

ПРОТОКОЛ

засідання Медичної ради
від 19 червня 2024 року

ТЕМА: «Розбір випадку смерті гр. К., xxxx року народження (77 років), яка мешкала за адресою: xxxx.»

Голова ради: **ЧЕРЕШНЮК ГАЛИНА СЕМЕНІВНА** – Заслужений лікар України, старший викладач кафедри соціальної медицини та ООЗ ВНМУ ім. М.І.Пирогова, радник міського голови;

Секретар: **ГРАНКІВСЬКИЙ ПЕТРО ВЛАДИСЛАВОВИЧ** – медичний директор КП «Міський лікувально-діагностичний центр»;

Присутні: **ЧЛЕНИ МЕДИЧНОЇ РАДИ _14 (78%)_;**

ЗАПРОШЕНІ: Медичні директори КНП «ЦПМСД 1-5», КНП «МКЛ№ 3» та лікуючі лікарі відповідних закладів.

РЕЦЕНЗЕНТИ:

АФНАСІЮК ОКСАНА ІВАНІВНА – кандидат медичних наук, доцент кафедри внутрішньої медицини № 3 ВНМУ ім. М.І. Пирогова - аналіз якості надання медичної допомоги на госпітальному етапі в КНП «МКЛ №3»;

ГУДКОВА ОЛЕНА ОЛЕКСАНДРІВНА – завідувач амбулаторії №6 КНП «ЦПМСД №5» - аналіз якості надання медичної допомоги на догоспітальному етапі в КНП «ЦПМСД №4»;

ДОПОВІДІ ЛІКАРІВ:

Голова Медичної ради Черешнюк Г.С. оголосила всім присутнім про план і порядок проведення сьогоднішнього засідання. Присутні 14 членів Медичної ради, що становить 78% від загального числа.

1. До слова запрошено Кушнір Оксану Олександрівну – завідувача амбулаторії №5 КНП «ЦПМСД №4», яка доповіла про етап ведення пацієнта на рівні центру первинної медико-санітарної допомоги.

«Пацієнтка була задекларована з 2018 року. Перебувала на диспансерному обліку з приводу ішемічної хвороби серця, атеросклеротичного кардіосклерозу, поширеного остеохондрозу хребта. Пацієнтка мала обмеження рухової активності, тому потребувала сторонньої допомоги. В основному догляд за жінкою проводили родичі. Сімейним лікарем здійснювався комплексний огляд 1 раз на рік. Останній огляд був проведений 15.05.2024 року. Особливих змін в стані здоров'я не відмічалось. Цукор крові був 8,0 ммоль/л.

24.05.2024 року дочка пацієнтки К. о 10³⁰ год. надіслала виклик до дому пацієнтки по телефону (вайбер месенджер). Вже в 11³⁰ год. повідомила, що викликала бригаду швидкої медичної допомоги до матері. В 15⁵⁰ год. я дізналась про те, що пацієнтку госпіталізували в КНП «МКЛ №3». Згодом я дізналась, що пацієнтка померла в лікарні».

Запитання до лікаря Кушнір О.О.:

– Черешнюк Г.С.: То яким буде ваше заключення щодо даної пацієнтки?

Кушнір О.О.: На момент останнього мого огляду (15.05.2024 року) пацієнтка була в задовільному стані, з нормальними гемодинамічними показниками, дихання в межах норми, цукор крові – 8,5 ммоль/л..

– Черешнюк Г.С.: Які дослідження Ви виконували пацієнтці, і коли вона задекларувалась до Вас?

Кушнір О.О.: Декларація була підписана в 2018 році. Пацієнтка була консультована ендокринологом.

– Проф. Сторожук Б.Г.: Яку антигіпертензивну терапію отримувала пацієнтка. За яким протоколом було здійснено призначення?

Кушнір О.О.: Можу сказати, що пацієнтка не притримувалась протоколу лікування гіпертонічної хвороби. Вона самостійно могла відмінити або ж додавати різні препарати.

– Проф. Распутіна Л.В.: В доповіді Ви сказали, що пацієнтка була маломобільна. Яка була причина цьому?

Кушнір О.О.: Я думаю, що причиною її малої активності були особливості психотипу та наявний цукровий діабет пацієнтки.

