

РЕШЕНИЕ

№ 284

гр. София, 13.03.2025 г.

В ИМЕТО НА НАРОДА

АПЕЛАТИВЕН СЪД - СОФИЯ, 14-ТИ ГРАЖДАНСКИ, в публично заседание на четвърти март през две хиляди двадесет и пета година в следния състав:

Председател: Ася Събева

Членове: Елена Тахчиева
Кристина Филипова

при участието на секретаря Ваня Ил. Иванова
като разгледа докладваното от Елена Тахчиева Въззивно гражданско дело № 20231000503111 по описа за 2023 година

Производството е въззивно по реда на чл.258 сл. ГПК.

С решение от 19.07.2023 г. по гр. д. № 4663/2022 г. по описа на СГС, 1-30 състав, е осъдена Университетска многопрофилна болница за активно лечение и спешна медицина „Н. И. Пирогов“ ЕАД да заплати на Г. В. А. сумата от 40 000 лв. – обезщетение за неимуществени вреди, причинени от извършената му операция на 17.09.2017 г. в ответната болница, ведно със законната лихва от 09.05.2019 г. до окончателното изплащане, като за разликата над определения размер от 40 000 лв. до предявения размер от 80 000 лв. /частичен иск при цялостна искова претенция от 100 000 лв./, искът е отхвърлен като неоснователен. Със същото решение е осъдена УМБАЛСМ „Н. И. Пирогов“ ЕАД да заплати на Г. В. А. сумата от 5 345,48 лв. – обезщетение за имуществени вреди, причинени от същата операция, ведно със законната лихва от 09.05.2019 г. до окончателното изплащане.

Решението е постановено при участието на трето лице помагач на страната на ответника – ЗК „Лев Инс“ АД.

Против решението е постъпила **въззивна жалба** от ответника УМБАЛСМ „Н. И. Пирогов“ ЕАД чрез адв. М. Я.. Твърди се, че решението е неправилно, незаконосъобразно, постановено при нарушение на съдпроизводствените правила. Излага се, че първоинстанционният съд е постановил незаконосъобразен акт, като не е изяснил фактите по делото относно здравословния проблем на пациента, базирайки се единствено на съдебномедицинската експертиза. Твърди се, че са неправилни изводите на въз основа на оспорената пред първата инстанция медицинска експертиза, като се изтъква, че в заключението необосновано е прието, че използваната оперативна техника не се прилага за лечението на М. дивертикул. Оспорват се също

мотивите на съда относно наличието на причинно – следствена връзка между първата операция в Пирогов и втората операция във ВМА, вследствие на което ищецът е получил херния. Твърди се, че патохистолозите на ВМА са дали заключение, че не е установено наличието на М. дивертикул и следователно болестният проблем е отстранен изцяло, което предполага липса на причинно – следствена връзка между двете операции. В тази връзка се поддържа искане за събиране на нови доказателства пред въззивната инстанция – изслушване на повторна медицинска експертиза, която да даде заключение по поставените задачи на първоначалната експертиза, поради оспорването ѝ в срок и съмнението в правилността и обосноваването на заключението. Искане се отменя на обжалваното решение и вместо това изцяло отхвърляне на искане като неоснователно.

В срока по чл. 263, ал. 1 от ГПК е подаден отговор на въззивната жалба от насрещната страна - ищецът Г. В. А. чрез адв. Т. Я. - С., с който се оспорват по основание оплакванията и се иска потвърждаване на първоинстанционното решение.

ТЛП ЗК „Лев Инс“ АД не е взел становище.

Софийският апелативен съд, след като обсъди доводите на страните и прецени събраните по делото доказателства, приема следното:

При служебна проверка въззивният състав констатира, че обжалваното решение е валидно и допустимо /чл.269 и сл.ГПК/.

