

РЕШЕНИЕ

№ 307

гр. Плевен, 06.07.2026 г.

В ИМЕТО НА НАРОДА

ОКРЪЖЕН СЪД – ПЛЕВЕН в публично заседание на шестнадесети юни през две хиляди двадесет и шеста година в следния състав:

Председател: **ТАТЯНА Г. БЕТОВА**

при участието на секретаря АНА Д. И.
като разгледа докладваното от **ТАТЯНА Г. БЕТОВА** Гражданско дело № 20254400100555 по описа за 2025 година

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

Делото е образувано по искова молба от Я. П. Х., ЕГН ***** и Д. Г. Л., ЕГН *****, двамата от с. ***, обл. Плевен, чрез адв. Т. П. от САК против УМБАЛ „Д-Р ГЕОРГИ СТРАНСКИ“ ЕАД – ПЛЕВЕН, ЕИК 114532352, със седалище и адрес на управление гр. Плевен, ул. "Георги Кочев" №8а, с която е предявен иск с правно основание чл.49 вр. чл.45 от ЗЗД за заплащане на обезщетение за неимуществени вреди в размер по 180 000лв. за всеки ищец, причинени от действия и бездействия на длъжностни лица, които по силата на трудов договор изпълняват дейност по оказване на медицинска помощ на здравно осигурени лица, изразяващи се в забавена лекарска помощ, провеждане на неправилни диагностични и терапевтични процедури и немарлива лекарска намеса, вследствие на които е настъпила смъртта на родилката Е.Я.Б. и на детето и М.Д.С.. Сумите се претендират ведно със законната лихва, считано от датата на увреждането до окончателното им изплащане. Претендират се и направените по делото разноски, вкл. и за адвокатско възнаграждение. Ищцата е майка на Е.Б., а ищецът е неин биологичен баща, без установен произход от него.

В исковата молба се твърди, че на 01.01.2023г. около 05,00 часа Е.Я.Б. е била приета в Акушеро-гинекологично отделение на УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ ЕАД -гр. Плевен, с изтекли води, за първо раждане. В продължение на няколко часа персонала, който е на смяна не е обърнал никакво внимание на родилката и не са предприети никакви адекватни действия за преглед и изграждане, а тя е била оставена да чака повече от 12 часа. Прегледана е чак към 17,00 часа, когато лекарите са установили, че не може да се пристъпи към нормално раждане, поради настъпили усложнения, което наложило да преминат към спешно секцио. Не са и дали никакво медицинско обяснение и информация за състоянието

й. В 19:35 часа Е. е родила живо бебе с размери 3030 гр., ръст 50 см., на име М.Д.Б.. На 02.01.2023г. в 08:30 часа бебето е починало, като в протокола за аутопсията му е записана причина за смъртта - остра бъбречна недостатъчност.

Твърди се, че при извършеното на 01.01.2023г. секцио от лекарите Д. И., Д. Х. и Д. С., при зашиване на матката на Е.Б. е зашипан част от пикочния мехур, което е довело до изтичане на урина в коремната кухина. Вследствие на това, състоянието на Е. се е влошило, коремната кухина е започнала да се пълни с течност, което е довело до перитонит от химичен произход. На 04.01.2023 г., поради силно влошеното състояние на Е.Б., отново се наложила операция – лапаротомия, отново с участието на Д. И.. При отварянето на коремната кухина се е установило наличие на течност в корема и четири лигатури по хода на уретера. Отстранени са две лигатури, но проходимостта на уретера не се е възстановил. Състоянието на Е.Б. и след тази операция е продължило да се влошава.

Твърди се, че на 06.01.2023г. отново се е наложила операция — лапаротомия, отново е установена течност в коремната кухина и оскъдно кървене в миометриума и са поставени два дрена. След всички извършени операции състоянието на Е.Б. е продължило да се влошава и тя е направила два поредни гърча с прехапване на езика и изпадане в безсъзнание. Роднините изрично са заявили, че тя не е правила друг път гърчове и не страда от епилепсия. Състоянието на Е.Б. е станало крайно тежко, дишането ѝ е било отслабено, като лекарите са обяснили на роднините, че матката е инфектирана. Поради наличието на сепсис се прибягнало към отстраняване на матката, за което майката на родилката – ищцата Я. П. Х. е дала съгласие. Операцията е предприета на 10.01.2023г. при общо тежко състояние на родилката. След операцията състоянието и не се е подобрило, била е с 40 градуса температура. На 14.01.2023г. Б. е била в крайно тежко общо състояние – неконтактна, неадекватна и е изпаднала в кома, което състояние е продължило до 01.02.2023г., когато е починала.

Ищците твърдят, че през цялото време медицинските екипи не са предоставяли информация какви медицински мерки се предприемат за Е. – нито на нея, нито на роднините ѝ. Освен това твърдят, че лечебния подход предприет след хоспитализацията ѝ в УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ ЕАД - Плевен не отговаря на действащите медицински стандарти и на правилата на добрата медицинска практика. Забавената лекарска помощ е довела до необходимостта раждането да се извърши чрез секцио. Твърдят, че то е извършено немарливо и неправилно и че това е довело до последвалите усложнения на състоянието на бебето и родилката и до смъртта им. Ищците считат, че извършените и неизвършените действия на служителите на медицинското заведение не покриват изискванията и не отговарят на принципите на правото на медицинска помощ по чл.81 ал.2 от Закона за здравето за своєвременност, достатъчност и качество на медицинска помощ. В случая не са били преценени и съобразени всички обстоятелства от значение за здравословно състояние на Е. и не е предприет правилен подход за едно нормално раждане при бременната жена, която е приета с изтекли околоплодни води.

Ищците твърдят, че като родители на Е. и баба и дядо са детето и, са понесли

непоправими неимуществени вреди, изразяващи се в морални болки и страдания, причинени от загубата им. Твърдят, че тежката психологична травма ще съпътства живота на семейството, което е изгубило най-милото си. Болките, мъките и страданията по загубата на Е.Б. и М. Б. при една нелепа ситуация, допусната да се случи, поради лекарска немарливост и взимане на грешни решения, е променила изцяло и безвъзвратно живота им.

В исковата молба се излагат и следните обстоятелства относно ищеца Д. Г. Л.: Твърди се, че той е биологичният баща на Е.Я.Б., макар по формални причини да не е извършено нейното юридическо признаване при раждането ѝ. В периода около нейното раждане, Д. Л. се е намирал в чужбина. Впоследствие, поради житейски трудности и липса на финансова възможност, не са предприети съответните действия за установяване на произхода от бащата. Твърди се, че Д. Л. е присъствал в живота на Е., участвал е активно в нейното възпитание и отглеждане. Осигурявал и е подкрепа, грижа и стабилност в семейната среда. Е. е израснала с него като с пълноценен баща, възприемала го е като свой родител, с когото е поддържала близка и топла връзка през целия си живот. И понастоящем двамата ищци живеят като семейство и заедно преживяват тежката лична трагедия от загубата на дъщеря си и внучката си. Твърди се, че Д. Л. изживява същата болка като тази на всеки родител, изгубил дете - дълбока, разтърсваща и непреходна. Загубата на дъщеря му и на внучката му М. е оставила дълбок и непоправим отпечатък в живота му.

Ишците се позовават и на съдебната практика, като считат, че отговорност за деликт ще е налице и в случаите, когато при диагностициране на едно заболяване и провеждане на лечение е проявена небрежност, която от своя страна е довела до очевидни пропуски и забавена лекарска намеса, при неправилно поставена диагноза е проведено неадекватно лечение, което от своя страна е довело до летален изход за пациента. Считат, че в случая, и с оглед наличната медицинска документация за лечение на Е.Б. в УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ ЕАД – Плевен, е налице именно забавена лекарска помощ, провеждане на неправилни диагностични и терапевтични процедури и немарлива лекарска намеса, което е довело до смъртта на Е.Б. и детето и М., както и до причиняване на неимуществени вреди на ишците. В заключение ишците молят съда, да постанови решение, с което да осъди ответника УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ ЕАД - Плевен, да им заплати сумите, както следва: сумата от 180 000лв. на Я. П. Х. и сумата от 180 000лв. на Д. Г. Л., представляващи обезщетение за претърпените от тях неимуществени вреди, вследствие на смъртта на техната дъщеря, ведно със законната лихва, считано от 01.02.2023г. - датата на смъртта на Е.Б., както и направените разноски, вкл. адвокатско възнаграждение по чл.38 ал.1 т.2 от ЗАдв.

В срока по чл. 131 ал. 1 ГПК е постъпил писмен отговор от ответника УНИВЕРСИТЕТСКА МНОГОПРОФИЛНА БОЛНИЦА ЗА АКТИВНО ЛЕЧЕНИЕ „Д-Р ГЕОРГИ СТРАНСКИ" ЕАД - ПЛЕВЕН, представлявано от Изпълнителния директор доц. д-р А.В., чрез пълномощника адв. Т. Г. от ПЛАК. Ответникът счита, че Д. Г. Л. не е активно материалноправно легитимиран да предяви иск по чл.49, вр. чл.45 и чл.52 от ЗЗД, като посочва, че в приложеното Удостоверение за съпруг/а и родствени връзки изх. №

0283/23.06.2025г. на Община - Плевен, Кметство – с. *** няма данни ищецът Д. Г. Л., който твърди, че е биологичен баща да се намира в родствена връзка с починалата на 01.02.2023г. Е.Я.Б.. Твърди, че произхода не е установен с презумпцията по чл.61 ал.1 от СК или чрез припознаване по чл.64 от СК или по установения в чл.69 от СК съдебен ред, поради което счита за недопустимо съединяването на иск за установяване на произход с иск за обезщетение.

Ответникът оспорва изцяло предявения иск по основание, размер, както и фактическите твърдения в исковата молба. Счита за невярно твърдението, че лечебния подход при хоспитализацията на Е. Б. не отговаря на действащите медицински стандарти и на правилата на добрата медицинска практика, както и счита за невярно твърдението за забавена лекарска помощ, която е довела до раждането със секцио. Твърди, че в случая натоварените с извършването на работата лица към 01.01.2023г. са били служители на УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ ЕАД, в структурите: Отделение по Акушерство, Отделение по анестезиология и интензивно лечение (ОАИЛ), с изключение на Акад. д-р Г.Г., който след свикан консилиум по молба на изпълнителния директор е извършил операция, съгласно Оперативен протокол № 8/10.01.2023г., с екип в състав: Оператор: Акад. проф. д-р Г.Г., Асистент: Д. Ц., Анестезиолог: д-р Г.Д.. Твърди, че медицинските екипи са действали правомерно и не са причинили вреда. Противопоставят се твърденията, че медицинския екип на болницата са висококвалифицирани специалисти, притежаващи необходимия опит и че липсва каквато и да е причинно-следствена връзка между твърдяното противоправно поведение и настъпилите за ищците неимуществени вреди. Не са налице пропуски, нарушаващи добрата медицинска практика, нито са допуснати грешки, било поради некомпетентност, било от бездействие или небрежност. В отговора на исковата молба подробно са описани всички извършени и документирани по съответния ред дейности по оказване на медицинска помощ на родилката. Всички изследвания, манипулации и операции и резултатите от тях.

Ответникът оспорва твърденията, че лечебният подход при хоспитализацията на родилката не отговаря на действащите медицински стандарти и че е забавена лекарската помощ, което е довело до раждането чрез секцио. Изтъква, че пациентката е приета с начална родилна дейност на 01.01.2023г. със спонтанно пукнат околоплоден мехур. Предвид наличието на тесен таз от II-ра степен, дежурният лекар е назначил допълнителни изследвания и консултации за евентуално Цезарово сечение. На 01.01.2023г. 06:15 ч. е първият запис на детски сърдечни тонове /ДСТ/, описан в ДЕКУРЗУСИ към ИЗ № 2/2023г. Записът е „добър“. ДСТ са 135 уд./мин. с ОСЧ /основната сърдечна честота/ от 135 уд./мин. Пояснено е, че ОСЧ означава колко най-често са ДСТ, като нормални са ДСТ от 120 до 160 уд./мин. Отчетени са и показателите вариабилност и реактивност, като записът показва добра вариабилност и реактивност под наблюдението на д-р В. Я.. На 01.01.2023г. 11:44ч. е констатирано 1,5 см. разширение, спонтанно пукване на околоплодния мехур /СПОМ/ - бистри води. Глава, прилегнала на таза, под наблюдението на Д. Х., Д. С.. На 01.01.2023г. 14:39ч. е констатирано 3 см. разширение, спонтанно пукване на околоплодния мехур

/СПОМ/ - бистри води. Глава, прилегнала на таза. Назначена е 1 амп. Buscolysin, под наблюдението на Д. Х., Д. С.. На 01.01.2023г. 16:21ч. е констатирано 4,5-5 см. разширение, /СПОМ/ - бистри води. Глава, ангажирана с малък сегмент във входа на таза. Пациентката е била под наблюдението на Д. Х., Д. С.. На 01.01.2023г. 17:50ч. е констатирано 6-7 см. разширение, /СПОМ/ - бистри води. Глава, ангажирана с малък към среден сегмент във входа на таза. Назначена е 1 амп. Atropin, под наблюдението на Д. Х., Д. С.. На 01.01.2023г. 18:50ч. е констатирано ДСТ ритмични и ясни, пълно разширение. Глава, ангажирана с голям сегмент във входа на таза, начални напъни. Пациентката е била под наблюдението на Д. Х., Д. С.. На 01.01.2023г. 19:00ч. е констатирано ДСТ-100 уд/мин., ритмични и ясни, Поради ненапредване на раждането, глава в една плоскост на таза, е взето решение да се наложи вакуум. Пациентката е била под наблюдението на Д. Х., Д. С.. Направени са 2 неуспешни опита за налагане на малка пелота, поради наличен Caput succedaneum и жената е преведена веднага в операционна зала, извикан е регионален консултант АГ - Д. И. и дежурен неонатолог в родилна зала. На 01.01.2023г. 19:15ч. е посочено, че раждащата напъва неритмично при пълно разширение. При напън главата се задържа в една и съща плоскост, взето решение за спешно оперативно родоразширение чрез Sectio Caesarea. Раждането е на 01.01.2023г. 19:35ч., кално-зелени води при раждането. Раждането на плацентата е регистрирано в 19:37. Със следните особености: плацента gr III с множество калцификати и зловонна миризма.

