по който е починало детето, ще ги съпътстват до края на дните им. През тези 4 години, през които детето е било почти постоянно в болниците и се е борело за живота си, родителите са успели да изградят толкова силна връзка с него, че загубата му ги е съсипала. Усещането, че не могат да помогнат на малкото си дете ги е „убивало“ всеки ден. След смъртта му ишците са изпаднали в депресивно състояние и твърдят, че вече не могат да живеят пълноценно. Не желаят да се срещат с хора и да вършат каквото и да било. Отказали са се от възможността да имат други деца от страх трагедията да не се повтори. Всеки ден живеят със спомена от смъртта на детето си и плачат за него. Често ходят на гроба на дъщеря си и прекарват много време там. Снали са раздразнителни, приемат успокоителни лекарства и посещават психолог. Вече повече от една година и двамата страдат от безсъние, а когато успяват да спят се появяват чести кошмари, в които преживяват смъртта на рожбата си отново и отново. Начинът им на живот се е променил – затворили са се в себе си и в спомените за детето си, станали са апатични към всичко друго.

Ишците считат, че причинените им вреди са пряка и непосредствена последица от увреждането извършено с противоправните действия, респективно - с бездействието на д-р П.. Сочат като основание за виновността на доктора чл. 45, ал.2 от ЗЗД, съгласно който във всички случаи на непозволено увреждане, вината се предполага до доказване на противното. По отношение на отговорността на „Медицински център Еврика 2010“ ООД е изтъкнато, че са налице предпоставки за ангажиране на отговорността по чл. 49 ЗЗД на възложителя на работата, която отговорност е солидарна и е за чужди виновни действия, тъй като д-р П. е упражнявал и упражнява към момента професията си в „Медицински център Еврика 2010“ ООД, с който център е бил във валидни гражданскоправни и/или трудовоправни отношения.

Към исковата молба са приложени следните писмени доказателства : Писмен документ за ултразвуково изследване, проведено от д-р К. П., издаден от „Медицински център Еврика 2010“ - 29.09.2015г.; Писмен документ за ултразвуково изследване, проведено от д-р К. П., издаден от „Медицински център Еврика 2010“ - 24.03.2015г.; Писмен документ за ултразвуково изследване, проведено от д-р К. П., издаден от „Медицински център Еврика 2010“ - 11.06.2015г.; Удостоверение за раждане на М. А. С.; Удостоверение за наследници на М. А. С.; Актуално състояние на „Медицински център Еврика 2010“ ООД; Дружествен договор на „Медицински център Еврика 2010“ ООД; Амбулаторен лист № *** на Т. Г. П., издаден на 29.09.2015г.; Амбулаторен лист № *** на Т. Г. П., издаден на 12.11.2015г.; Амбулаторен лист № *** на Т. Г. П., издаден на 08.12.2015г.; Амбулаторен лист № *** на Т. Г. П., издаден на 05.01.2016г.; Амбулаторен лист № *** на Т. Г. П., издаден на 05.02.2016г.; Амбулаторен лист № *** на Т. Г. П., издаден на 08.04.2016г.; Епикриза на Т. Г. П., издадена от „УМБАЛ - Д-р Георги Странски“ ЕАД - гр. Плевен; Епикриза на М. А. С., издадена от „УМБАЛ - Д-р Георги Странски“ ЕАД - гр. Плевен, 03.06.2016г.; Епикриза на М. А. С., издадена от „УМБАЛ - Д-р Георги Странски“ ЕАД - гр. Плевен,

08.06.2016г.;Епикриза на М. А. С., издадена от „УМБАЛ Д-р Георги Странски" ЕАД-гр. Плевен, 21.06.2016г.;Заключение от генетична консултация на М. С., издадено от „УМБАЛ - Д-р Георги Странски"ЕАД - гр. Плевен - 24.06.2016г.;Епикриза на М. А. С., издадена от Клиника по педиатрия при „УМБАЛ - Д-р Георги Странски" ЕАД- гр. Плевен - 23.07.2016г.;Епикриза на М. А. С., издадена от Клиника по педиатрия при „УМБАЛ - Д-р Георги Странски" ЕАД - гр. Плевен - 19.08.2016г.;Епикриза на М. А. С., издадена от Клиника по педиатрия при „УМБАЛ - Д-р Георги Странски" ЕАД- гр. Плевен - 09.09.2016г.;Експертно решение № 3259 от 179/ 27.10.2016г. на ТЕЛК при УМБАЛ „д-р Георги Странски" ЕАД - гр. Плевен;Епикриза на М. А. С., издадена от Клиника по педиатрия при „УМБАЛ - Д-р Георги Странски" ЕАД - гр. Плевен - 06.01.2017г.;Епикриза на М. А. С., издадена от Клиника по педиатрия при „УМБАЛ - Д-р Георги Странски" ЕАД - гр. Плевен - 09.06.2017г.;Епикриза на М. А. С., издадена от Клиника по педиатрия при „УМБАЛ - Д-р Георги Странски" ЕАД- гр. Плевен - 26.06.2017г.;Извършено изследване в Клиника по клинична имунология на УМБАЛ „Александровска" - 29.06.2017г.;Епикриза на М. А. С., издадена от Клиника по педиатрия за лечение на ендокринологични и генетични заболявания на СБАЛДБ „Проф. д-р Иван Митев"ЕАД - София - 05.07.2017г.;Епикриза на М. А. С., издадена от Клиника по пулмология и интензивно отделение на СБАЛДБ „Проф. д-р Иван Митев"ЕАД - София - 02.08.2017г.;Епикриза на М. А. С., издадена от Клиника по пулмология и интензивно отделение на СБАЛДБ „Проф. д-р Иван Митев"ЕАД - София - 04.08.2017г.;Епикриза на М. А. С., издадена от Клиника по детска клинична хематология и онкология на УМБАЛ „Царица Йоанна - ИСУЛ" ЕАД -23.08.2017г.;Епикриза на М. А. С., издадена от Клиника по детска клинична хематология и онкология на УМБАЛ „Царица Йоанна - ИСУЛ" ЕАД -20.09.2017г.; Цитогенетично изследване № 210/2017г., на М. А. С. от цитогенетик д-р И. Бонева, лаборатория „Цитогенетика" в СБАЛДБ Проф. д-р Иван Митев ЕАД- гр. София от 03.10.2017г.;Заключение от генетична консултация на Т. Г. П. и А. Миленов С. от 10.10.2017г.;Експертно решение № *** от 196/ 24.11.2017г. на ТЕЛК при УМБАЛ „д-р Георги Странски" ЕАДгр. Плевен; Епикриза на М. А. С.', издадена от Клиника по педиатрия при „УМБАЛ - Д-р Георги Странски" ЕАД - гр. Плевен - 23.01.2018г.;Епикриза на М. А. С., издадена от Клиника по педиатрия при „УМБАЛ - Д-р Георги Странски" ЕАД - гр. Плевен - 06.03.2018г.;Епикриза на М. А. С., издадена от Клиника по педиатрия при „УМБАЛ - Д-р Георги Странски" ЕАД - гр. Плевен - 23.06.2018г.;Амбулаторен лист № *** от 18.02.2018г. на М. С., издаден от д-р БорЯ. Парашкевова;Епикриза на М. А. С., издадена от Клиника по педиатрия при „УМБАЛ - Д-р Георги Странски" ЕАД - гр. Плевен - 31.05.2019г.;Епикриза на М. А. С., издадена от Клиника по педиатрия при „УМБАЛ - Д-р Георги Странски" ЕАД - гр. Плевен - 12.07.2019г.;Епикриза на М. А. С., издадена от Клиника по педиатрия при „УМБАЛ - Д-р Георги Странски" ЕАД - гр. Плевен - 21.09.2019г.;Епикриза на М. А. С., издадена от Клиника по педиатрия при „УМБАЛ - Д-р Георги Странски" ЕАД - гр. Плевен - 02.11.2019г.;Епикриза на М. А. С., издадена от Клиника по педиатрия при „УМБАЛ - Д-р Георги Странски" ЕАД - гр. Плевен - 07.02.2020г.;Епикриза на М. А. С., издадена от Клиника по педиатрия при „УМБАЛ - Д-р Георги Странски" ЕАД - гр. Плевен - 02.03.2020г.;Епикриза на М. А. С., издадена от

Клиника по педиатрия при „УМБАЛ - Д-р Георги Странски" ЕАД - гр. Плевен - 27.03.2020г.;Епикриза на М. А. С., издадена от Клиника по педиатрия при „УМБАЛ - Д-р Георги Странски" ЕАД - гр. Плевен - 31.05.2020г.;Епикриза на М. А. С., издадена от Клиника по педиатрия при „УМБАЛ - Д-р Георги Странски" ЕАД - гр. Плевен - 23.06.2020г.;Епикриза на М. А. С., издадена от УМБАЛ „Царица Йоанна -ИСУЛ" ЕАД- гр. София - 18.08.2020г.

В срока по чл. 131 ал. 1 ГПК е постъпил писмен отговор от ответниците „МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР ЕВРИКА 2010" ООД, с ЕИК ***, със седалище и адрес на управление:гр.Плевен, ул."Георги Кочев"№14, ет.1, представлявано от Д-р Н. К. П. и от Д-р К. Н. П., с УИН ***, чрез пълномощникът им адв. Т. Г. от АК-Плевен, в който се излага становище, че исковата претенция по чл.45 вр. чл.49 от ЗЗД е допустима, но неоснователна, поради което молят съда да я отхвърли изцяло и да им присъди направените по делото разноски. По отношение на обстоятелствата, на които се основава иска е заявено следното: Липсва пряка и непрекъсната причинно-следствена връзка между твърдяното в исковата молба противоправно поведение на ответника д-р П. и настъпилите неимуществени вреди. Не са налице нарушения на медицинския стандарт, не са допуснати грешки, нито пропуски, опущение в медицинската помощ нито поради некомпетентност/чрез действие, бездействие/ и не е проявена небрежност. Ответниците са противопоставили твърдението, че съгл. приложеното ултразвуково изследване от 24.03.2015г., на ищцата Т. П. е била установена „Kysta ov dex", с размери 43/35, а с ултразвуково изследване от 11.06.2015г. - Kysta ov sin", с размери 39/45. Тези две ултразвукови изследвания установяват, че Т. П. успява да забременее благодарение на усилията на специалистите в „Медицински център Еврика 2010" ООД, гр.Плевен след назначена консервативна терапия и резорбция на кистозна формация на яйчниците.

Ответниците не оспорват обстоятелството, че д-р К. П., през процесния период поради дългогодишния си опит и допълнителна квалификация по „Ехографска диагностика" е работил като лекар-консултант в „Медицински център Еврика 2010" ООД. Съгласно приложените с ИМ писмени доказателства – амбулаторни листове, бременността на Т. П., е била проследявана в „Медицински център Еврика 2010" ООД, като се признава, че през периода на бременността е действал Медицински стандарт "Акушерство и гинекология", утвърден с НАРЕДБА №19 от 22.12.2014г., изд. от Министъра на здравеопазването, обн., ДВ, бр. 106 от 23.12.2014г. и относими към случая са разпоредбите на дял шести - „Изисквания към медицински дейности в специалността "Акушерство и гинекология", глава двадесета – „Диагноза и проследяване на бременността“. Признават, че Т. П. е била на 38 години и е имала прекарани два предходни спонтанни аборта, което задължително е налагало не само съгласно медицинския стандарт, а по силата на добрата медицинска практика извършването на две допълнителни ехографии и серумен скрининг за алфа-фетопротейн и бета-ЧХГ (15-а и 19-а г.с). Именно поради това от „Медицински център Еврика 2010" ООД, гр.Плевен е било предложено извършването на биохимичен скрининг, в 18 г.с. (гестационна седмица). От резултатите на извършеното изследване от 30.12.2015г. на

Медико-диагностична лаборатория „РАМУС“ е установено, че пациентката е с нисък риск за социално значими хромозомни аномалии. По тази причина, не и е препоръчана „амниоцентеза“, която е инвазивна и рискова процедура и съществува възможност за увреда на плода, поради това, че в този срок на бременността плода е много подвижен.

В отговора се изтъква още, че съгласно т.4.2.1.1. на приложимия Медицински стандарт "Акушерство и гинекология", при позитивен скрининг се наначава генетична консултация, биопсия на хориални въси или амниоцентеза. Признава се, че установяването на хромозомни аномалии (като синдром на Даун, Едуардс, Патау, Варкани и др.) на определен етап от бременността дава на бъдещите родители необходимата информираност. В случая, обаче, биохимичния скрининг от социално-значими, чести хромозомни аномалии на пациентката Т.П. не е бил позитивен, тъй като резултата от него е показвал, че пациентката е с нисък риск за социално значими хромозомни аномалии, поради което не се е налагало извършването на амниоцентеза. Ответниците считат, че индикацията за Амниоцентеза има само когато биохимичният скрининг даде резултат „висок риск“.