Производството пред първата инстанция е образувано по искове с правно основание чл.49 вр. чл.45 ЗЗД против ответник –лечебно заведение за болнична помощ, чиято гаранционно –обезпечителна отговорност цели да се ангажира за вреди от противоправно и виновно поведение на лекари при и по повод на възложена работа при извършване на оперативна интервенция /поставяне на грешна диагноза и неправилно лечение/, с което бил поставен в опасност и действията/бездействията на лекарите в ответното лечебно заведение са довели до сериозни усложнения, наложили следващи операции. Претендира се обезщетение за неимуществени вреди от 80 000лв /частичен иск при цялостна искова претенция от 100 000лв/ и обезщетение за имуществени вреди в общ размер на 5 345,48лв, ведно със законната лихва от датата на увреждането 17.09.2017г.

В срок е постъпил отговор на ответника УМБАЛСМ „ПИРОГОВ“ ЕАД, с който се оспорват като фактически неточни твърденията по повод на извършената интервенция, която била съобразена с добрата медицинска практика и стандартите на лапароскопската хирургия. По време на операцията била установена находка, интерпретирана като флегмонозно възпалителен апендикс, която е отстранена, а възпалителното огнище – санирано, а хистологичното изследване установявало, че същият съответства на тънкочревна лигавица, вероятно М. дивертикул, с наличие на гнойно- некротично възпаление в околната мастна тъкан. Изтъква се, че при развитието на възпалителни промени е напълно възможно да има разминаване на клиничната диагноза с патологоанатомичната. Оспорва да е налице връзка между последвалите операции и лечението при ответната болница. Сочи, че от значение в случая е единствено, че възпалителният процес при ищеца е бил овладян чрез отстраняване на причинителя и по никакъв начин не е допуснато влошаване на здравословното състояние, както по време на хоспитализацията му в „Пирогов“, така и за времето непосредствено след изписването му. Фактът, че месец по-късно Г. А. е посетил друго лечебно заведение по друг повод, е неотносимо към оказаната му при ответника медицинска помощ, тъй като много и различни могат да бъдат причините за прокървяването при ищеца, месец след изписването му от ответната болница.

Поддържа се още, че каквато и да е била причината за хоспитализацията на ищеца във ВМА, тя няма връзка с вече проведеното в „Пирогов“ лечение и не налага извод за неправилно поставена диагноза и лечение.

ТЛП ЗК „Лев Инс“ АД е заел становище, че не се установява медицински деликт, нито пряка причинна връзка с настъпилия резултат.

Първоинстанционният съд е приел наличието на всички предпоставки по чл.49 вр.чл.45 ЗЗД за ангажиране отговорността на ответната болница УМБАЛСМ „Н. И. Пирогов“ ЕАД – противоправно поведение на медицински специалисти, съставляващо медицински деликт в причинна връзка с който ищецът е търпял неимуществени и имуществени вреди в размери от 40 000лв и 5 345,48лв. Решението в отхвърлителната му част за разликата над присъденото обезщетение за неимуществени вреди от 40 000лв до претендираното от 80 000лв- частичен иск при цялостна искова претенция от 100 000лв не е обжалвано и е влязло в сила.

По фактите пред първата инстанция не било спорно и категорично се установява наличието на трудово правоотношение между лекарите, от чиито противоправни действия се твърдят за настъпили вредите и ответната болница, поради това е доказана материалната ѝ легитимация по исковете с правно основание чл.49 вр. чл.45 ЗЗД, като една от предпоставките за ангажиране на гаранционно-обезпечителната отговорност.

Не е спорно на следващо място, че ищецът Г. В. А. е постъпил по спешност в ответната болница на 17.09.2017г. От приложеното в копие ИЗ /История на заболяването/ №922 31421/2017г., се изясняват всички подробности относно приема му в 19:20 часа на посочената дата с диагноза в приемния кабинет „Apendicitis acuta“, която е възпроизведена и в направлението за хоспитализация, издадено от същото болнично заведение „остър апендицит, неуточнен“. Отражено е, че ищецът е постъпил с оплаквания от болки в корема, започнали в епигастриума и постепенно локализирали се в илео- цекалната област.