Изтъква се, че на 01.01.2023г. до 19:00ч. няма регистрирани данни за страдание на плода и няма индикации за преминаване към Цезарово сечение. Раждащата е била проследявана и наблюдавана от екипа на болницата. На 04.01.2023г. се извършва КАТ на корем и малък таз с контраст, при което се установява хидронефроза с хидроуретер в дясно. Разширението се проследява до входа на малкия таз, в близост до маточното тяло, в която област се открива изтекъл контраст, което е белег за лезия на уретер. Тази диагноза е наложила операция по спешност. На 04.01.2023г. е извършена операция с начало 15:15ч. и край 17:45ч., в която се ревизира зоната на десния уретер и се открива налична лигатура. Действията на медицинския екип са описани в оперативния протокол. Ответникът твърди, че получаването на уретална лезия /прекъсване, зашиване, лигиране/ или друго нарушаване на целостта на уретера е възможно оперативно усложнение, поради извършеното по спешност Цезарово сечение и наличието на обилно кървене в малкия таз с голяма кръвозагуба. Твърди, че нито лезията, нито хидронефрозата са животозастрашаващи, тъй като са открити и са лекувани навреме. Бъбречната функция и оперирания уретер са наблюдавани в следващите дни, видно от направените кръвни изследвания, ЕХО и КАТ, консултации с уролог на 07.01.2023г. и 09.01.2023г., при които е установено, че урологичната операция е успешна и допуснатата лезия няма пряка връзка с леталния изход на пациентката.

Позовавайки се на практиката на ВКС, ответникът счита, че при постановяване на решението следва да бъде обсъдено не само какви действия са били предприети или не са били извършени от медицинските специалисти, но и доколко те са отговаряли на дължимото, съобразно утвърдените медицински изисквания, както и да се

установи, че в причинна връзка от това поведение са настъпили вреди. Досежно доказателствената тежест за установяване на причинно следствената връзка, е изтъкнато, че ищците следва да установят, че деянието е решаващо, вътрешно необходимо/не случайно/ свързано с резултата; в цялата поредица от явления причината да предшества следствието и да го поражда, като вредата закономерно да произтича от деянието. Необходимо е причинният процес да се ограничи до неговото типично, закономерно, а не случайно развитие. То е достатъчно условие когато би причинило вредата само при обичайно стечение на обстоятелствата. В заключение, ответникът моли за отхвърляне на исковите претенции и за заплащане на разноските му по делото.

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 и субективно съединени два осъдителни иска с правно основание чл.49 ЗЗД, вр. с чл.45 и 52 от ЗЗД, от Я. П. Х. и Д. Г. Л., двамата от с. ***, Плевнска обмласт, срещу УМБАЛ „Д-р Г.Странски“ЕАД- Плевен, за заплащане на обезщетение в размер по 180 000лв. за всеки ищец за неимуществени вреди, причинени от действия и бездействия на длъжностни лица, които по силата на трудов договор изпълняват дейност по оказване на медицинска помощ на здравно осигурени лица в ответното дружество, изразяващи се в претърпени болки и страдания от неправомерно увреждане, вследствие на което е настъпила смъртта на Е.Я.Б. и на новороденото и дете, ведно със законната лихва върху главницата, считано от датата на смъртта – 01.02.2023г. Исковете са допустими и следва да бъдат разгледани по същество.

Както ищцата като майка, така и ищецът като биологичен баща имат право на иск. По отношение на предявеният от Д. Г. Л. иск, безспорно е установено по делото, че този ищец не е сред лицата в родствена връзка с починалата родилка, респ. с детето ѝ, които имат право на обезщетение за неимуществени вреди, съгл. Постановление № 4 от 25.05.1961г., Постановление № 5 от 24.11.1969г. на Пленума на Върховния съд и ТР № 1 от 21.06.2018г. на ВКС по т.д.№ 1/2016г., ОСНГТК. Нито в настоящото, нито в отделно производство може да се установи твърдяното от ищеца бащинство, тъй като смъртта на пълнолетната му дъщеря е настъпила преди припознаването ѝ от него. Произходът от бащата е останал неустановен и не може да бъде установен поради това, че лицето с неустановен произход е навършило пълнолетие, а след това е настъпила и смъртта му. В настоящото производство нито е предявен, нито е приет за съвместно разглеждане с иска по чл.49 от ЗЗД иск за установяване на произход от бащата. Въпреки това, и в съответствие с указанията по тълкуване на закона, дадени ТР № 1 от 21.06.2018г., съдът приема, че искът на Д. Л. е допустим, тъй като с това тълкувателно решение е прието, че само по изключение, право на иск има и всяко друго лице, което е създадо трайна и дълбока емоционална връзка с починалия и търпи от неговата смърт продължителни болки и страдания, които е справедливо да бъдат обезщетени.

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 виновен е причинил другиму, като във всички случаи на непозволено увреждане, вината се предполага до доказване на противното. 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 й състав - противоправно деяние на лице, на което е възложена работа от ответника по трудов или друг договор, причинени вреди при или по повод изпълнението на възложената работа и причинна връзка между противоправното поведение и причинения вредоносен резултат, като във всички хипотези на непозволено увреждане, включително на отговорност по [чл. 49](#) вр. [чл. 45 ЗЗД](#) вината се предполага до доказване на противното.

В нормата на [чл. 79 от Закона за здравето](#) е предвидено, че медицинската помощ в Република България се осъществява чрез прилагане на утвърдени от медицинската наука и практика методи и технологии. Съгласно разпоредбата на [чл. 80 ЗЗ](#) качеството на медицинската помощ се основава на медицински стандарти, утвърдени по реда на [чл. 6, ал. 1 от Закона за лечебните заведения](#) и Правилата за добра медицинска практика, приети и утвърдени по реда на чл. 5, т. 4 от Закона за съсловните организации на лекарите и лекарите по дентална медицина. Правото на медицинска помощ се осъществява при прилагането на основни принципи, между които са своевременност, достатъчност и качество на тази помощ /[чл. 81, ал. 2, т. 1 ЗЗ](#)/. С оглед на гореизложеното следва да се приеме, че противоправно е всяко поведение на лекар, което се намира в противоречие с утвърдените от медицинската наука и практика методи и технологии, с утвърдените по визирания ред медицински стандарти в съответната област и с визираните основни принципи на правото на медицинската помощ - своевременност, достатъчност и качество.

Безспорно е между страните твърдяното в исковата молба, че на 01.01.2023г. около 05,30 часа Е.Я.Б. е била приета за първо раждане, на термин, в Акушеро-гинекологично отделение на УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ ЕАД -гр. Плевен, със спонтанно изтекли околоплодни води, половин час преди това. Няма спор, а се установява и от събраните доказателства, че при постъпването е била прегледана от д-р В. С. Я., която е извършила гинекологичен преглед, при който е установила, че раждането е в начален етап. Поради клинични данни за тесен таз от втора степен, е назначила пълна предоперативна подготовка за евентуално раждане чрез Цезарово сечение.

След изтичане на нощната смяна, декурството в Акушеро-гинекологичната клиника е било поето от Д. Х. и Д. С., които в продължение на часове са наблюдавали напредването на раждането. С оглед липсата на абсолютни противопоказания и при съобразяване с желанието на раждащата, са предприели поведение за раждане по нормален способ. Такова е започнало, при пълно разкритие, едва в 18.50ч., когато Е. е приведена в родилната зала с начални напъни. След използване на няколко помощни техники/вакуумекстрактор и др./, лекарите са установили, че раждането не напредва, а плода страда, поради което са взели решение да преминат към спешно секцио и са превели

жената в операционна зала. В 19:35 часа Е. е родила живо бебе, с размери 3030 гр., ръст 50 см., което е било в силно увредено състояние и реанимацията му е започнала още в родилната зала. На 02.01.2023г. в 08:30 часа бебето е починало, като в протокола за аутопсията му/л.39/ е записано, че роденото в стационар дете е с тежка асфиксия получена при раждането, тежка мултиорганна недостатъчност/кардиогенен шок, респираторен дистрес синдром, остра бъбречна недостатъчност/, с подкожен кръвоизлив и оток на черепния скалп.

Няма спор и по това, че по време на раждането чрез спешно Цезарово сечение, извършено от Д. И., Д. Х. и Д. С. е допуснато увреждане на десния уретер на родилката, което след установяването му с образно изследване, а именно, че има течност в корема, разширяване на десния уретер и задържане на течност в десния бъбрек, е предприета на 04.01.2023г. операция. При тази операция, извършена Д. В. и Д. И. и уролог д-р Ф.Е.-Ш., се е установила непроходимост на десния уретер към пикочния мехур, което е наложило създаване на ново място на навлизане на този уретер в пикочния мехур/уретеро-везико-неостомия/. Поради наличие на кръвене в това пространство след тампониране, е оставена отворена коремната стена/чрез лапаростома/ до 06.01.2023г. когато е извършена третата по ред оперативна интервенция - за вторично затваряне на корема. Оперираната е преведена за едно денонощие в КАИЛ/Клиника по анестезиология и интензивно лечение/

Няма спор, че състоянието на Е.Б. е продължило да се влошава и след връщането и в Клиниката по акушерство и гинекология, като на 08.01.2023г. тя съобщава за загуба на зрение на дясното око, а малко след това прави гърчове с прехапване на езика, след което етново е приведена в КАИЛ. След проведена консултация с акад. Г.Г. и поради това, че родилката е развила сепсис, лекарите от ответната болница са обяснили на роднините, че се налага живоспасяваща операция за отстраняване на инфектираната матка. След получаване на съгласие от майката на родилката – ищцата Я. П. Х., на 10.01.2023г. е извършена и тази операция. След операцията състоянието не се е подобрило, като при КАТ на глава от 11.01.2023г. е установена мозъчна смърт. През следващите дни основните жизнени показатели на пациентката са били поддържани изкуствено. На 14.01.2023г. Е.Б. е изпаднала в кома до 01.02.2023г., когато е починала.

Безспорно е, а се установява и от приложеното удостоверение за съпруг и родствени връзки/ на л. 8 от делото/, че починалата Е.Я.Б. е имала съпруг Д.С.Б. и едноутробна сестра З.Я. Х.. Нейна майка е ищцата Я. П. Х., а роденото дете е кръстила М.Д.С.. Безспорно е, че не е установен произхода на Е. от бащата и такъв не е вписан в акта и за раждане.

Спорно е какъв е бил обема от дължимите грижи за постъпилата в ответното лечебно заведение родилка със спонтанно изтекли околоплодни води, каква медицинска помощ и е оказана, както и допуснати ли са от съответните длъжностни лица /лекари и медицински персонал/ при изпълнение на задълженията им, непозволени действия и/или бездействия, вследствие на които родилката и детето и са починали. Налице ли е причинно-следствена връзка между предприетите действия /или при бездействие/ относно наблюдение

на пациента, диагностициране и лечение на получените след раждането усложнения, както и по време на самото раждане. Дължи ли се обезщетение за неимуществени вреди на двамата ищци и в какъв размер.

За да се произнесе по спора, съдът съобрази следното: В исковата молба и в уточненията в първото съдебно заседание ищците твърдят, че всеки от тях претендира обезщетение в размер на 180 000 лв. за причинени неимуществени вреди само от смъртта на дъщеря им/не и от смъртта на внучката им/. Твърдят, че смъртта е настъпила в ответното болнично заведение, в резултат на медицински деликт. За установяване на твърденията са събрани писмени доказателства за престоя в лечебното заведение на Е.Я.Б. – история на заболяването, съдържащо медицинските документи за извършените в ответната болница операции, диагностициране, наблюдение и лечение на родилката, епикризи, резултати от изследвания и др., които са изследвани подробно от приетата комплексна съдебно-медицинска експертиза. Събрани са и гласни доказателства относно предоставената медицинска помощ, като са разпитани лекарите, които са я оказали. Разпитани са свидетели и за живота на семейството на ищците и за размера на търпяните от тях неимуществени вреди.