В отговора се твърди още, че в „Медицински център Еврика 2010“ ООД, гр.Плевен, са положили дължимата грижа, назначавайки извършването на три допълнителни акушерски ехографии, включително и серумен скрийнинг за алфа-фетопротеин и бета-ЧХГ (15-а - 19-а г.с), който е включен в биохимичния скрийнинг. Твърди се, че установеното след раждането на детето генетично заболяване „ТРИЗОМИЯ 8“, синдром на «Warkany» е изключително рядка и трудно установима вродена хромозомна аномалия на плода 1:25 000 - 1:50 000. Поради голямата рядкост на това заболяване, то и не е включено в пакета на «Биохимичен скрининг». Ответниците считат, че с фетална морфология не би било установено, тъй като при него няма класически ехографски признаци. Считат също, че откриването на Тризомия 8, не е медицинска индикация за прекъсване на бременността, тъй като тази аномалия има различно клинично протичане и различна проява в отделните случаи и че пълната диагноза на „ТРИЗОМИЯ 8“, синдром на «Warkany», се установява чак след раждането, с т.нар. „мозаицизъм“, когато се установява колко клетки са увредени.

Ответниците оспорват твърдението в ИМ, че чрез пропусъкът да диагностицира генетичната хромозомна малформация родителите на детето са лишени от правото им на избор дали майката да направи аборт или да го роди, тъй като пренатално не е могло да се диагностицира този тип аномалия. Като евентуално, при положение че съдът приеме исквете за основателни и доказани, ответниците правят възражение по чл.51, ал.2 от ЗЗД за съпричиняване на вредите, позовавайки се на чл.94, т.3 от Закона за здравето, съгласно който пациентът е длъжен да съдейства на изпълнителите на медицинска помощ, при осъществяване на дейностите, свързани с подобряване и възстановяване на здравето му. Тъй като деянието трябва да е условие „*condition sine qua non*“ за вредата, т.е условие, без което вредата не би настъпила, се твърди, че д-р П. е препоръчал на пациентката Т. П. извършването и на „фетална морфология“ между 19 и 24 г.с, тоест след биохимичния скрининг - януари 2016г., /Амбулаторен лист №***/, но на ответниците не им е известно,

дали пациентката е направила това предложено □ изследване. Уточняват, че то е препоръчително и че не е предвидено в медицинския стандарт и представлява много подробен ехографски преглед, който се извършва по желание и не се заплаща от НЗОК.

Направено е и възражение за погасителна давност, на основание чл.110, във връзка чл.120 ЗЗД, във вр.131, ал.2, т.5 ГПК-в случай, че предявения иск се окаже основателен, ответниците молят той да бъде отхвърлен като погА. по давност. Майката Т. П., е узнала още на 13.05.2016г. за вроденото заболяване на детето, а искова молба с приложенията е подадена пред Софийски градски съд на 21.09.2021г. от ищцата и на 11.10.2021г. от ищеца, поради което иска се явява погА. по давност-предявен след изтичане на 5 годишната обща погасителна давност, считано от датата на узнаване за увреждането.

Към отговора са приложени следните писмени доказателства: Заверени копия от изследване от медико-диагностична лаборатория „РАМУС“ от 30.12.2015г., заедно с легализиран превод; СЕРТИФИКАТ №*** с клауза „Професионална отговорност на лицата, упражняващи медицинска професия в извънболничната помощ“ сключена със ЗАД "БУЛСТАД ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП" със срок на действие на застрахователния договор от 16.02.2020г.- до 15.02.2021г.; СЕРТИФИКАТ №*** за сключена допълнителна, доброволна застраховка с клауза „Професионална отговорност на лицата, упражняващи медицинска професия“ сключена с ЗАД „АЛИАНЦ БЪЛГАРИЯ“, чрез КЗД БУЛСТАР ЕООД, гр.София, със срок на действие на застраховката от 16.02.2020г.- до 15.02.2021г.; квалификационни документи на д-р К. П. - диплома за придобита медицинска специалност и курсове по ехография.

На основание чл.219, ал.1 ГПК е допуснато привличането на трети лица-помагачи на страната на ответника – ЗАД „АЛИАНЦ БЪЛГАРИЯ“, съгл. СЕРТИФИКАТ №*** по застрахователен договор № *** от 14.02.2020г. и СЕРТИФИКАТ №*** по застрахователен договор № *** от 15.02.2021г. за сключена допълнителна, доброволна застраховка с клауза „Професионална отговорност на лицата, упражняващи медицинска професия“, със срок на действие на първата застраховка от 16.02.2020г. до 15.02.2021г., а на втората – от 16.02.2021г. до 15.02.2022г., по която застраховано лице е д-р К. П. и ЗК „УНИКА“АД, като съзастраховател по застрахователен договор № *** от 14.02.2020г./на л.294/ поел 50% от отговорността по застраховката по посочения договор.

На основание чл.219, ал.3 вр. с чл.133 от ГПК едновременно с искането за привличане, с нарочна искова молба е предявен и приет за съвместно разглеждане с главните искове и обратен иск/при условията на евентуалност/ от д-р К. П. против ЗК „УНИКА“АД, с цена на иска 50 000лв.

С.новищата на тези подпомагащи страни са, че главните искови претенции са неоснователни, като ако съдът приеме – противното, считат че вземането на ищците от деликт се е погасило с изтичане на петгодишен давностен срок от увреждането – датата на раждане на детето, респ. на установяване на диагнозата му с вродено генетично заболяване. Считат обратния иск спрямо ЗК „УНИКА“АД за неоснователен доколкото застрахователните договори нямат ретроактивно действие и не покриват застрахователни

събития настъпили преди срока на действието им. Твърдят, че застраховател на д-р П. по задължителна застраховка, сключена на основание чл.189 от ЗЗ и Наредбата за задължително застраховане на лицата, упражняващи медицинска професия, приета с ПМС № *** от 25.09.2018г., за периода на настъпване на събитието, е ЗАД“ДаллБогг Живот и Здраве“. Отделно от това считат, че обезщетение би се дължало при смърт или телесно увреждане на пациент на д-р П., а в случая това е Т. П., която не е претърпяла такова увреждане. Считат, че раждането на дете с генетични аномалии не попада в обхвата на застраховката.

Съдът, като взе предвид становищата на страните, обсъди събраните по делото доказателства, прецени ги по реда на чл. 12 ГПК, съобрази изискванията на закона, приема за установено следното от фактическа и правна страна: Предявени са осъдителни иски, с правно основание чл.49 ЗЗД, вр. с 45 и чл.52 ЗЗД, спрямо първия ответник МЦ„Еврика 2010“гр.Плевен, представляван от управителите Н. К. П. и Н. К. П. и с правно основание чл.45, вр. чл.52 от ЗЗД – спрямо втория ответник К. Н. П. за солидарното им осъждане да заплатят на всеки от ищите обезщетение за неимуществени вреди в размер по 150 000лева, причинени от смъртта на детето им М. А. С., вследствие на виновно противоправно поведение на консултиращия и проследяващ бременността на Т. Г. П. лекар д-р К. Н. П. в „Медицински център Еврика 2010" ООД, за нарушение на задължения по закон и на медицинския стандарт „Акушерство и гинекология"; за пропуск да се диагностицира по време на бременността наличието на вродена хромозомна генетична малформация Тризомия 8, т.нар. Т8М или Warkany синдром - генетичен синдром, свързан с високостепенен мозаицизъм у плода и неинформирание на родителите своевременно/по време на бременността/, за лишаването им от правото да изберат дали да бъде направен аборт с оглед наличието на увреден плод или да вземат решение за продължаване на бременността, в резултат на което, бебето се е родило с хромозомна генетична малформация - Тризомия 8, т.нар. Т8М или Warkany синдром - генетичен синдром, свързан с високостепенен мозаицизъм, която довела до полиорганна недостатъчност и смърт на детето на 18.08.2020г., ведно със законната лихва считано от смъртта на детето на 18.08.2020г. до окончателното ѝ изплащане.

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

вината се предполага до доказване на противното.

В нормата на [чл. 79, ал.1 от Закона за здравето](#) е предвидено, че медицинската помощ в Република България се осъществява чрез прилагане на утвърдени от медицинската наука и практика методи и технологии. Съгласно разпоредбата на [чл. 80 33](#) качеството на медицинската помощ се основава на медицински стандарти, утвърдени по реда на [чл. 6, ал. 1 от Закона за лечебните заведения](#) и Правилата за добра медицинска практика, приети и утвърдени по реда на чл. 5, т. 4 от Закона за съсловните организации на лекарите и лекарите по дентална медицина. Съгласно чл. 81, ал.2, т.1 от 33, всеки български гражданин има право на достъпна медицинска помощ при условията и по реда на този закон и на [Закона за здравното осигуряване](#), което се осъществява при прилагане на принципите на своевременност, достатъчност и качество на медицинската помощ. С оглед на това следва да се приеме, че противоправно е всяко поведение на лекар, което се намира в противоречие с утвърдените от медицинската наука и практика методи и технологии, с утвърдените по визирания ред медицински стандарти в съответната област и с визираните основни принципи на правото на медицинската помощ - своевременност, достатъчност и качество.

Безспорно е между страните, че през периода на проследяване на бременността на ищцата Т. П. м.септември 2015г.- месец май 2016г., д-р К. П., със специалност „Акушерство и гинекология“ и с квалификация по „Ехографска диагностика“, е работил като лекар-консултант в МЦ“ЕВРИКА 2010“ООД. Безспорно е, че той е установил през посочения период бременността на ищцата и е провел проследяването ѝ в ответния медицински център, за който няма спор, че е оборудван с всичко необходимо за осъществяване на такава дейност в съответствие с съвременните достижения на медицинската наука и практика. Няма спор, че д-р П. е утвърден специалист с над 25 годишна практика и че при провежданите женски консултации е извършвал амбулаторна диагностика, в т.ч. и със ултразвукова техника от най-висок клас, като е осъществил прегледи на 29.09.2015г., 12.11.2015г., 08.12.2015г., 05.01.2016г., 05.02.2016г. и 08.04.2016г. на бременната Т. Г. П..

Безспорно е, че при проведените ежемесечни консултации и прегледи при д-р П. ищците, като бъдещи родители са били информирани, че всичко с бременността върви нормално и че детето се развива добре. Безспорно е, че лекарят е знаел за два предхождащи бременността спонтанни аборта на пациентката си и за направена и миомектомия, както и за кистозна формация на яйчниците. На 13.05.2016г., на 38 годишна възраст, ищцата е родила детето М. А. С. чрез цезарово сечение, в „УМБАЛ д-р Георги Странски" - гр. Плевен, в 37 гестационна седмица, с малко за гестационната си възраст тегло/едва 1670 гр./ и ръст 43 см. Наложило се е детето да остане в болницата до 21.06.2016г., тъй като е било с неефективно дишане, в отпуснато състояние, с намален тонус и с др. констатирани при раждането отклонения от нормалното му развитие.

Безспорно е и се установява от писмените доказателства и разпита като свидетели на специалистите, извършили изследването, че на 24.06.2021г. в „УМБАЛ д-р Георги Странски" - гр. Плевен, е извършена генетична консултация при МДЛ по

медицинска генетика с проф. д-р, К. К. д.м. и биолога П. Х., които дават заключение, че при М. А. С. е налице вродена хромозомна аномалия - тризомия 8, високостепенна мозайка 90%. Не се спори, а се подкрепя и от представените по делото доказателства, че през следващите 4 години, след поставяне на диагнозата постоянно се е налагало детето да бъде хоспитализирано в болници, поради често влошаване на състоянието му, като поради описаните в исковата молба многобройни хоспитализации, то е прекарвало по-голямата част от живота си под лекарско наблюдение, грижи и лечение. На 27.10.2016г. с експертно решение на ТЕЛК към „УМБАЛ д-р Георги Странски“ ЕАД-гр. Плевен, то е освидетелствано с 55% вид и степен на увреждане с чужда помощ, а на 24.11.2017г., с експертно решение № ***/196 на ТЕЛК към същото болнично заведение, детето е преосвидетелствано и е констатирано 95% вид и степен на увреждане с чужда помощ. На 20.07.2020г. детето постъпва в „УМБАЛ Царица Йоанна -Исул“ ЕАД - гр. София, в Клиниката по детска клинична хематология и онкология, където му е поставена следната диагноза: Вродена Тризомия 8 и тризомия 21 синдром (т.нар. Т8М или Warkany синдром) - генетичен синдром, свързан с високостепенен (над 90%) мозаицизъм 47, XX, +8, комбиниран с 2-ра тризомия - комбинирана анеуплоидия. Хепаторенален синдром - полиорганна недостатъчност. На 18.08.2020г. детето умира в същата болница.