От приложената епикриза, КП № 179 „Оперативни процедури върху апендикс“ се установява, че на 17.09.2017г. е била извършена лапароскопска апендектомия. В оперативния протокол е отразено, че .. „След почистване на оперативното поле са поставени последователно портовете както следва - 10 мм. на пъпа, през който се инсуфлира газа, 10 мм. на лява хълбочна област и 5мм. супрапубично. При ревизията на корема се намира латероцекално разположен флегмонозно променен апендикс и се извърши апендектомия като мезоапендикса се преряза след клипсиране, а чукант се лигира с две примки тип ЛУУП. Направи се лаваж на коремната кухина, апендикса се постави в кошница, както и дренаж в малкия таз. Извади се апендикса през пъпа, десуфлация. Затваряне на коремната стена, кожен шев, стерилна превръзка...". В следоперативния период е проведено лечение с антибиотици и обезболяващи. Извършеното изследване на хистологичен материал е показало, че същият съответства на дивертикул, което предполага наличието на атрофирал апендикс, който не е намерен при оперативната интервенция. Хистологичен резултат №12960, 12961 + резерва - Тънкочревна стена с умерено изразени възпалителни промени в лигавицата, по-изразени във външния мускулен слой и серозата. Огнища на гнойно- некротично възпаление в периколичната мастна тъкан. Ищецът е изписан на 22.09.2017г. с последен декурзус: „...Афебрилен, спокоен, мек, неболезнен корем, спокойни оперативни рани и се изписва с подобрение и препоръка за хигиенно-диетичен режим. Окончателна диагноза: Апендицитис акута флегмоноза (по мкв 10: к 35.9 **Остър апендицит, неуточнен**) с указани контролни прегледи на 02.10.2017г. и 22.10.2017г.

Не е спорно и че след изписването си от УМБАЛСМ „Н.И.Пирогов“ ищецът е имал дискомфорт, а на 11.10.2017г състоянието му се влошило, започнал в интервал от 5-10мин. да изхожда яркочервена кръв, което наложило приема му по спешност във ВМА, където първоначално бил настанен в реанимация за вливане на кръвна плазма, а след това в Клиника по чернодробно-панкреатична хирургия и трансплантология.

На 11.10.2017г. е извършена затворена (ендоскопска) биопсия на черво. Установено е наличие кръв и коагулуми и натичане на кръв от проксималните сегменти на тънкото черво. Поставена е оперативна диагноза: Неустановен източник на кървене с вероятна локализация тънко черво. След консултация с кардиолог и анестезиолог ищецът е подготвен за операция и на същата дата е извършена „Лапароскопия; Лапаротомия медиана инфериор минима. Резекцио intestini tenui парциалис et резекционем дивертикулус Мекели кум анастомозис илео-илеалис термино-терминалис“. В оперативния протокол е отразено: „...чрез параумбиликален достъп се направи „open Laparoscopy“ с въвеждане на камерата, ревизира се коремната кухина, като се поставиха два допълнителни порта. Верифицира се участъкът от тънкото черво с чукана на частично резецирания М. дивертикул на 70см. от Валвула Баухини. Апендиксът се намери на типично място и видимо интактен. Установи се източникът на кървене - основата на резецирания М. дивертикул. Скелетира се участъкът на тънкото черво и същият се резецира. Пасажът се възстанови с термино-терминална, илео-илеална анастомоза. Оперативна диагноза: Хеморагия акута интеринтестиналис про дивертикулус Мекели. Статус пост резекционем прс дивертикули Мекели парциалис...".