От писмената експертиза и от изслушването на вещите лица в открито заседание се установява, че вещите лица Д. И. С. - специалист по акушерство и гинекология, вещо лице от списъка на ВЛ към СГС, Д. А. П. - специалист по хирургия, вещо лице от списъка на ВЛ към СГС и доц. д-р М. М. Г., д.м. - доцент по съдебна медицина и деонтология, вещо лице от списъка на ВЛ към СГС, са достигнали до единодушно заключение относно наличието на редица неправилни действия, както и на проявена пасивност и бездействие, който са в пряка причинно-следствена връзка с настъпилата смърт на родилката. Видно от писменото заключение, след изследване на медицинската документация, намираща се в ИЗ, както и на другите приложени писмени доказателства, а също и на аутопсионните протоколи, вещите лица са посочили като основна причина за смъртта на 18-годишната Е. Б. сепсис, довел до септичен шок и полиорганна недостатъчност. Причините довели до този смъртен изход са открити в неправилно акушерско поведение, настъпили следоперативни усложнения /пуерперален ендометрит и сепсис/, както и в недостатъчната антибиотична терапия. Изтъкнато е, че смъртта е настъпила на фона на подтиснат имунитет, характерен за бременните и раждащи жени.

Вещите лица считат, че в случая са допуснати неправилни медицински решения и действия. Първоначално при приемането на Е.Я.Б. на 01.01.2023г. д-р В. С. Я. е установила, че бременната е на термин, със спукан околоплоден мехур и изтичане на бистри околоплодни води /ОВ/. Детските сърдечни тонове/ДСТ/ са ясни и ритмични - 145 уд./мин. Отбелязано е в документацията, че се касае за първа бременност и раждане, както и че родилката отрича минали заболявания и операции. В по-голямата си част бременността и е била проследявана в Германия, като при приема пациентката не е представила никаква медицинска документация от женска консултация. При прегледа са били измерени параметрите на таза, при което е диагностицирано стеснение на таза от втора степен.

Измерени са : „...обиколка на корема 82 см, височина на матката 31 см, едноплодна бременност, с начална родова дейност, маточна шийка 1/2 скъсена, сакрализирана, разширение 1 см. При вагинално туширане се опипва долният полюс на ОМ, подлежаща част - глава, подвижна на входа на таза, температура, пулс и кръвно налягане са в норма. Теглото на родилката е 53 кг, ръст 156 см, отоци - няма, патологични отклонения по органи и системи не са установени, соматичният статус е без особености.“ Направени са: ултразвуково изследване, акушерски преглед и мониторен запис на плода - NST, назначени са изследвания: ПКК /пълна кръвна картина/, хемостаза, биохимия, йонограма, СУЕ, Васерман, ЕКГ, назначени са консултации с интернист и анестезиолог. Тези действия на дежурният АГ лекар, според експертната отговорност напълно и са съобразени с действащия медицински стандарт и изискванията на КП за раждане, по която е приета бременната.

Въз основа на посочените данни, ВЛ са достигнали до извода, че още при приема е било очевидно, че се касае за високорискова бременност, поради това че родилката е първораждаща на 18 години, с нормално протекла бременност, без допълнителни заболявания, но с тесен таз, който според тях предполага възникването на т.нар. пелви-фетална диспропорция в хода на вагинално раждане, но не посочват предварително да е било установено наличието на такава диспропорция. Въпреки това считат, че е било препоръчително раждането да стане с Цезарово сечение. Позицията се на алгоритмите според действащият стандарт по Акушерство и гинекология, като считат, че за конкретния случай, при отворен околоплоден мехур, и при нормални други показатели, както и липса на придружаваща патология, може да се направи опит за пробно /вагинално/ раждане, но при тесният таз от втора степен, ниският ръст на млада първесица, е следвало да се вземе решение да се проведе Цезарово сечение още в 9-10 часа, когато не е имало страдание на плода и той е бил жизнеспособен.

Според заключението и приложената по делото медицинска документация /ИЗ, прегледи, изследвания, декурзуси/ на името на Е. Б., извършените и документираните от акушер-гинеколозите действия са със следната хронология:

- към 06.15ч. на 01.01.2023г. от NST - ДСТ с ОСЧ - 135 уд/мин., който е с добра вариабилност и реактивност, чести и силни нерегулярни маточни контракции /МК/, извършено от д-р В.С.Я.;
- преглед към 11:44ч. от д-р И.Х. и д-р Г.С.. Обективно състояние - МК на 5 - 6 мин., по 20 сек. Маточната шийка /МШ/ е изгладена, неизтънена, разширение 1,5см. Няма данни за състоянието на плода;
- 01.01.2023г. в 14:39ч. - обективно състояние: Per vaginam: МШ - изгладена, неизтънена, разширение 3см, СПОМ — бистри води, глава прилепнала към входа на таза, терапия: Бусколизин - 1 ампула. Няма данни за състоянието на плода; наблюдавана от д-р И.Х. и д-р Г.С.;
- 01.01.2023г. в 16:21ч. - обективно състояние: Per vaginam: МШ - изгладена, неизтънена, разширение 4,5-5см, СПОМ - бистри води, глава ангажирана с малък сегмент във входа на таза. Няма данни за състоянието на плода - д-р И.Х. и д-р Г.С.;

- 01.01.2023г. в 17:50ч. - обективно състояние: Per vaginam: МШ- изгладена, неизтънена, разширение 6-7см, СПОМ - бистри води, глава ангажирана с малък към среден сегмент във входа на таза. Терапия — Атропин — 1 ампула и.в. Няма данни за състоянието на плода - д-р И.Х. и д-р Г.С.;
 - 01.01.2023г. в 18:50ч. - обективно състояние: МК през 2 мин. по 40сек. ДСТ — ясни и ритмични, Per vaginam: пълно разширение, СПОМ, предлежи глава ангажирана с голям сегмент във входа на таза. Начални напъни - д-р И.Х. и д-р Г.С..
- 01.01.2023г. в 19:00ч. - обективно състояние: поради ненапредване на раждането, глава в една плоскост на таза, ДСТ - 100 уд./мин., ясни и ритмични е взето решение да се наложи вакуум. Извикан дежурен Неонатолог в родилна зала. Направени са два неуспешни опита за налагане на малка пелота и жената е преведена в операционна зала - д-р И.Х. и д-р Г.С.. Повикан е регионален консултант АГ - д-р Г.И.. След установеното ненапредване на раждането, д-р Г.И. взема решение за завършване на раждането, чрез спешно Цезарово сечение, тъй като вагиналното раждане е невъзможно, поради възникнала пелви-фетална диспропорция /невъзможност за израждане на главичката на плода/.

Вещите лица считат, че поради наличие на вътреутробно страдание на плода, което води до асфиксия, е било наложително провеждането по спешност на Цезарово сечение. Било е невъзможно израждане на главичката на плода, което е изисквало спешно приключване на раждането по оперативен път. Вещите лица са разяснили подробно, че „... Цезаровото сечение /ЦС/ е оперативен метод за родоразрешение, при който се прави израждане на плода и придатъците му чрез разрез на коремната стена и матката. То може да бъде планово и се взема въз основа на обективни за плода и/или за бременната причини, или по желание на бъдещата майка. Другият вид ЦС е по спешност, при което в хода на вагиналното раждане, то не напредва или са настъпили усложнения, които налагат извършването на операцията. Според последни проучвания майчината смъртност след ЦС е 13 на 100 000 жени. Плановото ЦС повишава риска от майчина заболяемост 2,5 пъти, докато ЦС по спешност увеличава риска до 6 пъти. Спешното ЦС е рисков фактор за тромбоемболична болест и увеличава риска 4 пъти, което налага извършване на профилактика с нискомолекулни антикоагуланти при оперираните от 12-ия час.

Описали са рисковете при спешно ЦС: по-голяма кръвозагуба в сравнение с плановото ЦС; може да се наложи да се отстрани и матката; по-висока е и честотата на усложненията, като възпаление на коремната кухина - перитонит или възпаление на матката - ендометрит и др.; може да се наранят съседни органи по време на операцията /напр. пикочен мехур, уретер и др./; наблюдава се и по-бавно обратно развитие на матката /връщането ѝ към нормалните размери/; възможно е развитието на хематом - събиране на кръв в коремната стена или кухина, което налага повторно отваряне на корема; възможно е инфектиране на коремният разрез, налагащо лечение, а понякога и вторично зашиване.

В заключението са посочени анализирани от ВЛ данни от медицинската документация, приложена по делото и отразените декурзуси, от кои се установява следното :“..... Следоперативният период е протекъл гладко. На първия ден след операцията,

родилката е била в задоволително общо състояние — температура 37,4°C, коремът мек, леко палпаторно болезнен, матката е добре контрахирана, гърдите са без особености /б.о./, отделяла бистра урина. На третия ден след операцията е в задоволително общо състояние. Коремът е леко балониран, палпаторно болезнен. Матката е на два пръста под пъпа, добре контрахирана. Лохиите са кървави, умерени. Вулвата е умерено оточна. Епизиографията е спокойна, гърдите са спокойни. УЗД от абдоминален преглед - матка - б.о.; кавум утери - б.о. Вечерта е в задоволително общо състояние, фебрилна - 37,6°C, след трансфузия на един сак еритроцитна маса. Коремът е леко балониран, матката е с правилна инволюция, спонтанна микция и дефекация. На четвъртия ден е в подобро общо състояние, афебрилна, бледо жълт цвят на кожата и видимите лигавици. Коремът е мек, слабо палпаторно болезнен, но балониран. Пуснала е газове, не е дефекирала. Матката е с правилна инволюция. Лохии - умерени рубра. Леко изразен оток по лабиите. Уринира спонтанно. Гърдите са меки, движи се. Поради повишено CRP /показател за възпаление/ е взет лохиален секрет за микробиологично изследване и е извикан хирург за консултация.“

Установено е, че веднага след консултацията на доц. В. /хирург/ са назначени образните изследвания - ехография и КАТ /компютърна аксиална томография/ на корем. Поради клиничните данни за локален перитонит и резултатите от образните изследвания за наличие на свободно подвижна течност супрапубично, е предприета спешна, експлоративна лапаротомия. При същата е открита бистра течност в корема, вероятно урина. Вдясно: раздута срединна и дистална част на уретера, извикан е консултант - уролог. „Намериха се 4 лигатури по хода на дилатирания уретер... Отстраниха се 2 лигатури... Постави се уретрална протеза в дистална посока... проксималната част на уретера се протезира с JJ-ендопротеза... се извърши уретероцистонеоанастомоза на ново място с реимплантация на уретер... се ревизира коремната кухина за кървене. В областта на големите илиачни съдове... дифузно кървене... тампонада... лапаростомия за вторично затваряне.“

Въз основа на тази извадка от оперативния протокол ВЛ правят извода, че са извършени адекватни оперативни процедури и техники от специалистите по хирургия и урология, непосредствено след своевременното поставяне на индикациите за необходимата спешна лапаротомия. Вещите лица разясняват, че лезията на уретера е във връзка с променената анатомия от голямата, бременна матка и непосредствената му близост до оперативното поле. Въпреки, че не е водещо страдание в случая, честотата на това усложнение при провеждане на спешно цезарово сечение е в пъти по-висока от ЦС в планов порядък. Лезията на уретера би могла да се предотврати в случай на провеждане на планово секцио, което е могло да бъде осъществено когато не е имало фетално страдание, със значително по-малко рискове за локалното и общото състояние на пациентката. Считат също, че анатомичните особености на раждащата не са позволявали тя да роди по естествен път, а възникналите усложнения е могло да се избегнат при своевременно извършване на ЦС. Поради това, на въпроса на ответника относно съгласието на раждащата за ЦС, ВЛ са изтъкнали, че до момента на настъпване на спешност, дежурният екип неправилно е съобразил съгласието на родилката за вида раждане по естествен път. Считат, че е трябвало

водещият раждането екип да я подготви и да ѝ обясни, че раждането при нея е най-добре да стане чрез ЦС.

В съдебно заседание ВЛ заявяват, че поддържат писменото си заключение. Считат, че до пряката причина за смъртния изход/поради септичен шок и полиорганната недостатъчност/, се е достигнало при развитието на причинно-следствения процес, задействан от погрешно взетото решение от дежурният екип за воденето на раждането. При първоначално правилна подготовка за евентуално секцио, след пристигане на лекарите от дневния екип на първи януари, те решават да пробват раждане по естествен път, което и според ВЛ е най-доброто раждане за всяка жена, но ако има показанията за това. Считат, че случаят е различен, като според дадените разяснения, най-същественото противопоказание е било тесният таз. При приети за нормални показатели за дистално състояние от 25-26см., в случая е измерено 21см; другата дистанция – при норма 28-29см – са измерени 25см., а третият показател от 30-32см е измерен 28см. Последният показател./най-важният/ е 16см. при норма 20см., съгл. замерванията посочени в предоперативната епикриза, изд. от д-р И.. Нещо повече – д-р В. С. счита, че дори да не си акушер-гинеколог, при тези показатели е било очевидно, че „...тази жена няма как да роди по нормален начин“. Добавя, че по принцип родилката идва и се оставя в ръцете на лекарите, които преценяват според конкретните показания, кой е най-добрият метод на раждане. Относно значението на информираното съгласие, вещото лице е пояснил, че лекарят е следвало да обясни на родилката какво е нейното състояние, че има два варианта за раждане, но тъй като тя е на 18 години, забременяла на 17г./почти дете/, с много тесен таз, а главичката на бебето е голяма, няма как една по-голяма главичка да мине през този тесен таз, и затова е следвало да и предложат като най-добър вариант за нея - раждане чрез Цезарово сечение.