Спорно е могло ли е да бъде извършено пренатално диагностициране на вроденото генетично заболяване, така че родителите да вземат информирано решение за прекъсване на бременността по медицински съображения, респ. - за раждане на дете с възможни малформации. Бил ли е длъжен лекарят да назначи генетична консултация и/или друго изследване, годно да установи увреждането на плода, налице ли е бездействие водещо до причиняване на вреди на ищите като родители. Налице ли е причинно-следствена връзка между предприетите действия/бездействия по диагностициране, лечение и наблюдение на пациентката, възложени на д-р П. от ответното лечебно заведение, и получените от ищите увреждания довели до болки и страдания от смъртта на детето им-родено с генетично заболяване. Налице ли са законовите предпоставки за ангажиране на деликтна отговорност на д-р К. П., като лекар приел да извършва медицинската услуга по проследяване на бременността и провеждащ АГ-консултациите на ищцата Т. П., както и на възложителя на работата – МЦ“ЕВРИКА 2010“ООД, в което лечебно заведение е оказана специализираната извънболнична медицинска помощ. Спорен е въпросът за размер на вредите, както и погА.о ли е по давност претендираното вземане за обезщетение от медицински деликт, а също и основателен ли е обратния иск на д-р П. спрямо застрахователната компания „УНИКА“АД.

За да се произнесе по спорните въпроси съдът взе предвид следното:

В исковата молба се твърди, че вредите на ищите, за които се претендира обезщетение произтичат от следното: виновно противоправно поведение на консултиращия и проследяващ бременността на Т. Г. П. лекар д-р К. Н. П. в „Медицински център Еврика 2010" ООД, за нарушение на задължения по закон и на медицинския стандарт „Акушерство и гинекология"; за пропуск да се диагностицира по време на бременността наличието на

вродена хромозомна генетична малформация. Твърди се виновно нарушение на [чл. 81, ал. 2, т. 1 от Закона за здравето](#), вр. Дял VI, Глава XX на Наредба № 19/22.12.2014 г. за [утвърждаване на медицински стандарт "Акушерство и гинекология"](#). Несъответствието със стандарта за качество на медицинската грижа се изразява в това, че д-р П. не е преценил в достатъчна степен, т.е. качествено особеностите на пациентката, а именно, че се касае за патологична бременност, тъй като Т. П. е на 38 години, с два спонтанни аборт, с киста на яйчник и не е отчел свързания с това по-високия риск от генетични заболявания на плода, като не е предписал генетична консултация и др. подходящи изследвания.

За установяване на твърденията са събрани множество писмени/цялата медицинска документация/ и гласни доказателства, назначена е и комплексна съдебно-медицинска експертиза. От показанията на проф. К. К.-К., се установява, че е Началник на Лаборатория по медицинска генетика към УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ – Плевен и Ръководител Катедра „Медицинска генетика“ към МУ – Плевен и че тя е подписала заключение от генетична консултация на изследването на детето М. извършено на 24.06.2016 година. - цитогенетичен анализ по повод установени малформативни белези при новороденото, за което е била извикана за консултация в отделението по Неонатология на УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ – Плевен и по повод на установените от нея дисморфични белези, които са индикация за провеждане на такова изследване. Предвид това, че при детето е било направено по спешност кръвопреливане на 2-рия ден от раждането, за да не се опорочи резултатът от генетичното изследване, е отложено вземането на кръвната проба за след 3 седмици. При анализирани 62 клетъчни ядра, в преобладаващата част от тях – 56, са намерени допълнителна хромозома от 8 -ми чифт, а 6 от ядрата са били с нормален кариотип - женски. Този резултат съответства на мозайка по отношение на тризомия 8 с процент на аберантния клон 90%. Проф. К. установява, че лабораторията, която ръководи е минала през всички редовни акредитации и подновяване на тези акредитации за извършване, според стандартите на медицинска генетика, на този вид анализ. Свидетелката установява, че се е срещнала с родителите едва на 29.09.2017 година, тъй като при установяване на хромозомна аномалия при едно дете, има основание да изследват цитогенетично и родителите, за да се види дали преустройството няма наследствен характер. Лекарят установява, че ако има някакви проблеми в двойката, фамилност например за други състояния, е длъжна да насочи родителите при следваща бременност към съответни изследвания, а и като цяло е било случай на обременена акушерска анамнеза и рискова бременност. Споделя също, че за първи път в практиката си среща подобна малформация. Твърди, че резултатът от цитогенетичното изследване на родителите е показал, че те са с нормални кариотипи, което означава, че преустройството при детето със сигурност е имало случаен характер, а не наследствен.

От показанията на свидетелката Н. С., се установява, че тя работи в медицински център „Еврика“ от 20 години, с д-р П. като Медицински фелдшер. Спомня си за случая с Т. П. и прегледите □, тъй като преди една година и половина ищеца А. С. е отишъл в кабинета на д-р П., за да иска документите по воденето на консултациите й. От

самите консултации през 2015/2016г. помни, че бъдещите родители винаги са ходили заедно при д-р П.. Ищецът е бил много заинтересован и винаги е разпитвал за състоянието на жена си и как се развива бебето. Свидетелката установява още, че доктор П. изпраща всички пациентки на задължителните изследвания, които са по здравна каса и на допълнителни изследвания, когато пациентката има конкретни оплаквания. В случая на Т. П. са направени задължителните кръвни изследвания - ППК, микробиологичната, цитонамазката и биохимичният скрининг. Свидетелката пояснява, че има специален фиш/бланка/, на която се пишат изследваните показатели и която се дава на пациентката, за да отиде в лаборатория „Рамус“, която е най-близката лаборатория до кабинета на доктора. Резултатите от изследванията се събират в медицинското досието на пациентката. Тя обичайно ходи да си ги вземе сама и ги носи в кабинета. Свидетелката твърди, че на ищцата Т. П. е предлагана и фетална морфология, тъй като тогава в кабинета не са се извършвали такива прегледи, които представляват пълен и подробен преглед на всички органи и системи на бебето. Свидетелката твърди, че това е била устна препоръка и не е издаван никакъв документ за това - направление или друг подобен, тъй като това изследване не било задължително изследване по стандарта по здравна каса, а препоръчително, като доктора е препоръчвал да се направи в София при проф. М. или при проф. М.. Там доктор П. е насочвал пациентките си като или се е обаждал в момента на някой от професорите или е давал на пациентите номера на клиниката, за да се обалят те и да си запишат час. На въпрос на пълномощника на ищите, как си спомня този случай от преди 6-7 години, свидетелката уточнява, че д-р П. назначава тези специализирани изследвания устно на всички пациенти, които желаят това изследване, като не ги задължава, а казва, че е препоръчително да се направи фетална морфология. След това заявява, че го пишат на листче „за фетална морфология“, тъй като изследването не се поема от Здравната каса и е за сметка на пациента.

От събраните по делото писмени доказателства, съставляващи Приложение № 15 на НЗОК, както и представените 6 броя ултразвукови изследвания на Т. П., с дати 08.12.2015г., 29.12.2015г., 29.01.2016г., 24.02.2016г., 25.03.2016г. и 18.04.2016г. и резултат от цитонамазка от 08.12.2015г., се установява, че проследяващия бременността лекар е извършвал рутинни прегледи и изследвания. Видно от медицинската документация в делото, въпреки че д-р П. е извършил две допълнителни ехографии и е представил с отговора на исковата молба резултат от скринингово изследване от 29.12.2015г. на бременната от медико-диагностична лаборатория „Рамус“, то няма безспорни данни по делото, че е считал бременността на ищцата за рискова. Видно от приложените с исковата молба амбулаторни листове/на л.51-55 от прил.гр.д. 12276/21г. на СГС/, прави впечатление, че в тях е отразено, в „Основна диагноза“, че се касае за наблюдение върху нормална първа бременност, като в раздел „Анамнеза“ отново е посочено „Бременна за първи път“.

Видно от легализирания превод на изследването в МДЛ „Рамус“/на л.163 от прил. дело/, изчислени са рискове за наличие на определени заболявания : Тризомия 21, тризомия 18 и риск от дефект на неврална тръба. Изчислен е нисък статистически риск, като е посочено изрично, че пресмятането на риска представлява статистически подход и няма

диагностична стойност. Изследването взема предвид възрастта, ехографско изследване за ностна костница и кожна гънка, като и кръвно изследване на алфафетопротейн и бета ЧХГ (човешки хореонгонафотропен хормон). Резултатите от изследването се въвеждат в програма, която изчислява статистическия риск при бременната за развитие на най-често срещаните хромозомни аномалии – Тризомия 21 (болест на Даун), Тризомия 18 (болест на Едуардс) и Тризомия 13 (болест на Патау). В конкретния случай е извършено само едно такова изследване на 30.12.2015г., като късен скрининг през 19 г.с. липсва. Няма данни самите ищци да са разбрали какво е съдържанието на документа, който са получили от лабораторията и са представили на лекуващия лекар, тъй като освен че е специфичен мед. документ, той не е издаден на български език.

В отговора на ответниците се твърди, че в амбулаторен лист № ***. /на л.53 от прдело/, е назначена фетална морфология на пациентката, но в същия липсва такова отразяване, което кореспондира с показанията на св. Н. С., че не е издаван документ за провеждане на фетална морфология. Този факт не се установява и от показанията на посочената свидетелка, която работи в ответния медицински център и е мед. фелдшер на д-р П. от много години и поради това показанията ѝ следва да се преценяват при условията на чл.172 ГПК. Неубедително е твърдението, че такова изследване е било препоръчано и на ищцата, тъй като се препоръчвало на всички пациентки, които желаят да го извършат, а тъй като не е задължително и не се заплаща от Здравната каса, не се издава и направление за него. Тези показания не са конкретни, кога при какви обстоятелства е отправена такава устна препоръка към Т. П. и дали е обяснено, че са изследването Фетална морфология е необходимо с оглед на рискова бременност и следва да се направи, макар и за сметка на пациентката. Няма съставен медицински или друг документ в този смисъл, а и по същество в съдебно заседание на 07.02.2023г. д-р П. признава, че след биохимичния скрининг, който сочи на ниска вероятност от наличие на трите най-чести генетични заболявания на плода, не е бил „амбициран“ да продължи диагностиката в тази посока. Твърди, че заболяването на М. е изключително рядко и не се изследва при стандартната амниоцентеза. Изложеното кореспондира и с твърдението му, че дори да беше приложен този метод на изследване пренатално, не би се стигнало до информация, която да е достатъчна за да обоснове решение за прекъсване на бременността, тъй като дали детето е жизнеспособно или е със сериозно наличие на увредени клетки, се установява едва след раждането му.

По този основен спорен въпрос, а именно дължен ли е бил д-р П. да назначи генетични и др. изследвания на ищцата отговори се съдържат в заключението на назначената комплексна съдебно-медицинска експертиза, изготвена от Д. Т. С., спец. „Акушерство и Гинекология“, субспец. „Фетална Медицина“, професор д-р Р. С. Т., спец. „Педиатрия“ и „Медицинска генетика“ и професор д-р В. С. Г., дбн, спец. „Медицинска генетика“ и „Биохимия“. От писмените доказателства и от заключението на тройната комплексна СМЕ се установява, че лекарите, запознавайки се с писмените доказателства по делото, са отговорили подробно на поставените им въпроси. Разяснено е, че в ядрото на нормалната човешка клетка има 46 хромозоми, които представляват 23 двойки хомоложни

хромозоми - по една от двамата родители. Наборът от хромозоми на дадена клетка се нарича кариотип. При промЯ. в броя на хромозомите в клетъчното ядро настъпва анеуплоидия. При човек повечето разпространени анеуплоидии са тризомии, които се характеризират с присъствието на една допълнителна хромозома, при което общият хромозомен набор наброява 47 хромозоми. С няколко изключения тризомиите не са съвместими с живота. Фактически тризомиите представляват около 35% от спонтанните аборти.