От хистологичното изследване се установява: „...макроскопски: резецирано отворено тънко черво с дължина 22см, приблизително в средната част видим участък от чревната стена с кръвоизливи на площ 5 см. по серозата, лигавицата е сравнително интактна; микроскопски: тънко черво с наличие на участък с нарушена цялост на стената с масивни мукозални и към мускулния слой кръвоизливи, обилие от пенести хистиоцити, смесен с обилие от неутрофили възпалителен инфилтрат към мезентериалната мастна тъкан с гигантски клетки тип „чуждо тяло“ и жлъчен пигмент; кръвоизливи и отлагане на фибрин по серозата, в околна мукоза реактивни лимфоидни инфилтрати, лимфни възли от мезентериума - реактивен хиперпластичен лимфаденит. Ищецът е бил изписан на 16.10.2017г. с указания за хранително-диетичен режим, два контролни прегледа и диагноза: „Хеморагия акута про дивертикулус Мекели. Статус пост лапароскопиам, лапаротомиям медиана инфериор минима et резекционем intestini tenui парциалис кум резекционем дивертикули Мекели кум анастомозис илео-илеалис термино-терминалис. Статус пост резекционем дивертикули Мекели парциалис (17.09.2017)“.

Пред инстанция е изслушана медицинска експертиза, изготвена от вещото лице д-р Ю. Й., в което подробно е разяснено какво представлява Дивертикул на Meckel – по същество е вродено леко балоновидно разширение на тънкото черво, която е най-често срещаната малформация на гастроинтестиналния тракт, засягаща 2% от населението и по-често мъжкия пол. Този слеп сегмент или малка торбичка е около 3-6 сантиметра дълъг и може да има по-голям диаметър на лумена от илеума, съдържа трите пласта на чревната стена - мукоза, субмукоза и мускулен слой. Най-честата клинична проява на заболяването е болезнено ректално кървене подобно на мелена, последвано от интестинална обструкция, волвулус и инвагинация. Понякога М.ият дивертикул може да се прояви с всички характерни симптоми на апендицита, но също да има усещане за силна болка в епигастриума, съчетани с подуване и в умбиликалната област.

Лечението е хирургическо, евентуално чрез лапароскопска резекция. При случаи с обструкция или перфорация, лечението се състои в резекция на дивертикула и част от червото. При пациенти без тежки усложнения се прави само дивертикулектomia (премахване на дивертикула). В конкретния случай, при първата операция в УМБАЛСМ „Н.И.ПИРОГОВ“ ЕАД лапароскопски е била извършена **частична резекция на М. дивертикул, който е бил припознат като апендикс. В оперативния протокол са описани действия, типични за техниката при лапароскопска апендектомия, но с частичната резекция на М.ия дивертикул болестният проблем е бил решен частично.** Вещото лице е обяснило частичната резекцията на дивертикула с поставената диагноза на пациента остър апендицит. Лапароскопската техника за апендектомия (оперативно отстраняване на възпаления апендикс), утвърдена като „златен стандарт“ в последните години и оперативната техника описана в оперативния протокол отговаря на изискванията за добра медицинска практика. **Коректната диагнозата при Г. А., обаче не е остър апендицит, а дивертикулит на Мекел и неправилно поставената диагноза е рефлектирала върху избора на конкретната техника и обема на извършената операция, който е бил недостатъчен.**

При разпита си пред първата инстанция вещото лице е поясnil разликата в избора на оперативни техники при апендикс и М. дивертикул: При апендикса става дума за т.нар „сляпо черво“, което е изолиран израстък без пасаж. Затова при лапароскопската апендектомия обичайно се прилага т.нар. техника „лууп“ /от англ. Loop - бримка/ - специална лигатура, която обхваща основата на апендикса и се затяга. Поставят се обичайно две лигатури - основна и подсигуряваща, след което апендиксът се резецира. Техниката е подходяща, именно защото апендиксът е израстък, през който няма пасаж - не е необходимо техниката да е такава, че да подсигури възможност за последващо преминаване през мястото на операцията. За разлика от апендикса, при М.ия дивертикул има пасаж, което налага и различна оперативна техника. Наложили са се два класически начина за операция - клиновидна резекция или резекция на тънкото черво, при която се махат около 20 см. от тънкото черво и се извършва термино- терминална или латеро-латерална анастомоза - изборът се извършва от оператора. При ищеца операторът във ВМА е извършил резекция на тънкото черво и по-физиологичната термино-терминална анастомоза, тоест свързване край в край. Вещото лице е поясnil, че принципно е възможно да се отстрани М. дивертикул и чрез техниката „Лууп“, но не е редно и в случая са настъпили усложнения. Поради използваната техника, операцията не е била извършена в необходимия обем и М.ият дивертикул е бил резециран частично, оставяйки след резекцията чукан, където по време на операцията във ВМА на 11.10.2017г. е установен източникът на кървене.