Вещите лица приемат, че по принцип желанието на пациента е много важно, но по-важното е дали това желание съвпада с обективните показатели. От обясненията в съдебно заседание се установява и това, че медицинския стандарт за АГ не е нарушен, но в рамките на стандарта, взетото решение не е правилно, а е погрешно според ВЛ, тъй като всеки пациент си е индивидуалност и трябва индивидуален подход. По отношение на констатацията в заключението, че приложената след Цезаровото сечение антибиотична терапия е била недостатъчна, Д. П. хирург, пояснява, че това има значение в по-малка степен, тъй като при наличие на септично състояние, въпреки прилагането на най-съвременни антибиотици, същественото е да се премахне първопричината. Трябва да се търси тази „входна врата“ от която инфекцията влиза директно в кръвообращението и ръси микроорганизми. Твърди, че първото правило в хирургията, още преди Хипократово време е „ubi pus evasua“, което означава, че има ли гной, трябва да се евакуира, има ли септично огнище в организма-трябва да се премахне. Антибиотиците са само една поддържаща част. Основно е наличието на септично състояние, което значи генерализиран гноен инфекциозен процес по цялото тяло, не локално само в матката или епизитомията, а изцяло. Антибиотика би могъл да притъпи, до известна степен, тази обща реакция на организма към инфекцията, което представлява сепсиса, но основното е да бъде санирано огнището –

входната врата. За случая, д-р П. не е могъл да сформира категорично становище дали първоогнището е било в матката и дали премахването ѝ в по-ранен етап, би преустановило процеса на инфектиране. Изтъква, че в перитонеалната кухина има условия за сепсис, при секцио - също, тъй като се отваря една нестерилна кухина в корема. Установил е, че възможностите са повече от една - самото отваряне на матката, а също и при епизиотомията в гениталната област, където има много микроорганизми, както и при зашиването на епизиотомията. Но е категоричен в това, че основната причина не е недостатъчната антибиотична терапия, тъй като в днешно време, огромен процент от смъртните случаи са настъпили на фона на тройна-широкоспектърна антибиотична терапия, когато не е премахнато огнището на инфекция.

По този въпрос доц. д-р М. Г. е отбелязала, че жената не е имала инфекция в матката при постъпването за раждане, предвид вписаното в документацията, че са изтекли бистри околоплодни води. Разяснила е, че бременните са с потиснат имунитет, защото иначе ще изхвърлят плода и това винаги се има предвид от акушер-гинеколозите и те внимават с антибиотичната терапия. Затова счита, че е било препоръчително своевременно секцио, при което още с оперативният разрез ще се направи терапия с антибиотик, която предпазва, за да се роди здраво детето. В случая, когато секциото е спешно, е бил включен само един антибиотик, което според ВЛ е крайно недостатъчно. Относно бързината, с която се е развил сепсиса, ВЛ посочва, че още на вторият ден след раждането са отчетени промени в параклиничните изследвания, като доц. Г. заявява, че не е виждала такива високи стойности в други случаи-че Е. е показала добра реактивност. Д-р П.П. потвърждава наличието на данни за левкоцитоза, С-реактивен протеин и др. и то с доста високи стойности.

Според обясненията на ВЛ д-р С. решението за отстраняване на матката е закъсняло решение. При прегледа от доц. В. на четвъртия ден, когато бременната се оплаква от дискомфорт и подуване на корема, и когато CRP/С-реактивен протеин/ е повишен, което е показател за възпалителен процес, тя назначава ехография и скенер на корема. При ехографското изследване се открива свободна течност в корема, но изследването не стига до матката, където вече е започнал, според него, процеса на инфектиране. Счита, че на четвъртия ден, при коремната операция на уретера, ако е била премахната матката, където вече е започнал процеса, проблемът пак е щял да бъде решен, макар и с цената на матката. Но пациентката е щяла да оживее. Докато се овладее другата патология минават десет дни, а тогава вече сепсиса се е развил и премахването на матката не е могло да я спаси. На въпроса има ли пропуск за установяване и на другата причина за влошените показатели от лабораторните изследвания, след откриване на урологичният проблем с уретера и до там ли спира изследването, вещото лице д-р С. разяснява, че изследването и лечението продължава, но не и на онзи възпалителен процес, който се развива вътре в матката – ендометрита. ВЛ доц. Г. е по-умерена в оценката си и счита, че урологичният проблем доминира проблема в матката и е трябвало да се освободи уретера, защото урината изтича в коремната кухина. Освен това счита, че лекарите не могат да бъдат сигурни от какво се е развил сепсиса.

На въпроса ако лекуващите бяха степенували като второ по важност огнище

на инфекция матката, колко скоро след първата операция е могло да се предприеме следващата операция за премахването ѝ, Д. П. отговаря, че не е могло едновременно да се извършат и двете операции – тази на уретера и другата за отстраняване на матката, тъй като става дума за жена, която е изтощена - веднъж вече е оперирана и ѝ се прави реоперация. Това ВЛ също не е категорично относно това, че е закъсняло премахването на матката, тъй като не е убеден от къде е влязъл микроба, причинил инфекцията, за да приеме, че е трябвало да се направят и двете операции едновременно. В подкрепа на това твърди, че дори на скенера няма някакво особено описание на силно инфектирана матка. Матката не е имала такъв вид от външната ѝ страна. Вътре в ендометриума какво е било положението, не се знае, тъй като това се установява при отваряне на корема. Външно, при експлорацията лекарите не са видели толкова трагично възпалена матка.

Видно от обясненията в ОСЗ вещото лице д-р С. счита, че е имало бездействие през определен период от началото на дневната смяна, като прегледа на пациентката е едва в 9:42ч сутринта, а след като установяват колко е голяма главата на плода, не са направили правилната според него преценка, че такава голяма главичка, в такъв тесен таз не може да влезе. Вещото лице доц. Г. също е изтъкнала категорично, че при изтекли околоплодни води родилката е трябва да бъде активно наблюдавана, защото вече е „отворена вратата“ за инфекция и има риск и за бебето. Досежно съгласието на родилката за вида раждане по естествен път, д-р С. е заявил, че липсва документ за оформен отказ от раждане чрез секцио. Следвало е, след като и препоръчат подходящия за нея метод на раждане и тя не е съгласна с него, да се впише : „Не съм съгласна с операция“ и да се подпише от раждащата. Д-р П. също е потвърдил, че следва да се оформи писмен отказ в ИЗ-то собственоръчно за случаите, при които пациентите отказват операция, която религията или др. причина не им позволява.

От показанията на св. д-р В. С. Я. се установява, че тя е приела родилката Е. Б., на 01.01.2023г., в 05.40 – 6ч сутринта. Включила е запис, назначила е изследвания, с подготовка за евентуално оперативно раждане. Още тогава се е разбрало, че самата пациентка и близките ѝ не желаят тя да ражда чрез секцио. Свидетелката е считала, че жената е за секцио и затова са обсъдили този въпрос. Въпреки това тя е искала да пробва нормално раждане, въпреки че д-р С. ѝ е обяснила, че е рисковано за живота ѝ и този на бебето. Обяснила ѝ е, че ако се налага, може да се премине и към секцио, като я е приканила да си помисли, докато тече подготовката за секциото. Свидетелката разяснява, че в оформения от пациентката документ за информирано съгласие няма реквизит, в който лекарят да впише становището си, тъй като това е документ, който се издава от пациента. След като не е успяла да убеди пациентката си, че за нея не е подходящо нормално раждане, д-р С. се е обадила на д-р И. преди да свърши/в 8ч./ дежурството ѝ, да дойде и двама или трима човека да оформят и да се подпишат под становището си. Казала ѝ е, че жената не желае секцио, но че ѝ пуска подготовка за секцио. Доктор И. е дошла след края на дежурството на д-р С. и такъв документ не е бил създаден. Свидетелката твърди, че след процесния случай вече често се случва да се процедира по този начин.

От показанията на св. Д. И. Х. се установява, че при постъпване на пациентка за раждане се прави акушерски статус, както и тазовата пелвиметрия. При приемане на дежурството от нощната смяна, между 7.30 и 8ч., е намерила пациентката в предродилна зала, сама. След визитация и е направила преглед, за да види дали има динамика, при което е установила, че нещата са същите като акушерски статус, каквито са ѝ ги предали от нощната смяна. Твърди, че практиката в отделението е при жена с начална родилна дейност да се изчаква до шест часа, като се следи разкритието. След това се намесват акушерите, като включват система окситоцин за подпомагане на родилната дейност, ако тя не е достатъчно активна. През това време се прави отново акушерски преглед и се следят сърдечните тонове на бебето. Твърди, че и преди шестия час може да се включи окситоцин с цел скъсяване на периода на изгонването, ако има 5-6см разширение на маточна шийка, мека шийка, главата ангажирана във входа на таза. В този случай не се е наложило да се изчаква, а преди обяд е включена системата и са предприети мерки за раждане по нормален път. За пациентката е било съобщено на регионалния консултант д-р И., която не е било необходимо да присъства на всяко раждане, а само когато бъде повикана. В отделението пациентката се наблюдава от лекар и акушерка, може да има и санитар.

Свидетелката твърди, че решението как да бъде осъществено раждането в конкретния случай е било на д-р И., тъй като след като бъде уведомена - тя е лицето, което изгражда поведение и екипа се съобразява с това поведение, а в случая - че раждането може да протече по нормален механизъм. Е. също е казала, че държи да ражда по нормален механизъм. Свидетелката посочва, че при приемането ѝ в отделението, тя е подписала документи, че е съгласна с нещата, които лекарите извършват: приемане, преглеждане, вземане на изследвания и вземане на решения. Твърди, че лекарите се съобразяват с желанието на бременната как да се случи раждането, доколкото то не пречи на състоянието ѝ и това на бебето. Свидетелката твърди и това, че на Е. е било разяснено, че може да има усложнения от всякакъв тип. Твърди още, че лекарският екип съобщава абсолютно всичко на родилката-какво ги притеснява, какъв е риска и тогава се взема решение. В случая, при достигане на пълно разширение, пациентката е започнала да напъва, тогава са я качили на родилното легло, но напъните са били неефективни и главата си е оставала на едно ниво. Твърди, че след всеки напън са слушали детските тонове. Пробвали са метода Кристелер /натиск върху тялото на матката по време на напън/, за да подпомогнат избутването, като са направили не повече от пет опита. Акушерката или лекаря са тези, които казват на пациента как да напъва, като преди да се качи на родилното легло, в предродилна зала се правят няколко тренировъчни напъна. В случая, Е. е изпълнявала указанията, но нищо не се е променило, поради това е била направена епизиотомия и опит за налагане на вакуум, който метод според свидетелката е доста по-щадящ метод от форцепса. Твърди, че вакуума се използва, за да се подпомогне раждането на главата, в периода на изгонване на плода. Свидетелката е опитала да подпомогне раждането с вакуума. Пояснява, че вакуума представлява пелота, която се налага на главата на плода. Има маркуч, който е свързан с апарат, който повишава налягането, и с помощта на който главата се издърпва. Свидетелката твърди, че е правила опити само няколко минути и след като е видяла, че не са сполучливи е

казала на жената в операционната : „Раждането няма да стане по нормален механизъм, обадете се на д-р И.“. Свидетелката твърди, че тя е взела решението за секцио и докато дойде д-р И./след 5 минути/, екипа вече е извършвал съответните действия по подготовката на раждането чрез спешно секцио. То е било извършено от д-р И., а свидетелката и д-р С. са били асистенти. Била е тежка, кървава операция, в условията на променена анатомия на малък таз, при пълно разширение. Имало е разкъсани кръвоносни съдове и много кръв. След изваждане на бебето, го е поел дежурен неонатолог. Разяснила е как се постъпва по принцип при такава операция: отваря се коремната стена, достига се до матката, вади се бебето, вади се плацентата, зашиват се големите кръвоносни съдове на матката „артерия утерина“ и се започва да се възстановява всичко обратно. Те се шият, както и другите разкъсвания, за да се спре кървенето. С приоритет е изваждането на бебето, кръвоспиране, след това възстановяване, чрез зашиване на съответните структури. Ако има риск и за майката - приоритет е живота на майката. Свидетелката твърди, че в случая, със сигурност е имало риск и за плода, и за майката. Плода е започнал да страда от задущаване.

Свидетелката твърди, че не е могла да разбере за допуснатото увреждане на уретера по време на операцията, която се е провеждала по спешност и при променената анатомия, при която пикочният мехур се вдига много нагоре, уретерите са много близко до утерините и това е била причината да бъде наранен съответният уретер, за който впоследствие са разбрали. Твърди, че операторът е този, който работи с инструментите, реже и шие и ако има някакъв вид увреждане на уретера, най-вероятно го е причинило негово действие. Свидетелката установява, че през нощта след операцията, в следродилна зала е било извършено кръвопреливане, защото родилката е загубила доста кръв. Тогава е била със стабилни жизнени показатели: сърдечна дейност, кръвно налягане, дишане.