Мозайцизмът по тризомия 8 (T8M) при живородени е почти винаги резултат на постзиготно неразделяне с една допълнителна (свръхбройна) хромозома, докато немозаичната тризомия 8 се наблюдава изключително в материал от спонтанни аборти. Поради постзиготното неразделяне при T8M тризомичните клетки не са равномерно разпределени във всички тъкани и това предизвиква вариращи фенотипни аномалии. Понякога се нарича мозаицизм по тризомия 8, както и синдром на Warkany. Това състояние се развива далеч преди раждането. Резултат е на аномалия, при която клетките се делят и размножават от най-ранните етапи на бременноста. Състоянието настъпва спонтанно. То обичайно не е животозаstrашаващо за бебето и не представлява опасност по време на бременността. След раждането се проявяват физически нарушения, като някои от хората с T8M имат интелектуална недостатъчност. За главен рисков фактор се приема възрастта на бременната майка. Посочена е честотата на T8M по обобщени литературни данни - между 1:25000 и 1:50000 живородени. В експертизата са посочени най-честите белези на мозаична тризомия 8 при заболялите. Очакваната продължителност на живота при T8M е нормална, ако не възникнат други здравни проблеми като например злокачествено заболяване и понастоящем няма лечение за генетични състояния като тризомия или хромозомен мозаицизм.

Установява се, че при мозаична форма на тризомия 8 - T8M, обикновено се касае за неразделяне на хромозоми при митотичното делене на клетките на ембриона, като една част от клетките остават с нормален кариотип, а една клетка придобива свръхбройна хромозома 8, като тази аномалия се предава по-нататък в нейните дъщерни клетки. Така се създават две различни клетъчни линии - една с нормален кариотип и една с тризомия 8. Процентното съотношение между двете клетъчни линии е различно в отделните тъкани на плода, според това кога е възникнала хромозомната аномалия. Приема се, че колкото по-рано е възникнала - толкова по-изразено е процентното присъствие на тризомични клетки. Поради това и не може да се каже със сигурност в коя гестационна седмица е настъпила T8M. Клиничните ѝ прояви, които имат много широк спектър, могат да започнат по всяко време след появата на T8M, но да бъдат забелязани значително по-късно, най-често след раждането. Обобщените резултати на водещи центрове в областта на T8M сочат, че няма корелация между нивото на мозаицизм и тежестта на клиничните прояви и, че последните могат да варират в много широк интервал - от нормален фенотип до силно увреждащи нарушения на фенотипа.

Видно от заключението ранното диагностициране на аномалиите на плода и скрининг за различни патологични състояния на бременността, се извършва в първи

триместър между 11 и 13 гестационна седмица(г.с). Следващият по важност и хронология преглед е т.н. „Фетална Морфология“, при който се оглеждат внимателно и най-детайлно всички органи на плода, проследява се растежа му, оглежда се плацента, околоплодна течност и т.н. В третия триместър се осъществява фетална морфология /в 36г.с./ за проследяване на растежа на плода, количество околоплодна течност, доплерова велосиметрия (кръвоснабдяване), позицията на плода, частичен оглед на органите. По време на тези изследвания могат да се открият различни аномалии, но също така и маркери за генетични дефекти.

Индикации за провеждане на инвазивно генетично изследване (хорионбиопсия, амниоцентеза и кордоцентеза) по време на бременността могат да са висок риск от ранен (11-13 г.с), или от късен (15-19 г.с), скрининг, възраст на майката, структурни аномалии на плода, фамилна обремененост и др. Пренатално генетично изследване може да се проведе най-рано в 11 г.с. - изследване на материал от хорионбиопсия. След 16 г.с. може да се извърши изследване на материал от амниоцентеза, а на по-късен етап и от кордоцентеза. Посочено е, че диагностицирането на наблюдаваната при изследваното дете хромозомна генетична малформация Т8М много често е трудно и голямата част от новородените с Т8М се откриват постнатално, а част от случаите имат оскъдни клинични прояви. Това обаче не означава, че случаите на Т8М, а и на други хромозомни анеуплоидии, ще бъдат пропускани пренатално, ако е осъществено надлежно обхващане според нормативните документи и добрата лекарска практика.

Вещите лица считат, че при проследяване на бременността на Т. П. са направени съществени пропуски, които не са дали възможност да се диагностицира пренатално хромозомната анеуплоидия на детето М., както и са пренебрегнати възможностите за откриване на други генетични аномалии. При съществувала високорискова бременност поради възраст на жената към момента на забременяване и двете ѝ предишни бременности, завършили със спонтанни аборти, е следвало да се приложат при проследяването на бременността Наредба № 38 от 20.08.2010 г. на МЗ за утвърждаване на медицински стандарт "Медицинска генетика" и Наредба № 26 от 14 юни 2007г. на МЗ за предоставяне на акушерска помощ на здравно неосигурени жени и за извършване на изследвания извън обхвата на задължителното здравно осигуряване на деца и бременни жени.

Вещите лица считат, че е следвало да се направят изследвания като фетална морфология и генетични такива, както и, че е могло да се установи наличието на увреждането пренатално. Установено е, че от представените медицински документи от постнаталните изследвания, не се виждат ясно сериозно изразени промени в лицето и скелета на новороденото, с оглед преценката на състоянието на плода след установяването им пренатално с УЗ, но съвсем неоспоримо е, че теглото на новороденото при раждането е много ниско и изоставането в растежа на плода е можело да се знае още по време на бременността, респективно – това да насочи към обсъждане на възможни причини за ниското тегло, между които са и множество вродени нарушения, вкл. хромозомни аномалии.

Според изискванията на цитираната Наредба № 26 от 14 юни 2007 г. на МЗ, Приложение № 6: „8. Резултатът от изследването (биохимичния скрининг) не отменя задължителното високоспециализирано ултразвуково изследване „фетална морфология“ в 19-22 гестационна седмица.“

Вещите лица от КСМЕ считат, че стойността в биохимичния скрининг на ишцата от 1:272 е на пренебрежимо малко разстояние от използваната у нас гранична стойност за риска за тризомия 21/Синдром на Даун/ от 1:250, и е по-висока от използваните стойности в редица центрове по пренатална диагностика. Считат, че изчисленият чрез този метод статистически риск (независимо от стойността му), е свързан с категоричната необходимост от консултация с лекар-специалист по медицинска генетика, който да прецени този риск и какви възможни продължения на бременността може да има? Посочва се и това, че пренатална диагностика е възможна чрез изследване на хорионни вили, макар че резултатите не винаги се потвърждават, тъй като Т8М най-често представлява ограничен плацентен мозайцизъм, незасягащ фетуса. Поради това се препоръчва да се направи амниоцентеза и откриването на аномалия в клетките от амниотична течност се счита индикация за истински фетален мозайцизъм, а тези които нямат потвърждение се считат ограничен плацентен мозайцизъм.

Видно от заключението, при амниоцентези, направени главно заради напреднала възраст на майката около 0,2% от случаите показват истински мозайцизъм, 0,76% показват псевдомозайцизъм в множество клетки и 3,73% показват псевдомозайцизъм в единична клетка. При случаите на мозайцизъм, диагностициран в клетки от амниотична течност, съотношението на абнормни клетки в амниотичната течност корелира слабо с това във феталните тъкани. На практика ако не са установени ултразвукови аномалии във фетуса, точни прогнози за отделните случаи не се възможни. Генетично консултиране от специалист по медицинска генетика или здравни работници е наложително при пациенти, диагностицирани с СРМ/ТРМ при амниоцентеза, като е от критично значение да се помогне на засегнатите да разберат комплексността на различните възможни изходи и да се насочат към ресурси за групова подкрепа.

Видно от заключението на експертизата, повече от половината от случаите, включващи фенотипен резултат, съобщават за нормален фенотип при раждането. Това е висок процент и може да покаже, че много от фенотипните аномалии в синдрома на Т8М не са видими при раждането. Може да се приеме, че ако аномалните находки при ултразвуково изследване са индикация за инвазивно вземане на проби, два от три случая са имали засягане на плода. Въпреки това, някои от характеристиките на Т8М не винаги могат да бъдат идентифицирани чрез ултразвук и следователно нормалното ултразвуково изследване не изключва засягане на плода. Освен това прогнозата след откриване на истински фетален Т8М е неясна и може да обхваща диапазон от нормален изход на бременност до тежко засегнато дете. Това прави консултирането на бременни и двойки много трудно. Консултирането трябва да се извърши в ранна гестационна възраст, тъй като някои двойки могат да изберат да прекъснат бременността, преди да може да се извърши АР, поради

особената несигурност и потенциалната тежест на диагнозата Т8М в сравнение с повечето други плацентни мозайцизми. Някои експерти приемат, че кордоцентезата може да се обмисли в случай на нормален резултат от АР за да се намали остатъчният риск, но много жени могат да не изберат кордоцентеза поради риска от загуба на плода. Освен това допълнителното забавяне на периода на изследването ще бъде допълнителна тежест за родителската двойка. Вместо това, за да подкрепи генетичната диагноза, сертифициран експерт по фетална медицина може да извърши подробно ултразвуково сканиране, за да открие възможни допълнителни находки. Въпреки че не всички фенотипни характеристики на Т8М се виждат чрез ултразвук, феталните малформации ще показват фетално участие, като по този начин намаляват несигурността за двойката.

В обобщение, ВЛ са посочили, че високоспециализираните и важни прегледи по време на бременността са: скрининг в първи триместър /между 11 и 13г.с/, фетална морфология през 19-23г.с. и късна фетална морфология в 36 г.с., като наблюдаващият гинеколог следва да насочи бременната към специалист по Фетална Медицина за извършване на тези прегледи. Резултатите от тези изследвания могат да станат основание за насочване на бременната към медико-генетично консултиране, инвазивни процедури като хорионна биопсия, амниоцентеза или кордоцентеза с последващи генетични анализи, които се разглеждат в комплексно обсъждане с резултатите от биохимичен скрининг на серума на бременната или генетични анализи на плода. В конкретния случай, при бременността на жена на възраст 37г. с две предишни несполучливи бременности, която е високорискова, се изисква провеждането на посочените изследвания в определените срокове и своевременното предаване на резултатите на изследваната и консултацията ѝ от лекар-специалист, за да може тя (самостоятелно или с партньора си, други родственици и близки) да вземе информирано решение за бъдещето на бременността си.

По отношение на тази преценка би следвало да се има предвид, че Т8М е рядко генетично заболяване, при което състоянието обикновено не е животозастрашаващо за бебето и не представлява опасност по време на бременността. Възрастта на майката е основният рисков фактор. Пациентите с Т8М може да имат повишен риск от определени здравословни състояния. Те могат да бъдат податливи на инфекции поради вроден имунен дефицит. Състоянието може да увеличи риска от някои видове рак. Засегнатите деца могат да имат сериозно увредено общо състояние, чести фебрилни състояния, компрометиране на имунния капацитет с чести заболявания с възпалителен характер, анемии, налагащи повторни кръвопреливания, сериозна миелодисплазия с ангажиране на множество органи в заболяването, като цяло - чести хоспитализации, сериозно влошаване на качеството на живот, необходимост от непрекъснати помощ и грижи за детето. Изброените усложнения в състоянието на детето са се проявили и са документирани с приложената към делото медицинска документация. В случая е настъпила сериозна миелодисплазия с ангажиране на множество органи в заболяването и предизвикване на тяхната функционална недостатъчност. В приложената към материалите по делото Епикриза от УМБАЛ Царица Йоанна - ИСУЛ - ЕАД при детето М. А. С. е документирано наличие на хепаторенален

синдром - полиорганна недостатъчност и ОДН, като леталният изход се свързва непосредствено с остра сърдечна и дихателна недостатъчност. Самата Т8М не се приема като пряка причина за смърт, но някои от свързаните с нея заболявания и усложнения могат да се отразят сериозно на очакваната продължителност на живота. Такива са документирани в случая на М. А. С. (Епикриза от УМБАЛ Царица Йоанна-ИСУЛ-ЕАД).

Вещите лица посочват, че от цялата медицинска документация на множеството хоспитализации, свързани със заболявания на М. А. С. се вижда, че се е стигнало до заболявания, свързани с генетичната аномалия, които са се отразили сериозно на очакваната продължителност на живота и. През 2018 год. детето М. А. С. е хоспитализирано трикратно, през 2019 год. - четирикратно, а през 2020 год. - петкратно в Клиника по педиатрия при УМБАЛ „Д-р Георги Странски“, поради остри инфекции и за провеждане на хемотрансфузии за тежкия анемичен синдром. В резултат на миелодиспластичния синдром детето М. А. С. развива полиорганна недостатъчност вследствие продължителната костно-мозъчна дисфункция, рефрактерна на заместващо и симптоматично лечение, съпътствана от вторични изменения в основни органи и системи. Почива на 18.08.2020 год.

Категорично е заключението на ВЛ, че при извършване на високоспециализирани прегледи в 11-13 г.с, 19-23 г.с. и 36 г.с. е било възможно да се констатира аномалия и да се обсъди възможността за генетично пренатално изследване. При диагностициране на генетичен дефект по време на бременността би следвало да се проведе генетична консултация и обсъдят възможността за прекъсване на бременността по медицински показания или продължаването ѝ. При настояване на бременната за прекъсване на бременността се взема медицинско становище от комисия.