В тази връзка ответникът е депозирал като писмено доказателство писмо от д-р Х., зам. Началника на КОПК — ВМА, София, в което изрично се посочва, че в хистологичното изследване по ИЗ 3376.2017г. при макроскопски оглед не се установява М. дивертикул, а описаното перфорационно отверстие в тънкото черво с гиганоклетъчна възпалителна реакция тип „чуждо тяло“ са косвени белези за предхождаща оперативна намеса в тази зона — в този участък би могъл да бъде чукана от резецирания предварително М. дивертикул.

Тази находка е подробно обяснена от вещото лице Й., който посочва, че при извършената във ВМА операция на 11.10.2017г. са изрязани около 20 см. тънко черво, в средата на които се е намирал дефекта - чукана от извършената предходна резекция, а биопсията за хистологичното изследване е възможно да е взета от различни места,

поради което е напълно възможно в хистологичния материал да не се установи М. дивертикул. Тази констатация не променя неговия извод за неправилно използвана техника при резецирането му в ответната болница и извършване на операцията в недостатъчен обем, както и относно това, че доколкото източникът на кървене е установен в основата на резецирания М. дивертикул, то между лапароскопската операция извършена на 17.09.2017г. и тази от 11.10.2017г. има пряка причинно-следствена връзка. В случая обема на оперативната интервенция е недостатъчно радикален, вследствие на което се е получило остро кървене от остатъчния чукан на резецирания дивертикул. В заключението е посочено, че е налице пълно разминаване между оперативната и хистологичната диагнози при първата операция, като меродавна в случая е хистологичната диагноза. Разминаването се дължи на неточна клинична преценка на находката при извършената лапароскопска операция.

По отношение на третата извършена операция, вещото лице сочи в заключението си, че в обективния статус при постъпването на ищеца във ВМА- МБАЛ София не са отразени данни за дефект на предната коремна стена в резултат от предходна интервенция. При втората хоспитализация на ищеца в История на заболяването № 39295/12.11.18 - 16.11.18г. е отразено, че: „...постъпва с оплаквания датиращи от няколко месеца, изразяващи се с тежест и подутина супраумбиликално и репонираща се в легнало положение, без пасажни смущения. В минали заболявания е отразено - парциална резекция на илеум по повод кървене от М. дивертикул, пластика на предна коремна стена по повод умбиликална херния в детска възраст...". Според вещото лице, това налага извода, че хернията е възникнала между втората и третата операция. При изслушването в о.с.з. пояснява, че според него хернията сама по себе си не е причинена от наслагването на две операция една върху друга в кратък период от време, а от използваната оперативна техника - лапароскопска. Пояснява, че при лапароскопските операции се използват т.нар. троакари, единият от които е голям - през който се оглежда коремната кухина. Той оставя дефект в коремната стена с размер около сантиметър. Тази дупка понякога се зашива, но шевът не държи, а друг път изобщо не се зашива и се оставя така. Именно там е възможно да възникне херния и според вещото лице това обуславя извод за причинна връзка между втората и третата операция.