Свидетелката д-р Х. твърди, че след включването на системата с окситоцин, се започва повишаване на капката през определени минути, с определен брой капки. Твърди, че задължително се слушат тонове при всяко повишаване на капката окситоцин и съответно, през няколко часа, в зависимост от състоянието на пациентката и нейната родилна дейност, се прави и акушерски преглед. На въпроса, след като видяхте измерените показатели и информацията за конкретната пациентка, смятате ли, че тя можеше да роди по нормален път, свидетелката отговаря, че по принцип, и в конкретният случай, доста са случаите, в които опитват така нареченото пробно раждане и ако нещата не се случат - преминават в оперативно. Преценява дежурният лекар, в случая това е била тя, но след уведомяването на д-р И. е оставила прецедката на разположителния лекар-консултант. Тя самата е имала съмнения, но след консултациите са решили друго. Твърди, че по принцип пациентите, които са с по-различни размери от нормалният таз, се приемат като високорискови, като ръста също е от значение. Размерите на бебето също. При конкретните данни свидетелката твърди, че би предложила оперативния метод за раждане.

От показанията на св. Д. И. се установява, че тя е била разположителен лекар на 01.01.2023г., когато е постъпила за раждане Е.Б.. Извикана е била на обяд за да се определи поведение за раждане. След преглед, и по настояването от страна на раждащата и

на близките ѝ, да ражда по естествен път, са определили поведение „раждане по нормалните пътища, с оперативна готовност“, тоест ако настъпи отклонение в хода на раждането, да бъде преминато към абдоминално родоразрешение. Взели са предвид, че плода е около 3000 гр, както и размерите на таза, преизчислили са на най – важният размер/към 17 см./, който е предопределил това поведение. Свидетелката посочва, че много неща са от значение за определяне на поведението - килограми на жената, височина, формата на таза. В случая са обсъдили статуса, това че бебето не е било едро, с добре прилегнала глава, добре ангажирана към входа на таза, което е сочело на перспективи да се роди при нормален механизъм, като „последната дума“ е била на свидетелката, като регионален разположителен. Същевременно твърди, че поведението след като започне раждането го определя водещият раждането. Повикана е била повторно защото се е достигнало „до по-сериозна ситуация“.

По отношение на декларацията за информирано съгласие и за желанието на пациентката да роди по нормален път, свидетелката дава показание, че е говорила с Е. и е разбрала, че не носи никакви медицински документи. При тази неяснота относно проследяването на бременността, и с оглед резултатите от извършените прегледи в клиниката, свидетелката счита, че е имало повече от 50 процента вероятност да се осъществи раждането по нормален път. Защо не се е случило, свидетелката не знае и не може да предполага, тъй като е прстигнала когато вече главата се е заклещила в празнината на таза и е трябвало да се родоразрешава по някакъв начин. Опитала е да види дали ще може да продължи отдолу през влагалището, като е подканила родилката да напъва отново, тъй като в операционната зала, където е заварила раждащата жена нямало нито вакуум екстрактор, нито форцепси или др. техника. Родилката е била вече доста изморена, и след поредния напън при който главата не е мръднала, а е имало огромен капут, който е слязъл долу в хода на таза, св. д-р И. е взела решение за извършване по спешност на секцио. Опитът не е отнел много време, но е било нужно лекарят да се увери, че няма да се получи, защото в такива положения „е вече много трудно да се върне главата обратно, когато се заклещи“. Станало е много бързо, тъй като обаждането по телефона е било към 19.15ч., а след 10-12 минути са били вече в операция.

Свидетелката твърди, че главата така се е била заклещила, че не е можело да се извади с едно нормално изтегляне отгоре през корема. Трябвало е специализанта да я избутва отдолу през влагалището. Това е отнело доста време, поради това, че в тази ситуация подлежащата част притиска всички околни органи, пикучният мехур и маточната шийка. При това положение на заклещване всичко в малкият таз е било притиснато. Свидетелката казва, че всичко това е повлияло на самата операция и че с големи усилия е „извлякла“ детето. Поради положението на главата вътре в празнината на таза, тя не се е виждала през корема и се е наложило да го теглят за раменния пояс. Свидетелката д-р И. не може да прецени кога се е получило увреждането на уретера на раждащата жена, но смята че е възможно да е станало при това травматично изваждане, при което са се получили дълбоки разкъсвания от двете страни на матката, по кантовете - там където минават уретерите. Но е възможно и когато са възстановявали разкъсванията, при наличието на обилно кървене от

големите маточни съдове. Зашиването им е трябвало да стане много бързо, защото за минута родилката е губела много кръв от тези големи артериални съдове. В този възстановителен ход се е получило легиране на уретера. Нямамо е как да се установи тогава, тъй като е имало дълбоки разкъсвания по матката и не е можело да се аспирира цялата кръв. Не се е виждало добре оперативното поле, което непрекъснато се е пълнело с кръв и при тази ситуация се е налагало да шие малко „на сляпо“. Свидетелят твърди, че въпреки загубата на доста кръв, не е имало спешна нужда от кръвоприливане в момента на операцията и такова е направено през нощта.

По отношение на появилото се усложнение, свидетелката твърди, че тъй като работят на дежурен принцип, не е могла да следи лично за състоянието на пациентката след операцията и не знае кога са се появили симптомите на възникналото усложнение. Твърди, че е участвала и във втората операция, която се е наложила след консултация с хирург и ехографско изследване, при което се е видяла течност в коремната кухина. Твърди, че по време на операцията не е имало данни за урина в коремната кухина. Имамо е легиране на уретера /привързан, заедно с маточните съдове/, при което се е нарушила проходимостта му, не толкова целостта му. Бил е пришит към съдовете, но твърди, че това не е могло да се види при секциото, заради голямото количество кръв след изваждане на плода и при възстановяване на матката. Имамо е и дилатация на уретера, но не в такава степен, както и че с тази операция урологичният проблем е бил отстранен надежно. Но операцията не е била дефинитивно приключена на същия ден, а е била направена коремна стома/лапаростома/. След два дни е била затворена дефинитивно, когато вече не е имало кървене и уретера е функционирал нормално, а диурезата е била адекватна.

Свидетелката дава показание, че към този момент няма как да се разбере дали има или не инфекция в матката, тъй като при тежка инфекция има наледи, но в случая не е имало. Затова се вземат предпазни мерки, като се включват два или три антибиотика. Тази тройна комбинация покрива горе-долу всички опасности, ако не е някакъв причинител, който е резистентен, на който трябва да се прави антибиограма, което отнеме допълнително време. Свидетелката твърди също, че видимо в матката не е имало никакво възпаление, нито е имало изтичане на никакви мирисливи лохии. Не е имало индикация за проблем към този момент, като д-р И. твърди, че ендометрити понякога се проявяват след 5-тия, 6-тия ден. Свидетелката не знае къде е било огнището на заразяване - дали е в корема или в малкият таз. По отношение на проследяването заявява, че жената от първата до втората операция и следващите няколко дни е била в ОАРИЛ /отделение за интензивно лечение в Първа клинична база/ на болницата, където е следена на монитор и резултатите са записвани в декурзуси - температура, сатурация, кръвно налягане, диуреза и всичко останало.

От показанията на св. Д. В. се установява, че са подготвяли пациентката за дехоспитализация, когато се е наложило консултация с хирург. Извършила е консултацията в Първа база, като пациентката е дошла на самоход, придружена от съпругът ѝ, докарана с линейка от Втора база. Имала е кръвни изследвания от същия ден, обзорна графия на корем и ехография/ултразвук/ на корем. От лабораторните изследвания е имало отклонения, но не

са били съществени. От ехографията, обаче, е имало свободна подвижна течност в коремната кухина, а корема ѝ бил видимо балониран и болезнен. Затова по спешност е назначила скенер на корем и малък таз. Резултатът от скенера е показал уринарен перитонит и лезия на десен уретер, което е наложило спешна оперативна интервенция. За резултата от скенера по отношение на това дали може да се установи инфекция на матката, д-р В. твърди, че би могло да бъде видяно, но е отказала да коментира, тъй като не е специалист. Пояснила е, че за перитонита изследването, което е с най-висока информативна стойност е скенера и CRP /С-реактивният протеин/, който е бил завишен. Имало е завишени възпалителни маркери, но не драстично завишени, което е сочело на начален, а не на дифузен перитонит. Интервенцията е била извършена от д-р Ш., като е бил оставен така нареченият „отворен корем“, за да се извърши втори поглед и да се установи има ли продължаващо кървене.

На въпроса имало ли е към датата на ревизията на операцията на уринарния перитонит данни за инфекция на матката, лабораторни или др. изследвания, свидетелката доц. В. отговаря, че е имало клинични показания, тъй като е имало завишени възпалителни маркери - левкоцитоза и CRP, но не е могло да се каже дали са вследствие на уринарния перитонит или вследствие на инфекция на матката. Ако са били установени и двете инфекции едновременно, уринарния перитонит е бил с приоритет. Източника на перитонита, към този момент е била лезията на десния уретер, но няма как да се знае дали е бил единственият източник. Свидетелката счита, че е могло да се извърши комбинирана операция от смесен екип, която да включва корем и матка, ако е била установена инфекция и в матката, но при по-висок оперативен и следоперативен риск. Пояснила е, че рискът е по-голям, тъй като родилките са изключително деликатни по отношение на каквито и да било усложнения.

От показанията на св. Д. С. се установява, че при приемането на пациентката, колегите ѝ от нощната смяна са я прегледали, акушерката е направила измерване на таза и тъй като, на база тези измервания са установили, че бебето е по-голямо, а тазът е по-тесен, както и че това е първо раждане на родилката, са преценили, че жената е за цезарово сечение, като са назначили и съответните изследвания. Тази информация свидетелката е получила при пристигането си на работа, приблизително около осем часа и е поела дежурството като дежурен специалист. Към този момент подготовката за секцио вече е била извършена, като са били пуснати всички необходими изследвания. Към същия този момент нищо не е налагало предприемане на секцио по спешност и затова то се планирало в рамките на деня. Другото, което д-р Х. ѝ е предала, че колегите им са я предупредили, че близките на пациентката са много войнствено настроени, след като са разбрали, че Е. по-скоро е за оперативно раждане, което не желае.

Свидетелката дава показание, че заедно с д-р Х. са отишли да прегледат пациентката и свидетелката лично ѝ е обяснила, че може да се наложи бебето да се роди оперативно, но тя отново е казала, че не иска цезарово сечение, защото ще и остане грозен белег, както и че това не е в техните/ромски/ традиции, а е по-добре да се ражда нормално.

Руса жена от близките на Е. е говорила много агресивно всеки път когато са минавали по коридорите: „Нали няма да я оперирате, да не ми загрозите детето“. Пациентката изразявала същите чувства, когато е говорила с нея, както и с колегите ѝ д-р Х. и Д. И., която в този ден е идвала два пъти в клиниката. Свидетелката потвърждава, че след този случай всички пациентки в подобна ситуация пишат собственоръчно и се подписват, че отказват секцио. Това е промяната, която е настъпила – отказът се отразява в информираното съгласие и в декурзуса от електронната система.

Според свидетелката д-р С. предприетото раждане по нормален път е напредвало, но накрая тоновете на плода са паднали и бебето е започнало да страда. Това е станало в късния следобяд, малко преди да вкарат пациентката в операционната. Когато е започнало „изгонването“ на плода, т.е. пациентката е трябвало вече да напъва, тогава плодът е започнал да страда. Твърди, че по принцип се изчаква определено време и за стимулиране на раждането по естествен път се включва система с окситоцин, като много зависи какъв е статусът на маточната шийка. В този случай е имало време да се изчака и свидетелката твърди, че са приложени всички методи, за да се опита напредване на раждането вагинално. Правени са ѝ медикаменти, които да подпомагат шийката да се разшири. Прилагани са ѝ медикаменти, за да се подпомогнат маточните контракции, защото пациентката не е желала да бъде оперирана. Поради тази причина са извикали Д. И.. В случая не са били налице категорични противопоказания за раждане по вагинален механизъм, тъй като тесният таз не е абсолютна индикация за цезарово сечение. Имали са готовност за цезарово сечение, но са предприели опити за нормално раждане, и под влияние на близките на раждащата, които неколкократно влизали и излизали от отделението и молили да не я оперират, за да не я „инвалидизират“.

Свидетелката д-р С. твърди и това, че когато тазът се измерва акушерски, се определят външните му размери с помощта на апарат, наречен „тазомер“. Той се поставя върху определени точки на таза, а измерването е ориентирано и дава приблизителна представа за вътрешните размери на таза. Няма как да се знае с точност как изглеждат костите отвътре, освен ако не се направи рентгенография. Това е единственият начин, а никой не прави рентгенография на бременна жена в термин, която предстои да ражда. Никъде не се прави цезарово сечение само защото тазът е тесен. Поради това той не е абсолютна индикация за цезарово сечение и не е противопоиндикация за вагинално раждане. Всеки случай е различен и специфичен при всяка жена. По отношение на ръста, смята че жената е била над 1.60см. На въпроса как е наблюдавана раждащата през деня свидетелката твърди, че и е направена ехография по време на дежурството им с д-р Х., която е показала, че бебето е около три килограма. Когато записът на ДСТ е станал лош, са звъннали на Д. И. да дойде, тъй като влизат по спешност на цезарово сечение, което е било много рисково, защото пациентката е стигнала до пълно разширение.