При изслушване на експертите в ОСЗ на 29.11.2022г. се поясни и това, че П. Т.-Й., която е педиатър и клиничен генетик, ще отговаря на въпросите от КСМЕ, които касаят състоянието на детето след раждането; по въпросите за бременността ще отговаря Д. С., а за вида на изследванията, които е било нужно да се направят - П. Т. и проф. д-р В. Г..

При изслушването му вещото лице проф. д-р В. Г. потвърждава, че генетичното заболяване на М. С. е изключително рядко и че Тризомия 8, мозаична форма, той не е срещал в практиката си. Единични са случаите, в които е описана Тризомия 8 по време на бременност, установена в резултат на пренатална диагностика. Причината е, че заболяването е много рядко и няма натрупани данни за белези, по които може да се диагностицира. Най-често то се установява след раждането, по повод придружаващо заболяване. То не е възникнало при оплождането, тъй като не би било мозаицизъм. Заболяването е възникнало на по-късен етап от бременността, но, за съжаление, никой не би могъл със сигурност да каже кога. Индикациите за откриването му са общите индикации за наличие на хромозомна аномалия. Изследването в лаборатория „Рамус“ се отнася за 3 конкретни заболявания, които не са най-чести, има и други чести, които не са били обект на това изследване. В конкретния случай от една страна - рискова бременност по общи показатели, и от друга страна - една изчислена стойност/чрез скрининг/ за синдром на Даун -

1:272, което е толкова, колкото и 1:250, тъй като 16% е грешката на теста, ВЛ счита, че риска не е бил нисък. Без да твърди, че ако я бяха изследвали, щяха да поставят диагноза, проф.Г. заявява, че при такива стойности от скрининг изследването, би насочил пациентката за генетично консултиране, както като лекар, така и като национален консултант по Медицинска генетика. Заявява, че този риск се променя според натрупания опит на хората, които работят в областта и тези стойности са изключително близки една до друга. Според ВЛ проф.д-р В. Г., решението какво да се направи след консултацията, е единствено и само на родителите. Съветът на лекаря може да не бъде възприет и има много случаи на тежки генетични заболявания, 100% установени пренатално, при които родителите решават да задържат детето, защото смятат, че ще го гледат.

На въпроса възможно ли е да се предвиди при наличие на анеуплоидия, независимо от какъв тип, какви ще бъдат видът и степента на уврежданията на плода и от какви клинични изследвания, проф. д-р Р. Т., разяснява, че за познатите хромозомни аберации лекарите са наясно какво да очакват, но в медицината винаги има известни вариации. Затова пренаталната диагноза - ултразвуковата, може да покаже някои по-груби аномалии. Примерно, при синдрома на Даун може да се очаква аномалия на сърцето, имунна недостатъчност, особена фация с особено лице и др. Има неща, които предварително биха могли да бъдат казани на родителите, а именно че за този ембрион, този фетус, при който е установена хромозомна аномалия, може да се очакват еди-какви си нарушения на органите. Като генетичен консултант, проф. Т. потвърждава казаното от проф. Г.: при положение, че рискът е определен 1:272 за Синдром на Даун и има жена, която е с два спонтанни аборта и която е на възраст 38 години, тя би я насочила да проведе пренатална диагностика, а пациентката ще реши дали да го направи. Заявява, че няма 100% вероятност да се „хване“ аномалията, но това е „червен флаг“, че нещо може да се очаква в тази ситуация. В този смисъл проф.Т. смята, че това е била рискова бременност, нуждаеща се от такова консултиране. Заявява, че когато се прави биохимичен скрининг в лаборатория в София, в документа колегите ѝ пишат, че полученият резултат се интерпретира от генетичен консултант. Поради това, когато е бил получен този резултат е следвало бременната да се насочи към такъв консултант, който да прецени този риск 1:272, висок ли е за тази жена, като го конкретизира с нейната възраст и с нейната акушерска анамнеза, тъй като тази преценка не я прави нито лабораторията, нито гинекологът. Това го прави генетичния консултант. По същия начин, когато става въпрос за прекъсване на бременност по медицински показания, решението се взема от генетичния консултант. Той дава становище, че аномалиите са несъвместими с живота, а акушер-гинеколога казва може ли да се прекъсне бременността безопасно за жената.

Вещото лице Д. С., заявява, че всяка една бременност трябва да преминава през определени изследвания. Преценява се конкретно и не всички бременни жени трябва да минават през високоспециализирани изследвания : между 11 - та и 13 -та гестационна седмица – биохимичен скрининг, между 19 -та и 23 -та гестационна седмица - феталната морфология и третата морфология, която е в 36 -та гестационна седмица. Специалистите в

България, които правят изследването Фетална морфология са малко, като съвременните световни препоръки са всяка една бременна жена да минава през тези прегледи. Потвърждава, че тези прегледи се плащат от бременните жени и не се поемат от Здравната каса. Изследването е ехографско и няма никакъв риск от него за бременността и за майката. С този метод се оглеждат изключително детайлно всичките органи на плода и има различни правила, по които се следи за нормалното му развитие. Има ситуации, в които може да се види нещо, което да бъде като вариант на нормата и което да насочва към необходимост от допълнителни изследвания. Не винаги е задължително да се види груба структурна аномалия, може да има и по деликатни маркери - така наречените „меки маркери“, които да насочат специалиста към допълнителни изследвания. Когато има намалено тегло на плода, лекарят има три съмнение: плацентата да не функционира правилно, да има фетални инфекции или да има генетични заболявания. При наличие на някое от тези неща се коментира и преценява дали трябва да се правят някакви допълнителни изследвания. В случая обаче, по-ниско тегло е установено едва след раждането. Това изоставане на плода е започнало още в утробата, а според документацията, е установено след раждането. Биометричните данни на плода се установяват с обикновен ехографски преглед, но от направените ехографските изследвания, ВЛ казва, че не вижда общо тегло, няма персентил, което да даде насока за това дали е изостанало или не. В неговата практика заявява, че работи по персентили, т.е. между 10-ти и 90-ти персентил за всичките параметри. Другите две изследвания, които се правят - хориоцентеза и кордоцентеза, те са инвазивни и имат съответния риск: риск от аборт - 1:1000, риск от инфекции - 1:1000 и риск от това да не се получи резултат - 1:200. Поради това близо половината от жените, дори да им бъде предложено да бъде направено такова изследване, отказват. Пояснева, че при наличие на генетично заболяване или друго тежко заболяване, бременността може да бъде прекъсната по медицински показания и след 24 -та седмица, когато е общо взето законния срок за прекъсване. До кога най-късно това е могло да стане, през 2016 година, не е било още уточнено и въпросът е бил дискуссионен. Това е така поради обстоятелството, че колкото по-напреднала е бременността, толкова по-висок е рискът за бременната, но той е толкова висок, колкото е и самото раждане. Д. С. счита, че ранният скрининг не е бил труден дори за откриване на процесния вид заболяване, ако е имало някакви маркери е можело да има съмнение, а в късния срок на бременността е можело и да се диагностицира. При диагностициран от него при Фетална морфология генетичен дефект, пациентите биват насочени за консултация с генетик и ако има установен такъв, се обсъжда възможността за прекъсване на бременността. Не само при висок риск от най-разпространените генетични аномалии, ВЛ би насочило пациентката си към допълнителни изследвания, тъй като високият риск е една от индикациите да се извърши инвазивно генетично изследване, дали амниоцентеза или хорионбиопсия, с които се взема генетичен материал. Индикации за извършване на такива манипулации са и: структурни аномалии, съмнения за инфекции, наличие на фамилна анамнеза за определени заболявания и т.н. В конкретния случай не може да се каже имало ли е такива индикации, тъй като има само един резултат от скрининг и няма изследвани данни за структурни аномалии на плода и меки маркери. Първо се

подхожда с извършване на фетална морфология и оттам, ако се намерят структурни аномалии или маркери, може да се предложи да се извърши инвазивна процедура. Единственият маркер, който д-р С. е установил в документацията, който е бил виден пренатално, това е теглото на плода, което е можело да бъде установено в третия триместър със сигурност.

Вещото лице проф. д-р В. Г., счита, че Наредба №26, прил.6, т.8, която е цитирана в заключението, изисква независимо какъв е резултатът от изследването биохимичен скрининг, то задължително да бъде последвана от високоспециализирано ултразвуково изследване - фетална анатомия(морфология) в 19-та - 22-ра седмица. Според ВЛ наредбата има на общо основание приложение за случая, а не само за най-честите хромозомни болести, като тя уточнява само кои изследвания са за сметка на Касата и кои не са. Същата посочва, че за честите е задължително да се прави, а за останалите - се подразбира, те не са изключени. Това се потвърждава и от ВЛ проф. д-р Р. Т., която заявява: „Ако пневмонията е често заболяване, това означава ли, че ще лекуваме само пневмонията, а няма да лекуваме муковисцидозата, която е много по-рядко заболяване!? Не е така. Наредбата не разглежда от тази гледна точка нещата. Генетичният консултант заедно с акушер-гинеколога решават, трябва ли да кажем на жената да не се тревожи и че феталната морфология е достатъчна, ако не виждаме големи малформации, бебето е здраво или: „Вие сте на 38 години, имате два спонтанни аборта и при тази ситуация, ние Ви препоръчваме да направите пренатална диагностика.“ Отново изтъква, че вероятността „да се хване“ хромозомно заболяване с пренаталната диагноза е много по-висока, отколкото с биохимичен скрининг. При биохимичния скрининг е показан теоретичен риск, а при пренаталното изследване, под микроскопа, се гледат хромозомите и се търси хромозомната аномалия. Може да има чести, може да има и редки. Феталната морфология дава грубите аномалии - на мозъка, на бъбреците, на сърцето, на крайници и т.н. Те могат да насочат за някакви допълнителни изследвания, но с нея не се вижда Тризомия 8 или Тризомия 2 или Тризомия 1. Те се виждат на микроскоп и не винаги на микроскоп, а със специално изследване, когато детето се роди. Пренатално се хващат една част, които могат да се видят по време на амниоцентеза. Професор Т. заявява също, че ако ишцата беше дошла при нея с резултатът от биохимичния скрининг, тя би ѝ обяснила, че този риск за нея е висок и би ѝ препоръча да направи пренатална диагноза. А ако се установи мозаицизма, който е установила проф. К. след раждането - 90%, би ѝ препоръчала да прекъсне бременността, защото това означава, че има 90% вероятност детето да развие цялата тази клинична картина.

При така установеното от фактическа страна могат да се изведат следните изводи: [Наредба № 19/22.12.2014г. за утвърждаване на медицинския стандарт "Акушерство и гинекология"](#) на МЗ е отменена с Решение № 11894/07.11.2016г. на ВАС, в сила от 14.03.2017г. и е възстановено действието на отменената Наредба № 12/21.07.2014г. със същото наименование и със сходно съдържание. Безспорно относима за случая е наредбата, която е действала в периода, за когато се твърди нарушаване на правилото за поведение -

през 2015/2016г., когато е наблюдавана бременността, а именно Наредба №*/22.12.2014г., която е отменена занапред, считано от 14.03.2017г. В Дял VI, т.4 от Глава XX „Проследяване на бременност с повишен риск (рискова бременност) от същата наредба, и по-точно в т.4.2. са посочени фактори, които определят повишен риск за бременността и налагат разширяване на алгоритъма за проследяване на нормалната бременност, а именно фактори, произтичащи от особеностите на здрава бременна: т.4.2.1 - при възраст над 34 години на бременната следва да бъдат извършени две допълнителни акушерски ехографии, които в случая безспорно са извършени; серум скрининг за алфа-фетопротеин и бета - ЧХГ (15-а и 19-та гестационна седмица), от които е извършен само един в 17+1 гестационна седмица. При позитивен скрининг се придвижва генетична консултация, Биопсия на хориални вѐси или амниоцентеза в зависимост от получените резултати; в т.4.2.1.9.1 - при предходни спонтанни аборти - клинично и ехографско изследване на долния маточен сегмент; изследване за токсоплазмоза; медикогенетична консултация; издирване на резултати от хистологични, микробиологични и други изследвания на абортирани в миналото тъкани; пренатална диагностика на вродените аномалии на концептуса (плода).