Заключението е оспорено своевременно и с конкретни доводи във връзка с решаващите му констатации, като с отказа си да допусне повторна експертиза първоинстанционният съд е допуснал процесуално нарушение, което е поправено от въззивната инстанция. По същество обаче изводите на първоначалната експертиза на в.л. Й. не се различават съществено от тези на изслушаната повторна разширена експертиза, изготвена от вещите лица проф. Б.С., доц.М.Р. и доц.Н.Б.. Категорично от констатациите на вещите лица се потвърждава неразпознаване възпалението на М. дивертикул, прието за флегмонозен апендицит, за което е извършена типичната лапароскопска апендицектомия, вместо класическата клиновидна резекция с надшиване или парциална тънкочревна резекция с анастомоза, от където произтичат несъответствията на оперативната находка с хистологичния резултат – апендиксът е установен при втората операция във ВМА и потвърден от компютърнотомографско изследване в МБАЛ ИСУЛ. Посочено идентично е, че след неразпознаването на М.ия дивертикул и приемането му за остър апендицит е последвала операция, с която мезоапендиксът е прерязан след клипсиране, а чуканът – лигиран с две примки тип „Лууп“, която хирургична техника коренно се различава от техниката за рецизиране на М. дивертикул – клиновидна резекция с надшиване или парциална тънкочревна

резекция с анастомоза. От този различен подход е настъпил потенциален риск от усложнения - остро следоперативно кървене от оперирания участък на тънкото черво, респ. остатъкът от неотстранения изцяло дивертикул.

На поставения въпрос дали е разрешен болестния проблем вещите лица са отговорили, че възпаленият чревен участък е отстранен, но с потенциален риск за по-късни усложнения, поради неразпознаването на органа и неточната операция. Не се изключва наличието на причинна връзка между първата операция, последвалия кръвоизлив и наложената повторна операция с уточнението, че при тази операция по принцип съществува риск от кръвоизлив.

Въпреки тази условност на следващия поставен въпрос дали инфекцията констатирана при втората операция във ВМА е в причинна връзка с извършените/респ. неизвършени дейности при първата операция, вещите лица вече са категорични, че установеният тежък кръвоизлив и реактивно възпаление на тъканите в близост до кръвоизлива са в причинна връзка с предходната операция. Този извод е потвърден от тях и при разпита им в съдебно заседание, където е посочено, че техниката, използвана при остър апендицит не отстранява изцяло М.ия дивертикул, за което при повторната операция са установени кръвоизливи като усложнения от нея.

При идентично установена фактическа обстановка въззивният съд достига до същия правен извод като първата инстанция за лекарска грешка или небосновано професионално поведение на лекарите, провели лечението в ответната болница. Правилно в тази връзка е придадена решаваща доказателствена стойност на медицинската експертиза, чиито изводи напълно се потвърждават от заключението на трима експерти пред въззивната инстанция, които са безспорен авторитет в областта на хирургията. Изслушаните медицински специалисти не поставят под съмнение неразпознаването на патологичния процес - дивертикулит на Мекел и идентифицирането на същия като остър апендицит, което е довело до прилагането на неправилна оперативна техника при задължителното и при двете състояния оперативно лечение. Обемът на оперативната интервенция в случая е бил недостатъчен - клипсиране и изрязване на дивертикула, погрешно сметнат за апендикс, след което лигиране на чукана с примки тип „Лууп“ - вместо необходимата резекция на тънкото черво в областта на дивертикула и извършване на анастомоза. Изборът на оперативна техника е бил обусловен от грешно идентифициране на дивертикула като апендикс, за чието премахване посочената техника с примки „Лууп“ е стандартна. Тази избраната оперативна интервенция обаче е била недостатъчно радикална за конкретния патологичен процес, вследствие на което се е получило остро кървене от остатъчния чукан на резецирания дивертикул. Поведението на медицинския персонал, осъществил лечението на ищеца в ответната болница, е в нарушение на закрепения нормативно в чл.81, ал.2 от Закона за здравето принцип за предоставяне на медицинската помощ, а именно - достатъчност и качество. Не са спазени медицинските стандарти и практики от лечебното заведение, поради неправилно поставената окончателна диагноза апендицит, вместо дивертикулит, който се лекува по клинична пътека КП № 177 оперативни процедури на дънки и дебели черва със среден обем и сложност с процедура 30375-09 „Експозиция на М. дивертикул“. Следователно лечението е проведено в нарушение на правилата за добра медицинска практика и стандарти и се обхваща от понятието „медицински деликт“ в причинна връзка с който са настъпили при пациента усложнения. В резултат на неправилното диагностициране и неправилния избор на оперативна техника в УМБАЛСМ „Н.И.Пирогов“ М.ият дивертикул е бил резециран частично, като е останал чукана му,