Свидетелката твърди, че през целия ден не е имало никаква индикация за спешност, докато не са паднали тоновете на бебето. В нито един момент преди това, тоновете на плода не са падали под нормалните стойности. Свидетелката и дежурната

акушерка са следяли това. Твърди, че раждащата никога не остава сама в предродилна зала. Споделя, че би било хубаво да е включена жената на монитор и да я следят през целия ден, но това е нямало как да стане. Съществували портативни монитори, които стоят на корема на пациентката и през цялото време може да се гледа записа на плода, как той се чувства по време на контракция, какво се случва, но в болницата нямало такива. В родилна зала имало апарат, с който се е слушат тоновете, но до родилното легло нямало как да е включен. Щом започнело раждането записът се спирал, но тоновете продължавали да се слушат с трансдюсера – преди, по време и след контракция. Това бил същия апарат, но който не е свързан с коланите, за да отпечатва на хартия, защото не било удобно за самите жени и за водещите раждането. Следене на тоновете на бебето не спирало, а в случая, в периода на „изгонване“ са започнали да падат тоновете на бебето и това е била причината да опитат да завършат раждането по-бързо, защото при пълно разширение, когато пациентката е започнала да напъва, цезаровото сечение потенциално е с много повече усложнения. Заради това са опитали първо с вакуум.

От показанията на св. Д. Ц. - началник отделение по акушерство към АГ клиника на УМБАЛ „Георги Странски“, се установява, че не е бил нито по време на раждането на работа, нито по време на втората операция. Твърди, че при визитация е установил умерено балониран корем и е назначил консултация с хирург. Не се ангажира с конкретно твърдение кога най-рано би се проявил симптом от налично възпаление в корема, защото при секциото обикновено първите един, два дни всяка оперирана пациентка има болки, а може да има в катетъра и кървава урина. Пояснява, че каквото е наблюдавано се записва в декурзуса, обикновено от специализанта, а специалиста диктува. На въпроса чия е отговорността за следене състоянието на пациентката след втората операция/на урутера/ и за вземане на последващите решения, д-р Ц. твърди, че всички лекари които са били разположителни или дежурни са я наблюдавали – уролога, акушер гинеколога, коремният хирург, защото екипа е бил мултидисциплинарен. Твърди, че няма забавяне за извършването на втората операция, тъй като корема може да се балонира и на третият, и на четвъртия ден. Не е участвал пряко в тези действия по наблюдение и лечение, само е бил уведомяван за тях. Единствено, когато се е взело по-генералното решение за хистеректомия, той е участвал в операцията, както и при вземането на решението. Консилиумът е бил назначен съвместно от ВРИД Началник на клиника д-р К. П., доц. Л. – директора на болницата, хирурга д-р Г., анестезиолози. Пациентката не се е подобрявала, а е била в реанимация, в медикаментозна кома. При тази ситуации се е взело решението, тъй като се е смятало, че матката е септичното огнище - то е трябвало да се премахне. Преди това решение всички са се фокусирали върху травмата на уретера, а матката не е била източник на огнище и не са имали подозрения, че там има инфекция.

От показанията на св. Д. П.-личен лекар на Е., се установява, че тогава е работил в с.*** като общо-практикуващ лекар.Твърди, че по желание на поциентката, женската й консултация е била водена от Д.ов, в Трето ДКЦ - гр.Плевен, но не знае подробности. Видял я е за последно в края на м. декември 2022г., когато е назначил лечение

за тежка вирусна инфекция, получена след пътуване до Германия. Свидетелят описва пациентката си като нисичко, миловидно русо момиче.

От показанията на св. Ц. Г. Г. се установява, че се е запознала с Е. в болницата. Родила е през нощта и още не е била настанена в стая. Така се е срещнала и разговаряла с Е., която е била в същото помещение на съседно легло. Свидетелката твърди, че Е. се е колебаела относно вида на раждането, защото не е знаела дали ще може да роди нормално. Свидетелката я е питала: „Как искаш да раждаш, с операция или нормално“ и тя е казала: „Не знам, както е по-лесно“, само това и е казала. Имала е много болки и е плачела. Свидетелката твърди, че на Е. са направени различни изследвания при приема и че този въпрос е обсъждан с акушерите, в т.ч. че има тесен таз. Свидетелката потвърждава, че Е. е знаела, че има известен риск да не може да роди по нормален път, заради тесният си таз. Споделила е още, че свекърва ѝ я е уплашила, като ѝ е казала да не ражда с операция, защото може да не се събуди след упойката. Страхувала се е и се е колебаела: „Хем искам нормално, хем не искам нормално.“ Била е объркана.

От показанията на св. З.К. Л.а – майка на ответника Д. Л., се установява, че заедно с децата си, от които синът и Д. е най-големият, са живеели в една къща. След като си е довел момиче, са направили сватба, но не са сключили граждански брак. Нарича ответницата Я. Х. своя снаха. Твърди, че Я. е забременяла с първата ѝ внучка - З., която е кръстена на нея и сега е на 23 години. След една година е забременяла и родила втората си дъщеря - Е.. Всички са живеели заедно и са продължили да живеят заедно и до сега. И двете деца не са били припознати от биологичния им баща, но свидетелката не знае защо. За отношенията на сина ѝ към Е. твърди, че когато тя се е оженила, той ѝ е подарил 6000 лева, които е събрал от работа в Германия. Твърди, че внучката и Е. е била в Германия с мъжа си, със свекърва си и свекъра си и са живеели отделно. Когато е забременяла, на консултациите я е придружавал малкият син на свидетелката, който е знаел немски. Твърди, че бременността е протекла без усложнения. В България е посещавала Д.ов. Твърди че всички в семейството са били в отлични отношения, докато са живеели в една къща, заедно са се хранили, бащата е купувал подаръци и на двете си дъщери. А след като се е оженила Е. се е преместила в дома на мъжа си, който е бил в съседна къща. Били са нормално, спокойно семейство, което си е гледало децата. Бащата е ходел да работи в Германия за по 6 или повече месеца, понякога със семейството си.

От показанията на св. З.Б.М. се установява, че той познава ответника Д. от 30 години и са приятели. От деца живее в едно село. Твърди, че Д. се грижи добре за семейството си. Твърди, че в ромските семейства женитбата е правенето на сватба, без да се сключва граждански брак. И в случая с ищите също е било така и те нямат брак. Твърди, че никога не са се разделяли и че имат две дъщери - К. и З.. Голямата не е женена, а малката е била женена и има сключен брак. Няколко месеца преди сватбата К. е заживяла в новото си семейство, в съседна къща. Твърди, че познава Д. като добър човек, а децата му - като прилични деца, които са ходили са на училище. Не са работили. Д. и Я. са се грижили за тях, а след това К. се е оженила. Свидетелят твърди, че тя е била много близка с баща си и че Д.

си обича децата и счита, че няма значение това, че са с различни имена от неговото. Събирали са се за тържества заедно, били са заедно и в чужбина. Свидетелят знае за преживяната болката на родителите от тежката загуба, тъй като е бил до тях. Емоционално не са били добре, а състоянието им описва като критично.

В делото са приложени и приети като писмени доказателства подписаните от пълнолетната пациентка Е.Я.Б. декларации за информирано съгласие по повод постъпването ѝ в Акушерска клиника на УМБАЛ „Д-р Г. Странски“ ЕАД: Декларация за информирано съгласие на пациента, относно реда на постъпване и провеждане на диагностични изследвания и лечебни процедури, подписана на 01.01.2023г., в 05.40ч., с лекар дал разяснението д-р В.С./на л.440/; Декларация за информирано съгласие за преливане на кръв и кръвни продукти на 01.01.2023г., подписана в 23.00ч./на л.441/; Декларация за информирано съгласие за Цезарово сечение от 01.01.2023г. /на л.442/; Декларация за информирано съгласие на Е.Я.Б. по отношение на източника на заплащане за диагностиката и лечението от 01.01.2023г./на л.443/. Приети са и документите от проведената консултация при Д.ов и при д-р С. В./на л.36-38; л.40-45 и на л.705 -720 от делото/, установяващи проследяването на бременността, проведените консултации, в т.ч. и гинетична, както и обстоятелството, че бременността е протичала без усложнения. Приети са доказателства относно адресната регистрация на ответника и на починалата Е. Х., от които се установява, че са живели на един и същи адрес в с.*** до женитбата на Е..

При така установеното от фактическа страна, съдът намира, че причината за смъртта на родилката Е. Х., която е претърпяла няколко последователни операции в ответното болнично заведение довели до фаталния изход следва да се търси в първата от тях – спешното цезарово сечение – причините да се достигне до решението за провеждането му, начина на извършване на операцията и последиците от нея. Според заключенията на вещите лица от комплексната експертиза и разясненията дадени при приемане на заключението им, до пряката причина за смъртния изход/поради септичен шок и полиорганната недостатъчност/, се е достигнало при развитието на причинно-следствен процес, задействан от погрешно взетото решение от дежурният екип на 01.01.2023г. за воденето на раждането. Първоначално правилно е осъществена подготовка за евентуално секцио, с оглед данните от прегледа и проведените при приемането на родилката изследвания, видно от етапната епикриза по ИЗ № 2/л. 20/, където е предписано поведение : Раждане пер виас натуралис, с оперативна готовност. Предписано е да се стимулира родилната дейност – окситоцин 5Е. В анамнеза /л. 124 от делото/ е посочено, че има родова дейност, ДСТ са ясни и ритмични 145 удъра/мин, с разширение 1см, с подлежаща част глава, подвижна на входа на таза. Така и в лист за преглед на пациент/на л. 439/. Показанията на св. д-р С. сочат, че тя е преценила раждането по естествен път за рисково, предвид установения тесен таз и след като е предприела подготовка за планово секцио, в изчакване на съгласието от пациентката, по телефона е информирала за случая лекаря на разположение д-р Г.И.. След пристигане на лекарите от дневния екип на първи януари, те са решили, че плода не е голям/около три килограма/, преизчислили са най-съществения за раждането параметър от измерените от

нощната смяна и след консултация с регионалния специалист д-р И., са изградили поведение за раждане по естествен начин, при липса на абсолютни противопоказания за такова раждане, като решаващо по думите на св. д-р И., е било нейното мнение.

Лекарите от дневния екип-специалист д-р Е.Х. и специализант д-р Г.С., както и регионалният консултант д-р И. акцентират в показанията си върху нежеланието на пациентката и близките ѝ тя да ражда оперативно. Действително желанието на пациентката е много важно и то следва да се има предвид, но всички лекари – както вещите лица, така и свидетелите потвърждават, че това не е единственият и не е решаващият фактор, когато има медицински противопоказания и рискове за раждане по нормален път. Автономията на пациентката изисква тя да участва във вземането на решения относно начина на раждане, като тя има право да бъде информирана за възможните варианти, респ. за препоръките на лекарите от съответния екип. От друга страна професионалната отговорност на лекаря изисква той да действа съобразно медицинските стандарти и да не предприема действия, които създават неоправдан риск за майката или плода.

Когато съществуват сериозни медицински показатели, че вагиналното раждане е опасно/определени видове предлежание на плода, тежък фетален дистрес и др./ лекарят може да препоръча и дори да настоява за цезарова сечение, защото носи отговорност за безопасността на майката и детето. От друга страна, ако противопоказанията не са абсолютни, а рискът е относителен и подлежи на различна медицинска преценка, както е в случая, желанието на пациентката може да има по-голяма тежест след подробното ѝ информиране за рисковете и ползите при различните варианти. В случая са събрани свидетелски показания, които установяват, че Е. не е искала да ражда чрез секцио, след като е получила информация за състоянието си от д-р С., но тези показания са дадени от лекарите от ответната болница, като същевременно св. Ц. Г., която не е заинтересована от изхода на делото, твърди, че Е. се е колебаела в избора си. Страхувала се е дали ще може да роди по естествен път заради тесния си таз, но се е страхувала да роди и чрез секцио защото е била повлияна от мнението на свекърва си, че може да не се събуди от упойката. С други думи казано, тя не е била категорична и постоянна в мнението си. Свидетелката Г. е дала показание, че Е. е имала болки и е плачела, казала ѝ, че иска да роди както е по-лесно. Безспорно е, че няма оформен писмен отказ от предлагано ѝ планово секцио, което обстоятелство още повече разколебава свидетелските показания на лекарите, че тя е искала да роди единствено и само по естествен път и че те са се съобразили именно с нейното искане до възникване на ситуацията на спешност.