Както се установи по-горе, няма съставени документи от ответника д-р П., които ясно да сочат, че той е считал бременността на ищцата Т. П. за рискова. Напротив-в издадените амбулаторни листове, той е посочил, че бременността ѝ е първа и че е нормална. За разлика напр. от епикризата, издадена от МБАЛ“Д-р Г.СТрански“ЕАД/на л. 56 от прил.дело на СГС/, в която е отразено, че бременността е трета, а раждането – първо и че е след операция –миомектомия през 2012г., а в епикризата на детето/на л.632/ – че е с малко за възрастта си тегло, родено от високорискова бременност.Действително, извършено е едно скринингово изследване в лаборатория „Рамус“ в гр.Плевен, което в 17+1 г.с. е изчислило статистическия риск от три от най-често срещаните генетични заболявания, който, съобразно нормите, с които борави лабораторията, е бил отчетен като нисък. От заключението на комплексната СМЕ, обаче, се установява, че има и други чести генетични заболявания, които не са били обект на това изследване. Вещите лица считат, че при наличие от една страна на рискова бременност по общи показатели/възраст, предходни 2 спонтанни аборта и операция от миома/, и от друга страна - една изчислена стойност/чрез скрининг/ за синдром на Даун - 1:272, което според проф д-р В. Г. е „толкова, колкото и 1:250, тъй като 16% е грешката на теста“, ВЛ считат, че риска не е бил нисък, тъй като тези стойности са изключително близки. Дават заключение, че при такива стойности от скрининг изследването, би следвало наблюдаващия бременността АГ специалист да насочи пациентката си за генетично консултиране. Професор д-р Р. Т. заявява също, че ако тя беше консултирала ищцата, с такъв резултат от биохимичния скрининг, тя би ѝ обяснила, че този риск за нея е висок и ще ѝ препоръча да направи пренатална диагноза. А ако пренатално е установен мозаицизма, който е установила проф. К. след раждането - 90%, - би □ препоръчала да прекъсне бременността, защото това означава, че има 90% вероятност детето да развие цялата тази клинична картина.

От заключението на тримата експерти се опровергава твърдяното от ответника

д-р П., че не е бил длъжен да продължи и разшири изследванията на ищцата. Съобразно заключението и разясненията в ОСЗ, ВЛ считат, че когато е получен резултата от бихимичен скрининг, е следвало бременната да се насочи към генетичен консултант, който да прецени риск 1:272/ за Болест на Даун/, висок ли е конкретно за тази жена, като го конкретизира с оглед нейната възраст и с нейната акушерска анамнеза, тъй като тази преценка не следва да я прави нито лабораторията, нито гинекологът, а съответния специалист - генетичен консултант. Нещо повече - когато се обсъжда прекъсване на бременност по медицински показания, решението се взема от генетичния консултант и ако той дава становище, че аномалиите са несъвместими с живота, тогава акушер-гинеколога казва може ли да се прекъсне бременността безопасно за жената.

Не се установява твърдението на ответниците, че ищцата е била насочена към изследването фетална морфология. Единствените данни за това са в показанията на св. Н. С., които следва да се считат за неубедителни, заинтересовани и неподкрепени с други събрани по делото доказателства. Видно от заключението и обясненията на АГ специалиста доктор Б. С. е, че добрата практика и медицинския стандарт по АГ изисква при рискова бременност, като процесния случай, между 11- та и 13-та гестационна седмица да се направи /ранен/биохимичен скрининг, между 19-та и 23-та г.с. - феталната морфология/ФМ/ и третата морфология - в 36-та г.с., тъй като изследването ФМ е ехографско и при него няма никакъв риск за бременността и за майката. С този метод се оглеждат изключително детайлно всичките органи на плода и с него може да се види нещо, което не е в нормата и което да насочва към необходимост от допълнителни изследвания. Понякога са достатъчни и т.н. „меки маркери“ и не е задължително да се види груба структурна аномалия, за да се продължи с другите по-инвазивни методи. Другите две изследвания, които се правят - хориоцентеза и кордоцентеза, които са инвазивни и при тях има съответния риск се правят, в зависимост от резултата от предходните - фетална морфология и генетично консултиране.

Съгласно СМЕ не само при висок риск от най-разпространените генетични аномалии, лекарят следва да насочи пациентката към допълнителни изследвания, тъй като високият риск е една от индикациите да се извърши инвазивно генетично изследване - дали амниоцентеза или хорионбиопсия, с които се взема генетичен материал. Първо, обаче, се подхожда с извършване на фетална морфология и ако се намерят структурни аномалии или маркери, може да се предложи да се извърши инвазивна процедура. Индикации за извършване на такива манипулации са и: структурни аномалии, съмнения за инфекции, наличие на фамилна анамнеза за определени заболяване и т.н. Макар че в конкретния случай не може да се каже имало ли е такива индикации, тъй като има само един резултат от скрининг и няма изследвани данни за структурни аномалии на плода и меки маркери, по-важното е, че ранният скрининг не е бил труден дори за откриване на този вид заболяване - Тризомия 8. Ако е имало някакви маркери е можело да се породи съмнение, а в късния срок на бременността - е можело да се диагностицира след консултация с генетик и ако има установена аномалия - да се обсъжда възможността за прекъсване на бременността. В тази връзка се сочи, че колкото по-напреднала е бременността, толкова по-висок е рискът за

бременната, но той е толкова висок, колкото е и самото раждане.

Единственият маркер, който д-р С. е видял в документацията, който е бил виден пренатално, това е теглото на плода, което е можело да бъде установено в третия триместър със сигурност. Въпреки извършените от д-р П. ехографски прегледи, от които се установяват биометричните данни за плода, намаленото тегло не е било отчетено като рисков фактор, водещ до допълнителни изследвания. Съгласно заключението и представените медицински документи от постнаталните изследвания, не се вижда ясно описание на видими сериозно изразени промени в лицето и скелета на новороденото, които биха били от помощ при преценката на състоянието на плода след установяването им пренатално с УЗ, но съвсем неоспоримо е, че теглото на новороденото при раждането е много ниско и изоставането в растежа на плода е можело да се знае още по време на бременността, респективно - да насочи към обсъждане на възможни причини за това, между които са и множество вродени нарушения, вкл. хромозомни аномалии.

В осз от ВЛ е пояснено, че когато има намалено тегло на плода, лекарят има три съмнение: плацентата да не функционира правилно, да има фетални инфекции или да има генетични заболявания. При наличие на някое от тези неща се коментира и преценява дали трябва да се правят някакви допълнителни изследвания. В случая обаче, по-ниско тегло е установено едва след раждането. Това изоставане на плода е започнало още в утробата, а според документация, е установено след раждането. Биометричните данни на плода се установяват с обикновен ехографски преглед, но от направените от д-р П. ехографските изследвания, ВЛ Д. С. казва, че не вижда общо тегло, няма персентил, което да даде насока за това дали е изостанало или не, като според него следва да се работи по персентил,/между 10-ти и 90-ти персентил за всичките параметри/.

Така изложеното може да се обобщи и се свежда до следното: Ответниците оспорват твърдението, че при наблюдението на бременността на Т. П. д-р П. е допуснал лекарска грешка чрез бездействие, като не е предприел нужните действия за установяване на генетичната аномалия на роденото от П. дете пренатално, с което им е причинил неимуществени вреди-болки и страдания от раждането на дете с Тризомия 8, която е довела до множество усложнения и ранна смърт на детето. Ответникът д-р П. признава, че в случая са настъпили вреди за родителите, но оспорва, че е допуснал лекарска грешка и носи отговорност за тези вреди. Счита, че е извършил всички задължителни за проследяването на бременността прегледи и изследвания на пациентката си и след резултата от биохимичен скрининг, който е сочел на нисък риск от генетични заболявания, не е бил длъжен да предприема други действия. С оглед вида на заболяването, то е било неустановимо пренатално.

От подробно разгледаните по-горе същност и възможност за диагностициране на рядкото генетично заболяване, може да се направи обоснован извод, че вредоносният резултат в настоящия казус е бил предотвратим, като с оглед данните по делото обсъдени по-горе, той не може да се определи като случаен. Ако случайна е спонтанно възникналата хромозомна генетична малформация, то не е „случайно събитие“ бездействието тя да бъде

установена с подходящи и познати на медицинската наука и практика методи за изследване. Според ВЛ индикациите за откриването на рядкото генетично заболяване при детето М. С. са общите индикации за наличие на хромозомна аномалия. Пренаталната диагноза - ултразвуковата, може да покаже някои по-груби аномалии и тази информация предварително би могла да се предостави на родителите, а именно че за този ембрион/фетус/, при който е установена хромозомна аномалия, може да се очакват определени нарушения на органите.

При положение, че тризомите представляват около 35% от причините за спонтанните аборти, съгл. КСМЕ, то при два предходни такива, качествено проследяване на следващата бременност, както се установи-рискова, е изисквало по-голям обем от медицински грижи. Точното изпълнение на възложената от МЦ „ЕВРИКА 2010“ ООД медицинска услуга на здравно-осигурени лица е изисквало извършването на посочените по-горе действия - прегледи и изследвания, адекватни за съответния пациент-независимо дали за негова сметка или за сметка на здравното осигуряване. Установи се, че диагностицирането на вроденото генетично заболяване, макар и изключително рядко такова, е било възможно, при прилагането на дължимата грижа. Мозайцизмът по тризомия 8 (Т8М) при живородени е почти винаги резултат на постзиготно неразделяне с една допълнителна (свръхбройна) хромозома, като поради постзиготното неразделяне при Т8М тризомичните клетки не са равномерно разпределени във всички тъкани и това предизвиква вариращи фенотипни аномалии, но това състояние се развива далеч преди раждането и не е неустановимо. Не може да се каже със сигурност в коя гестационна седмица настъпва Т8М, но клиничните ѝ прояви, които имат много широк спектър, могат да започнат по всяко време след спонтанната и поява и са могли да бъдат изследвани. За главен рисков фактор за появата на Т8М се приема възрастта на бременната майка, което в случая не е отчетено в достатъчна степен при преценка на риска и необходимостта от извършване на генетична консултация, каквато безспорно не е била препоръчана. Обичайно не е животозастрашаващо за бебето и не представлява опасност по време на бременността, но родителите са имали право да узнаят за вероятността от съществуването му, за да преценят с помощта на съответните специалисти, евентуалните физически нарушения и интелектуална недостатъчност на чаканото дете.

Обстоятелството, че решението дали да продължи бременността, би било трудно с оглед на това, че няма корелация между нивото на мозайцизм и тежестта на клиничните прояви и, че последните могат да варират в много широк интервал - от нормален фенотип до силно увреждащи нарушения на фенотипа, не отменя правото им на избор. Трудната диагностика, според ВЛ, не означава, че случаите на Т8М, а и на други хромозомни анеуплоидии, ще бъдат пропускани пренатално, ако е осъществено надлежно обхващане според нормативните документи и добрата лекарска практика. Нещо повече – в епикризата /на л.122 и сл. от прил. дело/, издадена от УМБАЛ“Царица Йоана-ИСУЛ“ЕАД – София на починалото дете, подписана от Началника на клиниката по детска клинична хематология и онкология проф. д-р Д. К., лекуващия лекар доц.М. Й. и от дежурния лекар д-

р Ат.Б., като диагноза е посочена освен Тризомия 8 и тризомия 21 синдром, т.е. рядко срещаната Т8М е комбинирана с втора тризомия/комбинирана анеуплоидия/, която тризомия 21/Синдром на Даун/, съгласно скрининговото изследване от 30.12.2015г. е сред на-често разпространените и която въпреки дадено заключение за нисък риск от проява, е била установена при детето, но едва след раждането му.

По отношение на относимостта на Наредба № 26, Приложение № 6, т.8 от 14 юни 2007г. на МЗ за предоставяне на акушерска помощ на здравно неосигурени жени и за извършване на изследвания извън обхвата на задължителното здравно осигуряване на деца и бременни жени, която ВЛ са приели за приложима, но неприложена за случая, съдът също счита, че по-аргумент за по-силното основание, след като грижата за неосигурените жени изисква освен биохимичен скрининг и фетална морфология в 19-22 гестационна седмица, то за тези, които са със заплатени здравни осигуровки, тази грижа следва да се счита за дължима и в предписаните им изследвания да се включва фетална морфология.

Ето защо съдът намира за обоснован изводът, че противоправното деяние в случая е бездействието на д-р П. да разшири алгоритъма за проследяване на бременността, когато е бил длъжен да го направи, вземайки предвид конкретния клиничен случай на рискова бременност на жена на възраст 38 г., с два спонтанни аборта и операция на миома. Той не е извършил втори серум скрининг, както и генетична консултация за пренатална диагностика за вродени аномалии/малформации на плода, нито фетална морфология, която е била възможна, подходяща и безопасна за пациентката, като с това не е спазил нормираното в медицински стандарт поведение, изискващо по-голяма прецизност в случаи на бременност, която е рискова. Според категоричното заключение на вещите лица, това се изисква от добрата медицинска практика и дължимата за пациента грижа, като в зависимост от резултатите от тези изследвания е могло да се развие различен алгоритъм за проследяване на бременната и назначаване на други допълнителни изследвания. Въпрос на предположение е какво би се установило от тези изследвания и не следва да се правят спекулации относно възможното решение, което биха взели бъдещите родители относно продължаване на бременността. Същественото е, че при извършването на необходимите изследвания, е било възможно на по-ранен етап от бременността да се установи наличието на увреждането на плода.