установен като наличен при операцията, извършена във ВМА – факт, потвърден от оперативния протокол при втората хирургична интервенция. Обемът на оперативната интервенция в случая е бил недостатъчен – клипсиране и изрязване на дивертикула, погрешно счетен за апендикс и лигиране на чукана с примки тип „Лууп“, вместо необходимата резекция на тънкото черво в областта на дивертикула и извършване на анастомоза. По този начин болестният проблем не е бил разрешен, напротив извършената в недостатъчен обем оперативна интервенция е довела до тежко усложнение, налагащо спешно повторна операция за отстраняване на възникналия гастроинтестинален кръвоизлив и трета следваща операция за лечение на образувалата се при втората интервенция херния. Категорични в тази връзка са изводите на вещите лица в първоначалната и повторна разширена експертизи, че при втората операция във ВМА са констатирани кръвоизливи в тънкото черво и възпаление на мезентериалната мастна тъкан с реактивен хиперпластичен лимфаденит /„микроскопско – тънко черво с наличие на участък с нарушена цялост на стената с масивни мукозални и към мускулния слой кръвоизливи.“ т.8 от разширената експертиза /, която находка е в причинна връзка с първата операция, а настъпилото хирургично усложнение при втората с операцията по отстраняване на хернията.

Безспорно в причинна връзка с осъществения медицински деликт са търпените от ищеца болки и страдания от увреденото здраве, направените разходи за лечение и пропуснатите ползи във връзка с временната му неработоспособност, които са оценени от първата инстанция в размери от 40 000 лева за неимуществени и 5 345лв за имуществени вреди. Решението в отхвърлителната му част не е обжалвано и е влязло в сила. В жалбата си лечебното заведение –ответник не е въвел оплакване против изводите на съда по въпросите, отнасящи се до обема на вредите и размера на присъдените обезщетения, нито във връзка с неправилно приложение на чл.51, ал.2 ЗЗД. Поради това с оглед нормата на [чл. 269 ГПК](#) въззивният съд се произнася по правилността на фактическите и правни констатации само въз основа на въведените оплаквания против правилността на първоинстанционното решение. За тези изводи, които не са посочени в жалбата като порок на първоинстанционното решение, касаещ правилността, ефектът на първоинстанционното решение се запазва и въззивният съд не може да формира собствени изводи по съществото на спора по незааявени оплаквания, поради това при наличие на всички елементи от фактическия състав на чл.49 вр. чл.45 ЗЗД решението в обжалваните му осъдителни части ще подлежи на потвърждаване.

При този изход на делото няма основание за изменение на присъдените пред първата инстанция разноски, а пред въззивната инстанция право на разноски ще има само въззиваемият-ищец. Последният е бил представляван при условията на чл. 38 ал.2 ЗАдв., при което в тежест на ответника ще следва да се присъди дължимото по НМАВ №1/2004 /в действащата редакция/ възнаграждение на адвокат Т. С. САК съответно на обжалваемия материален интерес в размер на 4277,60лв.

С оглед на изложеното САС в настоящия състав

РЕШИ:

ПОТВЪРЖДАВА решение от 19.07.2023 г. по гр. д. № 4663/2022 г. по описа на СГС, 1-30 състав в обжалваните му осъдителни части.

Осъжда Университетска многопрофилна болница за активно лечение и спешна

медицина „Н. И. Пирогов“ ЕАД да заплати на адвокат Т. С. САК сумата от 4277,60лв, представляваща възнаграждение по чл.38 ал.2 ЗАдв. пред въззивна инстанция.

Решението подлежи на касационно обжалване пред Върховен касационен съд в едномесечен срок от връчване препис на страните при наличие на предпоставки по чл.280 ГПК.

Председател:

Членове

Председател: _____

Членове:

1. _____

2. _____