Видно от попълнената при приема ѝ декларация/на л. 440 от делото/ още при постъпването си в 5.40ч. на 01.01.2023г. Е. Я. е декларирала, че „.....**т.8.** Разбирам, че моят лекуващ лекар може да открие и други нарушения на здравето ми, които изискват допълнителни или различни от планираните диагностични изследвания. Упълномощавам лекуващият лекар да извърши всички процедури, необходими за подобряване на здравето ми и препоръчителни от професионална гледна точка; **т.9.** Информирана съм за различните /вкл. хирургични/ методи на лечение, препоръчвани при моето заболяване, резултатите и

възможните усложнения при тях. Дадена ми е възможност за избор/и отказ от тях/. Запозната съм с прогнозата на моето заболяване и напълно съм наясно, че не може да ми бъдат дадени пълни гаранции за резултата от лечението, след като е направено всичко възможно. Съгласна съм да се подложа на предлаганата операция, както и на онези оперативни процедури, които не са уточнени предварително, но биха могли да се окажат наложителни по време на операцията; **т.10.** Разбирам, че при необходимите случаи следва да се прилагат упойка и/или обезболяващи средства. Моля използването на последните по време на и след планираните и допълнително възникнали диагностично-лечебни процедури. Съзнавам, че анестезията крие рискове и опасности; **т.11.** Съгласна съм да приема предписаните лечебни средства и процедури, включително кръв и кръвни продукти при необходимост.....“

При така установеното, съдът приема, че дори да се е страхувала, пациентката още сутринта, след обсъждане на резултатите от изследванията ѝ и след разясненията дадени от св. д-р В. С. Я., е подписала информирано съгласие, което съдържа цитираните текстове, с които пациентката декларира, че е запозната с възможностите за раждане, че е съгласна с решенията на лекарите за запазване на здравето и, в т.ч. и при необходимост чрез оперативен способ, при който може да се налага приложението на упойки и приливането на кръв. Нещо повече – упълномощава лекуващия лекар да извърши всички процедури, необходими за подобряване на здравето ѝ, и препоръчителни от професионална гледна точка. Текста на тази декларация кореспондира с установеното от ВЛ д-р В.С., че раждащата постъпва в отделението и се оставя в „ръцете на лекарите“. Според съда, с тази първа декларация е дадено информираното съгласие от пациента за извършване на всички процедури свързани с раждането, вкл. и оперативни, дори да не бяха подписвани впоследствие изрични декларации за Цезарово сечение и за приливане на кръвни продукти. Ето защо, твърдението за липсващо съгласие е опит на свидетелите – служители в ответната болница „да се скрият“ зад формалния акт, че не е изготвен по-рано/преди 19ч./ изричен документ за съгласие за Цезарово сечение като този на л. 442 от делото.

Няма спор по това, че лекарят не е длъжен да извърши процедура или да води раждането по начин, който противоречи на добрата медицинска практика и създава неприемлив риск. Поради това лекарите от дневната смяна, разпитани като свидетели, твърдят, че до достигането до пълно разкритие и качването на пациентката на родилното легло, не е имало страдание на плода, а раждането е напредвало по избраният от тях начин. Тъй като сам по себе си ниският ръст/155см. съгл. анамнезата на л.124/, тесния таз от втора степен и първото раждане не са абсолютни показания за цезарово сечение, а като се вземе предвид и теглото на плода от около 3000гр. обстоятелството, че дежурният екип е пробвал първо вагинално раждане, не е в нарушение на медицинския стандарт, както твърдят и ВЛ, и е обичайна практика. В тази връзка, когато раждането продължава много часове и преминава през различни дежурства, е възможно различните лекари да имат различна прагова оценка кога да се прекрати опитът за вагинално раждане - единият лекар да е счел, че има реален шанс за вагинално раждане, а следващият да е по-консервативен или обратно. Въпросът е дали някоя от тези преценки е излязла извън границите на допустимия

професионален избор и дали по-рано е трябвало да се потърси старшият специалист при продължително и затруднено раждане.

Действително, липсата на документи за проследяване на бременността е създавало определена несигурност относно размера и положението на плода, състоянието на плацентата, наличието на заболявания на майката, но направените при приемането й изследвания, както и снетата анамнеза са минимализирали рисковите фактори от липсата на мед.документация. Решението е било взето, въз основа на данните за актуалното й състояние при постъпване в болницата и това първоначално решение не е било неправилно. Вещите лица не отричат, че е могло да се направи опит за пробно вагинално раждане, но считат, че е следвало да се вземе решение да се проведе Цезарово сечение още в 9-10 часа на 01.01.2023г., когато не е имало страдание на плода и той е бил жизнеспособен. Каква е била тогава преценката на дежурния екип относно клинично тесния таз и наличието на евентуално несъответствие между главата на плода и родовия канал, не може да се установи, тъй като не е отразено в мед.документи като цифров израз такова несъответствие.

Преценката на експертизата е, че при спонтанно спукан околоплоден мехур, на термин, тесен таз, голям доносен плод, нисък ръст на първораждаща, е следвало да се предполага възникването на т.нар. пелви-фетална диспропорция в хода на вагинално раждане. Поради това е следвало непрекъснато наблюдение на раждащата и плода, и следене дали раждането напредва. Продължителната липса на прогрес след започване на раждането също е могла да насочи към слабост на родовата дейност и наличие на несъответствие между размерите на плода и таза. В експертизата не е посочено дали в часовете до 19ч. когато, съгласно декурзусите е констатирано ненапредване на раждането, е имало друго основание за подобно предположение, които да дадат сериозен сигнал за преоценка на начина на родоразрешение, в т.ч. и за фетален дистрес. В декурзусите действително няма констатирани преди 19ч. данни за фетален дистрес или съмнени за тазово-плодово несъответствие, което да е установено по-рано, но и няма въобще данни за това каква е била честотата на детските сърдечни тонове. Ето защо няма как да се приемат за достоверни свидетелските показания на д-р Е. Х. и Д. С., че до 19ч. не е имало индикации за преминаване към секцио.

Ако имаше данни за измерени ДСТ, а такива липсват за периода от първоначално измерените в 6.15ч. 145-135 уд./мин./според различните писмени доказателства/ чак до 19ч. когато е посочено, че те са 100 уд./мин., можеше да се приеме, че твърдението на екипа за липса на страдание на плода преди това, е доказано. В 18.50ч. е отбелязано, че ДСТ са ясни и ритмични, но отново липсва конкретна стойност. Поради това съдът приема за убедителен изводът на вещите лица от комплексната експертиза, че при такава ситуация много акушер-гинеколози биха обсъдили и предприели цезарово сечение преди пълно разширение и слизване на главата с голям сегмент във входа на таза. Ако екипът беше извършил секцио, въпреки твърдяното желание за естествено раждане, това е щяло да бъде напълно обосновано медицинско решение. Още повече, че не може да се приеме за доказано твърдението за отказ от секцио от страна на родилката, по посочените по-горе

причини. Обратно, ако е продължено вагинално раждане въпреки ясни признаци за невъзможност то да завърши безопасно, тогава възниква въпросът дали е действано достатъчно своевременно. Поради това, от правна гледна точка, въпросът не е дали родилката е искала нормално раждане, а каква е била обективната медицинска картина към съответния момент, какви са били данните от прегледите-разкритие, контракции, сърдечни тонове на плода.

Видно от данните в декурзусите за разкритието/в 11:44ч.-1,5см; в 14:39ч.-3см; в 16:21ч.-4,5-5см; в 17:50ч.-6-7см.; в 18:50ч.-пълно разширение/. Вписани са данни и за маточните контракции/в 6:15ч. чести и силни нерегулярни МК; в 11:44ч.-на 5-6 мин по 20 сек.; в 14:39ч.-няма данни; в 16:21ч.-няма данни; в 17:50ч. – няма данни; в 18:50ч.-през 2мин. по 40 сек./ Посочено е слизането на плода и каква част от главата е във входа на таза, но липсват данни за сърдечните му тонове. Нещо повече – липсва и твърдение в отговора на исковата молба какви са били те преди настъпването на критичната ситуация около 19ч., като ответникът се задоволява да твърди, че са били нормални и не е имало страдание на плода по-рано. Освен това, според заключението, решението за секцио не би следвало да се основава единствено на сърдечните тонове на плода, а акушерите са могли по-рано да преоценят напредъка на разкритието, слизането на главата, ефективността на контракциите, продължителността на безводния период, данните за възможно несъответствие и тесен таз, както и общото състояние на майката, за което нищо не се коментира в показанията им.

Взетата в АГ отделението предпазна мярка за пациентка с рисков профил е поради наличието на вероятност да се стигне до оперативно родоразрешение е обоснована. Защо вторият екип е променил поведението си или по-точно защо след пробното раждане, не го е преценил е същественият въпрос. В показанията на свидетелката д-р С. се твърди, че предприетото раждане по нормален път е напредвало и чак накрая тоновете на плода са паднали и бебето е започнало да страда. Това е станало в късния следобяд, малко преди да вкарат пациентката в операционната, когато е започнало „изгонването“ на плода, т.е. пациентката е трябвало вече да напъва, тогава плодът е започнал да страда. Твърди, че по принцип се изчаква определено време и много зависи какъв е статусът на маточната шийка. В случая относно този статус е вписвано в декурзуси едно и също – „изгладена, неизтънена“ - и в 11:44ч., и в 14:39ч., и в 16:21ч., и в 17:50ч. В показанията на същата свидетелка се твърди, че за напредване на раждането са правени медикаменти, които да подпомагат шийката да се разшири, както и за подпомагане на маточните контракции. Свидетелката, като част от дневния екип твърди, че през целия ден не е имало никаква индикация за спешност, докато не са паднали тоновете на бебето/19ч./, а те не са падали под нормалните стойности в нито един момент преди това. Както се посочи вече, тези показания не могат да бъдат зачетени като убедителни доколкото не се подкрепят от писмени доказателства или от гласни такива, депозираны от незаинтересовани свидетели. В тази връзка съдът взе предвид и показанията на св. д-р С. за липсата на запис на ДСТ, а именно, че би било хубаво жената да е включена на монитор, за да я следят през целия ден, но това е нямало как да стане. Съществували портативни монитори, които стоят на корема на пациентката и през цялото

време може да се гледа записа на плода, как той се чувства по време на контракция, какво се случва, но в болницата нямало такива. При липса на данни за конкретни измервания, респ. стойности няма как да се приеме за доказано, че следенето на тоновете на бебето не е спирало и че те са били с нормална стойност до 19ч. Липсата на документ отслабва доказателствената позиция на лечебното заведение.

Дори да се приеме, че раждането е напредвало постепенно до 12-тия час от приема, когато след окситоцинова стимулация е достигнато пълно разширение, без данни за състоянието на плода, не може да се направи обоснован извод, че такова 12-часово изчакване е било целесъобразно. Неубедително е твърдението на ответника, че преди 19ч. не е имало индикация за по-ранно цезарово сечение, при положение, че този факт няма как да се провери без наличието на доказателства за следене на детските сърдечни тонове. Ако е имало 6-часово безрезултатно раждане, който период на изчакване се сочи от свидетелите акушер-гинеколози, след спонтанно пукване на околоплоден мехур, съмнение за тесен таз или несъответствие между таза и плода, при липса или минимален прогрес, лекарите на смяна са могли да преосмислят първоначалното си поведение, а не да изчкват до появата на фетален дистрес. Ключовите данни за разкритието, контракциите и състоянието на плода, биха ги мотивирали в един по-ранен час, например в 16:21ч., когато все още главата е навлязла с малък сигмент във входа на таза, а разкритието е било под 5см. да преценят, че този напредък на 10-тия час от раждането е недостатъчен и рисков. Вещите лица сочат още по-ранен час, в който тази преоценка е могла и е следвало да бъде извършена. В този случай, дори да беше доказан факт, че пациентката е предпочитала нормално раждане, той не би бил достатъчно оправдание за забавянето. При наличието на достатъчно признаци, че раждането е блокирало и няма реална перспектива за безопасно вагинално завършване, лекарите е трябвало по-настоятелно да препоръчат оперативно родоразрешение, още повече че с оглед младата възраст и състоянието ѝ, родилката се е колебаела.

Поради изложеното, съдът приема, че медицинските данни са позволявали разумен опит за вагинално раждане, но не може да се приеме, че усложненията са настъпили въпреки адекватните действия на лекарите, тъй като поради липса на доказателства за ефективно следене на ДСТ, не може да се оцени поведението на екипа като адекватно. Нещо повече – ако при пълно разкритие напъните са били неефективни, главата е останала заклещена в малкия таз и е направен опит за вакуум-екстракция, използвани са и др. стандартни акушерски методи без успех, и едва след това е извършено спешно секцио, то следва да се постави въпроса дали с действията/с бездействието си водещият раждането екип не се е поставил сам в ситуацията спешното секцио да е толкова трудно за оператора и изваждането на плода да доведе до множество разкъсвания, голяма кръвозагуба, достигане до тежко фетално вътреутробно страдание при което плодът е достигнал до асфиксия/липса на кислород/ и аспирация на околоплодна течност, както и до установените по-късно урологични усложнения на родилката довели до две операции, непосредствено след раждането. Отговорът на този въпрос в заключението на експертизата е категоричен – предприетото раждане „на всяка цена“ по нормален път -по естествените родови пътища, е

било невъзможно и неправилно е бил приложен вакуум екстрактор и епизиотомия.

Справедливо е да се отбележи, че съгласно показанията на разпитаните свидетели-лекари, това тазово-плодовото несъответствие невинаги може да бъде установено със сигурност предварително. Свидетелката д-р С. твърди, че няма как да се знае с точност как изглеждат костите отвътре, освен ако не се направи рентгенография. Твърди, че това е единственият начин, а никой не прави рентгенография на бременна жена в термин, която предстои да ражда. Обяснимо е защо рентгенова пелвиметрия рядко се използва при терминна бременност и не е рутинен стандарт за вземане на решение за начина на родоразрешение. Но същественото за случая е не дали тазово-плодово несъответствие е било безспорно, а дали разумният акушерски подход е изисквал прекратяване на опита за вагинално раждане по-рано, т.е. имало ли е достатъчно признаци за такова несъответствие между размерите на главата на плода и таза на родителката. Отговорът на този въпрос в експертизата, и най-вече в обясненията на АГ-специалиста д-р В.С. е еднозначен – Тесният таз втора степен е сериозен рисков фактор, съществувал е голям риск от заклещване и е имало шанс да се предотврати това тежко увреждане и смъртта на детето със своевременно преоценяване на ситуацията и с помощта на консултация с по-старшия специалист. Стандартът не е дали лекарят е предвидил резултата, а дали е действал така както би действал разумен и квалифициран специалист при информацията, с която е разполагал в конкретния момент. Много по-лесно е да се каже след настъпил трагичен изход, че е трябвало по-рано да се премине към операция, но в случая професионалната преценка от вещите лица е направена съобразно налична тогава/към съответния момент/ информацията, а не с оглед на знанието как е завършил случая. Това е така защото тазът е триизмерна структура, и дори точното му измерване не дава абсолютен отговор. Отделно от това главата на плода има способност за моделиране и по време на раждането настъпват динамични промени, които не могат напълно да се предвидят предварително. Ето защо заключението е, че продължителното и трудно раждане, заклещването на главата в малкия таз, много трудното цезарово сечение с тежка екстракция на плода, разкъсвания и оперативна травма, седооперативна инфекция на матката, увреждане на уретер, повторни операции, вкл хистеректомия, развитие на сепсис и настъпила смърт, са последица именно на тази закъсняла преценка на първоначално предприетото поведение.