С оглед адекватните очаквания на пациентката, основателен е доводът, че увреждането е било установимо преди раждането макар и не на 100%, с оглед развитието на медицинската наука и съвременни технологии и това би дало избор на родителите. Вещите лица са изтъкнали, че Генетично консултиране от специалист по медицинска генетика е било наложително, като в такива случаи е от критично значение да се помогне на засегнатите да разберат комплексността на различните възможни изходи и да се насочат те към ресурси за групова подкрепа. Консултирането трябва да се извърши в ранна гестационна възраст, тъй като някои двойки могат да изберат да прекъснат бременността, поради особената несигурност и потенциалната тежест на диагнозата Т8М в сравнение с повечето други плацентни мозайцизми, а забавянето на изследването ще бъде допълнителна

тежест за родителската двойка. В случая, обаче, те са били в пълно невидение относно наличието на отклонение от нормалното развитие на детето им. Индикация за това е било и ниското тегло на плода, неотговарящо на гестационната седмица, установено при последното ултразвуково изследване в медицинския център, но този резултат също не е провокирал у наблюдаващия лекар намерение да търси причината за отклонението от нормалното тегло. Не са назначени никакви допълнителни изследвания, независимо дали ще се заплащат от Здравната каса или от пациента. Този въпрос въобще не е бил поставян доколкото липсва документ за подобно предписание, а даже не се и твърди такова. Поради това с бездействието си ответника е нарушил принципа на адекватните очаквания, като не е осъществил медицинската си дейност, съобразно с медицинските стандарти и закона относно достатъчност на грижите.

Изводът на съда за противоправно поведението не се повлиява от обстоятелството, че част от обсъжданите от ВЛ действия, не са били задължителни. Съобразно принципа на адекватните очаквания - при наличие на необходимост от лекарско наблюдение на бременността, във връзка с която пациентката се е обърнала към лекаря, адекватните очаквания са, че специалистът ще предложи и осъществи такова наблюдение, което съобразено с медицинските стандарти и добрите практики ще и обезпечи раждане на здраво дете или своевременно установяване на отклонение от нормалното му развитие, съобразно регламентираните в Закона за здравето права на пациента.

Предвид изложеното съдът намира, че исковите претенции са доказани по основание. От събраните и обсъдени доказателства се установяват както елементите на деликтната отговорност по чл.45 от ЗЗД по отношение на прекия причинител на увреждането, така и елементите на гаранционно-обезпечителната отговорност по [чл. 49 ЗЗД](#) по отношение на ответния Медицински център, който следва да понесе солидарна отговорност за вредите на ищите. Гражданската отговорност от деликт възниква от сложен фактически състав, включващ кумулативно пет елемента: поведение, противоправност на поведението, вреди, причинна връзка между противоправното поведение и вредите и вина. Произтича от общото задължение да не се вреди другиму. Поведението може да се изрази в действие, бездействие или комбинация от повече от едно действие и/или бездействие. Деликвентът дължи обезщетение за всички преки вреди –чл.51, ал.1 ЗЗД, като понятието предвидими вреди не се отнася за деликтната отговорност. Противоправността се изразява в нарушаване на императивна правна норма, независимо дали се касае за общата забрана на чл.45 ЗЗД да не се вреди другиму или до специален деликтен състав. При бездействие е необходимо вредоносното поведение да нарушава конкретно правно задължение. Вредите са неблагоприятните последици от засягане на защитени от правото блага. Постоянната тенденция към повишаване на културното равнище на обществото и хуманизиране на правото налагат неимуществените вреди да бъдат обезщетявани. Обезщетението за неимуществени вреди също има компенсаторна функция, както и при имуществените, тъй като неимуществените вреди, независимо от своя характер, могат да бъдат обезщетявани с пари. Съдебната практика ограничава неимуществените вреди главно до три групи

случаи: физически болки и страдания от телесни увреждания; емоционални болки и страдания, причинени от смърт на близък роднина или съпруг; страдание от неизпълнено обещание за брак.

При деликт отговорността не зависи от формата на вината. Деликвентът отговаря за всички преки и непосредствени вреди, независимо дали е действал умишлено или небрежно-чл.51, ал.1 ЗЗД. Правно-релевантната причинна връзка, тази която обосновава търсене на отговорност произтича от правилото на чл.51, ал.1 ЗЗД - поведението на деликвента е тогава причина за резултата, когато ако мислено бъде премахнато от цялата съвкупност от факти/необходими условия/, резултатът не би настъпил. Наличието на причинно-следствена връзка между поведението на ответника д-р П. и вредите на ищците е установена от заключението на комплексната СМЕ и от обясненията на лекарите в открито заседание, които на множеството задавани въпроси относно дължимото и адекватно поведение на лекаря за превенция на възникналата генетична аномалия, са отговорили еднозначно, че е могло тя да бъде диагностицирана пренатално и този, който е следвало да извърши това като осведоми бъдещата майка, че бременността ѝ е рискова и назначи съответните изследвания и консултации, е именно проследяващия бременността АГ специалист д-р П.. Ето защо съдът приема, че това становище дава основание за се направи извода, че от допуснатия пропуск да се диагностицира навременно Т8М се е стигнало до раждане на дете с генетичен синдром, свързан с високостепенен /над 90% /мозаицизъм, при което са се развили вследствие на заболяването усложнения довели до фаталния край, след множество хоспитализации и лечение на детето.

Съобразно изискването на чл.51, ал.2 ЗЗД деликвента отговаря за всички преки и непосредствени вреди, които са в причинна зависимост от увреждащото поведението/действие и/или бездействие/, което е тяхно необходимо условие. Преките вреди са тези, които са типична последица от противоправното поведение на дееца, тези които са устойчиви и повторяеми и биха се проявили всеки път, при същите съпътстващи условия. В настоящия казус при неинформиране на родителите, че бременността е рискова и при липсваща пренатална диагноза на вродено заболяване, би се проявил същия увреждащ резултат. Следователно поведението на ответника е необходимо условие за настъпване на резултата. То, обаче, е само част от съвкупността образуваща причината за смъртта на детето. С оглед индивидуалния случай, от значение за формиране на причината е и друг юридически факт – спонтанно възникналата генна мутация. При наличието на такава мутация и при същите съпътстващи обстоятелства, отново би се стигнало до същия резултат. Но ако ответникът беше действал професионално и правомерно, можеше да се предотвратят вредните последици от раждането на дете с увреждане и последващата скръб от загубата му, след създаването на емоционална връзка между него и родителите му. Ето защо противоправното поведение на ответника, макар да не е единствената причина за смъртта на детето, то е в причинно-следствена връзка с този резултат. Причинната верига не се е прекъснала поради това, че юридическият факт/факта от обективната действителност появата на малформация предхожда противоправното поведение.

Къде в границите на естествената причинна зависимост трябва да се поставят границите на отговорността. Съгласно законовата норма деликвентът отговаря за всички преки вреди, които са причинени от противоправния резултат и за които причинната връзка не прекъсва, които са адекватна последица на поведението му. В епикризата /на л.122 и сл. от прил. дело/, издадена след смъртта на детето от УМБАЛ“Царица Йоана-ИСУЛ“ЕАД – София, са описани свързаните с гинетичната аномалия аномалии и заболявания, сред които полиорганна недостатъчност, сърдечна и дихателна недостатъчност, които увреждания според КСМЕ, са пряката причина за смъртта на детето. Не са установени фактори, които да прекъсват причинната верига, като напр. некачествено лечение на детето или др. подобни действия на трети лица. Ето защо, според съда, и смъртта на детето следва да се счита за последица от противоправното поведение.

Не следва да се смесва причинността с вината. Вината във всички случаи на непозволено увреждане, съгласно изричната разпоредба на чл. 45, ал.2 ЗЗД, се предполага до доказване на противното. Предположението, че не е положена дължимата грижа, означава, че противоправният резултат е бил предвидим и предотвратим чрез полагането на адекватната грижа от лекаря. В доказателствена тежест на ответниците е да оборят законовата презумпция, но в случая такова доказване не е успешно проведено и предположението установено в чл.45, ал.2 ЗЗД не е оборено.

Анотирана съдебна практика По отношение вредите на ищеца А. С.– те произтичат от същите действия/бездействие осъществено спрямо майката на детето, довели до пропуск да се диагностицира и до раждането на детето им с вродено генетично заболяване. И майката и бащата на детето, са имали право да знаят за възможността за наличие на генетично заболяване на плода, за да съобразят своето поведение като бъдещи родители, с тази информация. По отношение вредите на пострадалия ищец следва да се има предвид и това, че когато се натрупват вредни последици и се засягат блага на лица, различни от пострадалия, който е пациент, те също трябва да бъдат обезщетени. Достатъчна е фактическата връзка между поведението на дееца и засягането на благата на пострадалите лица. Причинителят на увреждането не е необходимо да е виновен и по отношение на тези увредени. Отговорността възниква щом поведението му не е било в съответствие с изискванията на дължимата грижа спрямо пострадалия пациент.

С оглед възраженията на ответниците, отново следва да се подчертае, че основните общи причини за изключване на отговорността са: непреодолима сила, поведение на пострадалия или на трето лице, което прекъсва причинната връзка. Съдът приема, че в случая не се касае до случайно събитие, което да изключва отговорността на лекаря. От избора на видовете изследвания до прецизното им разчитане и консултиране, без да се вреди на пациента, е било във възможностите на наблюдаващия лекар. Безспорно е, че д-р П. е изявен специалист в своята област с подходяща квалификация и дълъг опит в проследявания на бременност. Няма основание да се счита, че ищцата Т. П. с поведението си е допринесла за вредоносния резултат - тя е предоставила нужната информация на лекаря, изпълнявала е стриктно указаният му, посещавала го е редовно, заедно със съпруга си и не е имала

представа, че носи дете с възможни увреждания, а след раждането му, същата е направила необходимото за да го лекуват и да се удължи живота му. Ето защо, ако се е стигнало до увредата ѝ, то този професионален риск следва да се поеме от лекаря, който с бездействието си го е пречинил, а не от нея като пациентка. Друго щеше да е ако бяха предписани и направени обсъжданите по-горе изследвания и консултации и въпреки това не се беше достигнало до пренатална диагноза. Или въпреки диагнозата, беше решено да бъде родено дете с възможни увреждания.

С оглед установяване размера на вредите, съдът взе предвид следното : Ишците са претърпели множество болки и страдания, свързани с настъпвалите продължително, в период на четири години усложнение в здравословното състояние на детето им, което е починало вследствие на вродената аномалия и свързаните с нея полиорганна недостатъчност, остра сърдечна и дихателна недостатъчност довели до смъртта му, които са в пряка причинно-следствена връзка с проявената от д-р П. професионална небрежност. Освен изложеното по-горе, от свидетелските показания на майката на ищцата св.Г. П. П., се установява, че след всяка консултация при д-р П., дъщеря ѝ е казвала, че всичко с бременността ѝ е нормално. Свидетелката дава показание, че винаги двамата с А. са ходили на прегледите и каквото се е изисквало от тяхна страна, е изпълнявано. Никога не са споделяли за никакви съмнения или „отрицателни неща“. Приели са, че е така и са се доверили на лекаря. Свидетелката твърди, че дъщеря ѝ не е ходила при други лекари и тя не знае за такива посещения. По отношение на това как се е отразила смъртта на детето на родителите, установява, че детето е било повече в болница отколкото в дома си, с месеци, до последно...Родителите са били непрекъснато – и денем, и нощем с него - ту в София, ту в Плевен. Майката не се е откъсвала от детето си и двамата с бащата А. са били много грижовни родители. След смъртта на М., състоянието им е било неописуемо. В продължение на следващите два месеца не са могли да се върнат към нормален живот. И двамата са изпаднали в депресия. Докато детето им е било в болница, родителите са се Н.вали на добър изход, но са били непрекъснато под напрежение и притеснение. Сега посещават гроба на детето си непрекъснато. Когато има възможност, и свидетелката ходи с тях. Свидетелката твърди също, че дъщеря ѝ е споделяла, че се страхува да забременее отново, макар че имат желание за дете. Установява също, че не се е знаело преди раждането, че детето е с по-ниско тегло. Едва след това, изнасяйки го от залата, акушерката е казала, че бързо го внася в кувьоз, защото детето е с малко килограми за възрастта си. Заедно с ищецът А. свидетелката е отишла в отделението по Неонатология, където са им казали, че детето е със слаб имунитет. Установява, че до 9 месеца детето почти се е развивало нормално. Тогава в отделението са ѝ казали, че дъщеря ѝ е била с рискова бременност и че е трябвало да бъде на болнично лечение през цялото време. Свидетелката твърди, че и до сега родителите са потънали в скръб и че не може лесно да се преживее такова нещо.