След като главата на плода е била дълбоко вклинена в таза след продължителен период на раждането, оперативното изваждане е било изключително трудно и е довело до разкъсване на матката, масивно кръвотечение, увреждане на пикочния уретера, последваща инфекция и тези рискове от фаталния край са нараствали всеки ден, дори при правилно извършени последващи операции. Доколкото последващите две коремни операции са извършени без констатиране пропуски и нарушения, а лечението на уретерната лезия е било адекватно, според експертизата и разпитаните свидетели, а в следоперативния период няма установени от вещите лица нарушения, същевременно хистеректомията е била извършена при настъпили вече необратими изменения и медицинска кома, то вниманието естествено е изместено към по-ранния етап – воденето на раждането преди секцията и

самото секцио. Дори да се приеме, че е имало някакво съпричиняване на процеса на постепенно влошаване на общото състояние на пациента от страна на екипите от другите отделения на същата болница, то отговорността отново е на възложителя на работата им – ответника.

Поради изложеното, съдът намира че са налице предпоставките за ангажиране на деликтната отговорност на ответника като възложител на работата, при извършването на която е настъпила смъртта на Е. Е.Я.Б.. Противоправно е бездействието да се следи непрекъснато състоянието на постипилата за раждане на термин жена и действията по водене на раждането, които не са били адекватни на това състояние, което поведение е довело до тежко и продължително раждане, тежко увреждане на плода и неговата смърт, както и до последвалите усложнения от спешно секцио, непрекъснато влошаване на състоянието на родилката и нейната смърт. Същественото е, че при извършване на необходимото наблюдение на майката и плода, е било възможно на по-ранен етап от раждането, да се планира и извърши цезарово сечение, което да предотврати страданието на плода, както и необратимите увреждания на родилката и настъпилата смърт. Не се касае за случайно събитие или за каквото и да било принос на родилката за настъпване на този резултат. Не са се оправдали адекватните очаквания на пациентката, която е била здрава, да роди здраво доносно дете, като е дала информирано съгласие с което е предоставила избора на методите на действие на професионалната преценка на служителите от ответната болница. Съобразно принципа на адекватните очаквания, при наличие на необходимост от здравна помощ и лекарско наблюдение на раждането, пациентката се е обърнала към болничното заведение, като е упълномощила лекарите да вземат необходимите мерки за запазването на нейното и на детето ѝ здраве, адекватно е те да сторят това в съответствие със своята квалификация и опит, при съблюдаване на медицинските стандарти и добрите практики като обезпечат раждане на здраво дете.

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 преките причинители на увреждането-съответните лекари в трудово-правни отношения с ответната болница, така и елементите на гаранционно-обезпечителната отговорност по чл.49 от ЗЗД по отношение на ответника УМБАЛ“Д-р Г.Странски“ЕАД. 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, и произтича от общото задължение да не се вреди другиму. Всички предпоставки са налице. Противоправното поведение в случая се изразява в комбинация от повече от едно действие и 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 императивни правни норми, независимо дали се касае за общата забрана на чл.45 ЗЗД да не се вреди другиму или до специалните норми на чл. 79, чл.80, чл.81, ал.2, т.1 от Закона за здравето.

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. Наличието на причинно-следствена връзка между поведението на лекарите и вредите на ищите е установена от заключението на комплексната СМЕ, подкрепена от другите събрани по делото доказателства. 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 лекарите. В доказателствена тежест на ответника е да обори законовата презумпция, но в случая такова доказване не е успешно проведено и предположението установено в чл.45, ал.2 ЗЗД не е оборено.

Обезщетението за неимуществени вреди има компенсаторна функция, 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. В случая вредите на ищата Я. П. Х. са от смърт на близък роднина – дъщеря. По отношение вредите на ищеца Д. Г. Л., те произтичат от близката му, макар и не родствена, поради неустановения произход на Е. от него, връзка. Онази дълбока и трайна връзка, която ТР № 1/21.06.2018г. по т.д. № 1/2016г. на ВКС изисква, за да се породи право на обезщетение за неимуществени вреди, в случая произтича от качеството му на фактически родител на починалата. Според събраните и неопровергани доказателства, ищецът Д. Л. е лицето, което фактически е изпълнявало трайно родителските функции по отношение на починалата. В случая е доказано, че реално е съществувало семейство от двама родители-ищите, които са създали и отгледали двете си дъщери, без семейството да е формализирало съществуването си чрез сключване на брак, както и без установяване на произхода на децата от бащата-починалата Е. и сестра й З./кръстена на свидетелката З.-майка на ищеца Д./В случая е доказано, чрез разпита на свидетелите З. Л.а и З.М., както и с кореспондиращите с тях писмени доказателства, че от раждането им двете момичета са отглеждани от родителите си Я. и Д., ходили са на училище, живеели са в една къща в с. ***, а Е. след женитбата си през 2021г. се е преместила в съседната къща – на семейството на съпруга й Д..

Поради изложеното, съдът приема, че не е необходимо да се прилага същият критерий за „изключителност“ на емоционалната връзка, изграден в практиката за братя, сестри, баби и дядовци. Достатъчно е да се установи, че между Е. и ищеца е съществувала действителна връзка родител-дете. След като убедително е доказана връзката между Е. и баща й, с когото тя има отношения от раждането си и познава като свой баща, който се е грижил за нея, осигурявал и е средства и стабилност, не е необходимо доказването на „по-изключителни“ от нормалните отношения родител-дете. Самата родителска функция, когато е адекватно изпълнявана, съдържа презумпцията за силна емоционална връзка, освен ако не

се установи обратното, за каквото оборване в случая няма доказателства. Д. и само той е бил фактическият баща, поради което, съдът приема, че той има право на обезщетение за смъртта на дъщеря си. Не става дума за страничен родственик, а за лице изпълнявало родителска функция. Живели са с майката на детето като семейство, то е отглеждано заедно от двамата, като той е полагал ежедневни грижи за тях. Семейството и общността са го възприемали като добър баща. За разлика от връзките между баби, дядовци и внуци и между братя и сестри, които могат да бъдат изключително различни - едни живеят заедно цял живот, други почти не се виждат, родителят и детето по правило имат силна, трайна и дълбока емоционална връзка, освен ако не се докаже противното.

При установяване размера на вредите, съдът взе предвид следното: ищците са претърпели множество болки и страдания, свързани с продължителни тревоги след смъртта на новороденото, каква ще бъде съдбата на дъщеря им. В период от един месец те са се надявали, че лекарите ще я спасят, но това не се е случило. Загубата им е тежка и необратима, доколкото са очаквали радостно събитие – първо внуче, а са загубили както него, така и живота на дъщеря си. От свидетелските показания на св. Л.а и св. М., се установява, че страданието им е силно и драматично. До женитбата на дъщеря им, а и след това те са поддържали като нейни родители топли и близки отношения.

С оглед установеното и прилагайки нормата на чл.52 от ЗЗД като съобрази вида, характера, интензитета на търпените от пострадалите неимуществени вреди, съдът намира, че обезщетение в размер на 100 000лв./51 129.19евро/ е адекватно за репарирание на вредите на майката Я. и в размер на 80 000лв./40 903.35евро/ - за вредите на фактическият баща Д.. При определяне на размера на вредите съдът отчете обективният факт, че юридически Д. не е баща на Е..Макар че с цитираното тълкувателно решение са защитени правата на определена категория лица, трябва да се направи разграничението между законни правоимащи и тези „други лица“, които са изградили силна емоционална връзка с починалия. При отчитане на реалните семейни отношения на близост и привързаност, следва да се има предвид, че ищецът е лице, което съзнателно е избрало да остане извън правната уредба на семейните отношения, като впоследствие иска да се ползва от правните последици които законът свързва с тези отношения. Доколкото не се установява да е имало някаква пречка за това да припознае детето си и да му даде своето име, този обективен факт, следва да се отчете при определяне на обезщетението. При тази житейска реалност, от една страна правото защитава реалните лични отношения и вредите от тяхното прекъсване, а от друга - насърчава установяването на произход и свързаната с него правна сигурност.

Посочените суми се дължат, ведно със законната лихва от датата на увреждането – смъртта настъпила на 01.02.2023г. За разликата до 180 000лв./92 032.54 евро/ за всеки от ищците исковите претенции се явяват неоснователни и следва да бъдат отхвърлени. При този изход от делото следва да бъде осъден ответника освен исковите суми, да заплати и на основание чл.78, ал.6 от ГПК по см. на Плевенски ОС ДТ върху присъдените обезщетения в размер на 3681.30евро и разноски в полза на Плевенски ОС в размер на 2 735.40евро. На адв.Т. П., на основание чл.38 от Закона за адвокатурата следва да заплати

адв. възнаграждение в размер на 3300евро, върху уважената част от исковите претенции и съобразно фактическата и правна сложност на делото, при съобразяване с обстоятелството, че защитата на двамата ищци изисква извършването на сходни процесуални действия. Ответникът има право на разноски, съразмерно на отхвърлената част от исковете, в размер на общо на 2610.64 евро, които ответниците следва да му заплатят.

Водим от горното, съдът

РЕШИ:

ОСЪЖДА, на основание **чл.49 вр. чл.45 и чл.52 от ЗЗД УМБАЛ „Д-р. Г.Странски“ЕАД**, с ЕИК 114532352, със седалище и адрес на управление гр.Плевен, ул.“Георги Кочев“ № 8а, представлявано от изп. директор доц.д-р А.В., д.м., **да заплати** на Я. П. Х. от с.***, Плевенска област, ЕГН *****, обезщетение в размер на **51 129.19евро /с равностойност 100 000лв./** за неимуществени вреди от медицински деликт, при който на 01.02.2023г. е починала Е.Я.Б., с ЕГН *****, ведно със законната лихва, считано от 01.02.2023г. до окончателното ѝ изплащане, като за разликата до **92 032.54 евро/180 000лв./** отхвърля иска като НЕОСНОВАТЕЛЕН.

ОСЪЖДА, на основание **чл.49 вр. чл.45 и чл.52 от ЗЗД УМБАЛ „Д-р. Г.Странски“ЕАД**, с ЕИК 114532352, със седалище и адрес на управление гр.Плевен, ул.“Георги Кочев“ № 8а, представлявано от изп. директор доц.д-р А.В., д.м., **да заплати** на Д. Г. Л. от с.***, Плевенска област, ЕГН *****, обезщетение в размер на **40 903.35евро /с равностойност 80 000лв./** за неимуществени вреди от медицински деликт, при който на 01.02.2023г. е починала Е.Я.Б., с ЕГН *****, ведно със законната лихва, считано от 01.02.2023г. до окончателното ѝ изплащане, като за разликата до **92 032.54 евро/180 000лв./** отхвърля иска като НЕОСНОВАТЕЛЕН.

ОСЪЖДА, на основание **чл.78, ал.6 от ГПК УМБАЛ „Д-р. Г.Странски“ЕАД**, с ЕИК 114532352, със седалище и адрес на управление гр.Плевен, ул.“Георги Кочев“ № 8а, представлявано от изп. директор доц.д-р А.В., д.м., **да заплати** по сметка на Плевенски окръжен съд ДТ в размер на **3681.30евро**, както и разноски по делото в размер на **2735.40евро**, съобразно уважената част от исковете.

ОСЪЖДА УМБАЛ „Д-р. Г.Странски“ЕАД, с ЕИК 114532352, със седалище и адрес на управление гр.Плевен, ул.“Георги Кочев“ № 8а, представлявано от изп. директор доц.д-р А.В., д.м., **да заплати на основание чл.38, ал.2 от Закона за адвокатурата вр.с чл.78, ал.1 ГПК** на адв. Т. П. от САК, адвокатско възнаграждение в размер на 3300евро за осъществено безплатно процесуално представителство на ищите Я. П. Х. и Д. Г. Л..

ОСЪЖДА, на основание **чл.78, ал.3 от ГПК** Я. П. Х. от с.***, Плевенска област, с ЕГН ***** и Д. Г. Л. от с.***, Плевенска област, с ЕГН *****, **да заплатят** на УМБАЛ „Д-р. Г.Странски“ЕАД, с ЕИК 114532352, със седалище и адрес на

управление гр.Плевен, ул.“Георги Кочев“ № 8а, представлявано от изп. директор доц.д-р А.В., д.м., **сумата 2610.64евро** - разноси, съобразно отхвърлената част от исквете.

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

Съдия при Окръжен съд – Плевен: _____