С оглед установеното и прилагайки нормата на [чл. 52 от ЗЗД](#), като съобрази вида, характера, интензитета на търпените от пострадалите неимуществени вреди, продължителността им, съдът намира, че обезщетението в размер на 150 000лв. е адекватно

за репарирание на вредите на всеки един от тях. В случая обаче следва да се съобрази и още едно обстоятелство. *Анотирана съдебна практика* В зависимост от това дали дадени вреди са последица единствено от противоправното поведение, следва да се определи и размера на обезщетението, което деликвента дължи. При вреда, която е неделима, не следва да се очаква друго лице да поправи вредите, които не са последица единствено от неговите увреждащи действия, а той следва да понесе отговорност до размера на неговото участие в неделимия вредоносен резултат. Тази неблагоприятна имуществена последица за ищците е следствие от обективния факт на случайното и спонтанно възникване на генната мутация.

Причинният процес не може да се изследва само с оглед на първия или само на последния елемент в каузалната верига, а следва да се преценяват комплексно факторите, които създават всички условия и връзката им с настъпването на вредата. В случая противоправното поведение на доктор П. се е насложило към юридическия факт на настъпилата като природно събитие генетична мутация, формирайки крайния резултат. С оглед обстоятелството, че вредата е съпричинена от юридически факт-настъпилата спонтанно генетична мутация и тъй като чл.53 ЗЗД не се прилага, то следва съответно обезщетението да се намали. Поради изложеното, и при липса на по-ясен критерий за отчитане на приноса на спонтанно възникналата генетична малформация и на човешкото поведение в крайния вредоносен резултат, съдът приема, че той следва да се раздели по равно, т.е по 50 %, като бъде определено обезщетение в размер на по 75 000 лв. за всеки от ищците, а за разликата до 150 000 лева –исковете им бъдат отхвърлени като неоснователни. Предявените искове за солидарно осъждане на ответниците-извършител и възложител следва да бъде уважени в посочените размери, като сумите се дължи ведно с законната лихва, считано от увреждането, настъпило с крайния факт от причинно-следствената верига на 18.08.2020г.

По отношение на възражението за давност, безспорен между страните е факта, че към момента на раждането е имало само съмнение за наличие на генетично увреждане. Изследването, чрез което заболяването е установено е направено на 24.06.2016г., но позававащият се на погасителна давност е следвало да установи кога родителите са узнали за болестта на детето си. Няма доказателства по делото кога Заключение от генетична консултация амб. № 779 (идент. № МАС 13052016), изготвена от генетичния консултант проф. д-р К. К. на 24.06.2016г. им е било предоставено и разяснени последиците от поставената диагноза. Още повече, че съгл. показанията на св. Г. П. през първата година от живота си детето почти се е развивало нормално, което кореспондира и с издадената епикриза за хоспитализирането му в периода от 16.09.2017г. до 20.09.2017г. в „УМБАЛ Царица Йоана - ИСУЛ" ЕАД - гр.София, където е констатирано умереното изоставане в нервно-психическото му развитие. Данни за узнаване на

естеството на генетичната малформация при детето се съдразжат единствено в показанията на св. проф. д-р К. К., която установява, че се е срещнала и разговаряла с родителите на 29.09.2017г., за изследване на техния кариотип и установяване на причината за генетичната аномалия при детето им, с оглед бъдеща бременност на ищцата. Ето защо съдът приема, че най-рано тогава ишците са узнали за характера на увреждането и за възможните последици при такова заболяване, макар че свидетелката не твърди да им е давала по-подробна информация за това. Искова молба на ищцата е подадена на 21.09.2021г., а на ищеца – на 11.10.2021г., поради което не може да се приеме, че е изтекъл петгодишен давностен срок, считано от узнаване за увреждането. Освен това с оглед на вида и размера на установените вреди, причинно-следствената верига е прекъсната едва със смъртта на детето на 18.08.2020г.

Тъй като разглеждането на обратния иск се обуславя от изхода на делото по главния иск, съдът следва да се произнесе и по регресното притезание на една от страните срещу подпомагащата страна по отношение на обезщетението за неимуществени вреди. С обратния иск е поискано в полза на д-р К. П., в случай на уважаване на иска на Т. П. срещу него, да бъдат присъдени в тежест на Застрахователна компания “УНИКА“ЕАД – ответник по обратния иск, сумата 50 000лв., ведно със съответната законна лихва от увреждането и разноски.

От представените по делото писмени доказателства се установява, че съгласно сключения Застрахователен договор по застраховка „Професионална отговорност на лицата, упражняващи медицинска професия“, за която е издаден Сертификат № *** по застрахователен договор № *** от 14.02.2020г., с период на застраховката от 00:00ч. на 16.02.2020г. до 24:00ч. на 15.02.2021г. покритите рискове предмет на обезщетение по застраховката са всички суми ненадхвърлящи договорените лимити на обезщетение които застрахованият бъде законово задължен да заплати като обезщетение при смърт или телесно увреждане, причинени на пациент/и/ при упражняване на медицинска професия. Покритието по застраховката е допълнително и доброволно и приложимо след и над предвиденото по задължителна застраховка по чл. 189 от Закона за здравето и след изчерпване на лимитите по застраховката, предоставяща задължително покритие, съгласно чл.189 от ЗЗ, които могат да обезщетят претенции по задължителна

застраховка „Гражданска отговорност“.

От представените от трето неучастващо по делото лице „УМБАЛ Д-р ГЕОРГИ СТРАНСКИ“ ЕАД град Плевен документи, прил. на л.360 и сл. от делото, е видно, че застраховател на д-р П. по групова задължителна застраховка за периода 13.12.2019г. – 12.12.2020г. е ЗАД „ДаллБогг Живот и здраве“, като няма данни да е предявявана претенция спрямо този застраховател и за изчерпване на лимитите по застраховката, предоставяща задължително покритие, съгласно чл.189 от ЗЗ. Поради това исковата претенция спрямо ЗК“Уника“АД се явява неоснователна. Освен това, видно от чл. 3.2. от Застрахователния договор, на който ищецът се позовава, за застрахователно събитие се приемат случаите, когато претенцията е предявена за пръв път писмено през срока на застраховката, а грешката или пропускът довели до причиняване на вредите са допуснати преди началната дата на срока на застраховката, а именно след ретроактивната дата 16.02.2015г. В случая лекарската грешка е допусната след 16.02.2015г., но претенцията не е предявен в срока на договора, а именно до 12.12.2020г., поради което не следва да се счита за застрахователно събитие по този договор. Представен е и сертификат № ***, който също е към допълнителна доброволна застраховка, „Професионална отговорност на лицата, упражняващи медицинска професия“, по застрахователен договор № *** от 15.02.2021г., и за който важи изложеното по-горе.

Поради изложеното, обратния иск за сумата 50 000лв. се явява неоснователен и следва да бъде отхвърлен. При този изход на делото ответниците следва да бъдат осъдени да заплатят, общо, направените от ищите разноси съразмерно на уважената част от исковите претенции и направените за защитата по тях разноси за адвокатско възнаграждение – на А. С. сумата 700лв. разноси за ДТ и експертиза и адв. Т. П. от САК, адв. възнаграждение по чл.38, ал.2 от ЗА, съобр. Чл.7, ал.2, т.4 от Наредба № 1/09.07.2004г. за минималните размери на адвокатските възнаграждения в размер на 6650лв за осъществено безплатно процесуално представителство на всеки от ищите или общо в размер на 13 300лв. Същевременно съразмерно на отхвърлена част от исковите ответниците имат право на разноси, които съгласно списъкът с разноси на л. 434 са в размер на 10лв.

Съобразно чл.78, ал.10 от ГПК, третото лице помагач нито дължи, нито му се

дължат разноски, както от страната, на която помага, така и от насрещната страна. Когато обаче помагачът е и ответник по обратен иск, той има право на разноските по този иск при отхвърлянето му. В случая, обаче, такива не са претендирани. Разноските за ДТ в размер на 2000лв. на ищеца по обратния иск остават за негова сметка.

Водим от горното, съдът

РЕШИ:

ОСЪЖДА „МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР ЕВРИКА 2010“ООД, с ЕИК ***, със седалище и адрес на управление гр.Плевен, ул.“Георги Кочев“ № 14, ет.1, представлявано от д-р Н. К. П., на основание **чл.49 вр. чл.45 и чл.52 от ЗЗД** и д-р **К. Н. П.**, работещ в същия, със същия служебен адрес, с УИН ***, на основание **чл.45 вр. чл.52 от ЗЗД** да заплатят солидарно, на А. М. С. от гр.К., Плевенска област, ул.“В.“ №*, ЕГН *****, обезщетение в размер на **75 000лева** за неимуществени вреди от претърпени болки и страдания от непозволено увреждане-допусната лекарска грешка при проследяване на бременност и пренатално диагностициране на генетично заболяване на детето му М. А. С., родено на 13.05.2016г. и починало на 18.08.2020г., ведно със законната лихва, считано от 18.08.2020г. до окончателното ѝ изплащане, като за разликата до **150 000лв.** отхвърля иска като НЕОСНОВАТЕЛЕН

ОСЪЖДА „МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР ЕВРИКА 2010“ООД, с ЕИК ***, със седалище и адрес на управление гр.Плевен, ул.“Георги Кочев“ № 14, ет.1, представлявано от д-р Н. К. П., на основание **чл.49 вр. чл.45 и чл.52 от ЗЗД** и д-р **К. Н. П.**, работещ в същия, със същия служебен адрес, с УИН ***, на основание **чл.45 вр. чл.52 от ЗЗД** да заплатят солидарно, на Т. Г. П. от гр.К., Плевенска област, ул.“П.Я.“ №*, ЕГН *****, обезщетение в размер на **75 000лева** за неимуществени вреди от претърпени болки и страдания от непозволено увреждане-допусната лекарска грешка при проследяване на бременност и пренатално диагностициране на генетично заболяване на детето ѝ М. А. С., родено на 13.05.2016г. и починало на 18.08.2020г., ведно със законната лихва, считано от 18.08.2020г. до окончателното ѝ изплащане, като за разликата до **150 000лв.** отхвърля иска като НЕОСНОВАТЕЛЕН.

ОТХВЪРЛЯ предявения от д-р **К. Н. П.**, със служебен адрес: гр.Плевен, ул.“Георги Кочев“ № 14, ет.1, с УИН ***, против Застрахователна компания ”УНИКА”АД, с ЕИК ***, със седалище и адрес на управление гр.София, ул.“Тодор Александров“ № 18, представлявано от изп.директори И. Д. и А. Р., на основание чл. 219, ал. 1 от ГПК във вр. чл. 229 КЗ/отм./, чл.435 КЗ, за заплащане на застрахователно обезщетение в размер на **50 000лева** за допуснатата лекарска грешка от д-р К. П., като НЕОСНОВАТЕЛЕН

ОСЪЖДА „МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР ЕВРИКА 2010“ООД, с ЕИК ***, със седалище и адрес на управление гр.Плевен, ул.“Георги Кочев“ № 14, ет.1, представлявано от д-р Н. К. П. и д-р **К. Н. П.**, със същия служебен адрес, с УИН ***, да заплатят на А. М. С. от гр.К., Плевенска област, ул.“В.“ №*, ЕГН *****, на основание чл.78, ал.1 от ГПК сумата **700лв.** за направени по делото разноси.

ОСЪЖДА „МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР ЕВРИКА 2010“ООД, с ЕИК ***, със седалище и адрес на управление гр.Плевен, ул.“Георги Кочев“ № 14, ет.1, представлявано от д-р Н. К. П. и д-р К. Н. П., със същия служебен адрес, с УИН ***, **да заплатят на основание чл.38, ал.2 ЗА** на адв. Т. П. от САК, адвокатско възнаграждение в размер на 13 300лв. за осъществено безплатно процесуално представителство на ищите Т. Г. П. и на А. М. С..

Делото е решено с участието на трето лице-помагач на страната на ответника: ”УНИКА”АД, с ЕИК ***, със седалище и адрес на управление гр.София, ул.“Тодор Александров“ № 18, представлявано от изп.директори И. Д. и А. Р. и на ЗАД“АЛИАНЦ БЪЛГАРИЯ“ЕИК ***, със седалище и адрес на управление гр.София, ул.“Сребърна“ № 16.

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

Съдия при Окръжен съд – Плевен: _____