- Герасимюк К.Х.: Яку терапію отримувала пацієнтка, якщо вона хворіла на цукровий діабет? Чи були задіяні ліки з Програми медичних гарантій?
Кушнір О.О.: Пацієнтка приймала Метформін 1000 мг., але приймала не регулярно.
- Черешнюк Г.С.: Як часто ходила на патронаж до пацієнтки Ваша медична сестра, і чому не було консультацій кардіолога?
Кушнір О.О.: Дочка пацієнти активно займалась тим, щоб мати мала належний догляд. Саме вона возила жінку на консультацію до приватних лікарів, тобто обслуговування було більш самостійним.
- Проф. Сторожук Б.Г.: По якому протоколу лікування гіпертонічної хвороби було призначено одночасно блокатор ренін-ангіотензинової системи та інгібітор АПФ?
Кушнір О.О.: Це було виключення з протоколу, адже така схема була ефективною в цієї пацієнтки. Повторюю, що пацієнтка часто сама обирала комбінації препаратів.
- Проф. Дзись Н.П.: Чи було жінці запропоновано консультацію судинного хірурга?
Кушнір О.О.: Так. Я формувала направлення особисто, але жінка ним не скористалась.

2. До слова запрошено Томчука Володимира Івановича – лікаря анестезіолога терапевтичного відділення з ПІТ КНМ «МКЛ №3», який доповів про етап ведення пацієнтки в стаціонарі КНП «МКЛ №3».

«Пацієнтка в 15⁴⁵ год. 24.05.2024 року бригадою швидкої медичної допомоги була доставлена в КНП «МКЛ №3». В ліжку пацієнтка була в пасивному положенні, малоактивна. З анамнезу відомо, що стан погіршився протягом останніх 3 днів. Артеріальний тиск 140/90 мм.рт.ст., частота дихання - 22 за хвилину, сатурація O² – 93-95%. Мали місце ознаки вертебро-базиллярної недостатності, тому пацієнтка була консультована невропатологом з відділення, який запідозрив гостре порушення мозкового кровообігу (ГПМК). За домовленістю з адміністрацією лікарні пацієнтку було транспортовано в КНП «МКЛ ШМД» з метою проведення диференціальної діагностики ГПМК. Від нас пацієнтка поїхала в стабільному стані. Згодом в телефонному режимі ми дізнались, що у пацієнтки піднялась температура до 38,2 C⁰, та виріс лейкоцитоз до 30 одиниць. В 21¹⁶ год. 24.05.2024 року пацієнтка повторно поступила у відділення. При цьому вже було ознаки дихальної недостатності, адже сатурація O² падала до 87%. Протягом наступних 4 годин пацієнтка була гемодинамічно стабільна, після чого різко росли ознаки серцево-судинної недостатності. Була проведена серцево-судинна реанімація, але успіху вона не мала. Жінка померла».

Запитання до лікаря Томчука В.І.:

- Черешнюк Г.С.: Скільки годин пацієнтка перебувала в КНП «МКЛ ШМД»?

Томчук В.І: З врахуванням часу транспортування – 5 годин.

- Пахно С.П.: Скільки історій хвороб заведено на пацієнтку?

Томчук В.І: 2 історії хвороби.

- Проф. Сторожук Б.Г.: Як ви поясните схему лікування даної пацієнтки, а саме призначення такої кількості препаратів (Цефіпим, Мофлоксацин, Омепразол, Аміодарон, уросимід, Цитоколін, Діабетон, Метформін, Ксарелто)?

Томчук В.І: **Пацієнтці призначалось посиндромна терапія.**

- Черешнюк Г.С.: Як Ви у відділенні фіксуєте призначення свої пацієнтам?

Томчук В.І: Все, що призначається пацієнтам вноситься в листок призначення, при чому інформація відображається погодинно.

- Черешнюк Г.С.: Скільки препаратів введено за період перебування пацієнтки у вашому стаціонарі?

Томчук В.І: **Всього було заплановано 24 препарати.**

- Черешнюк Г.С.: Які показники діурезу були у пацієнтки?

Томчук В.І: По катетеру виділилось 150 мл. сечі.

- Черешнюк Г.С.: Чи практикуєте ви у відділенні консилиуми із залученням працівників кафедри медичного університету?

Томчук В.І: Так. В цьому випадку консультивання відбувалось в телефонному режимі, адже був нічний час.

- Черешнюк Г.С.: На Вашу думку, направляти пацієнтку в КНП «МКЛ ЩМД» було правильним рішенням?

Томчук В.І: Так, адже мали місце ознаки ГПМК.

- Мельник І.П.: Який об'єм інфузії було здійснено пацієнтці?

Томчук В.І: Всього близько 650 мл.

- Черешнюк Г.С.: Поясніть мені, будь-ласка, а хто призначає препарати «наперед»?

Томчук В.І: Немає відповіді.

- Проф. Дзись Н.П.: Уточніть, будь-ласка, діагнози на момент постулення пацієнтки?

Томчук В.І: При поступленні в 15⁴⁵ год. – це ГПМК, ймовірно транзиторна ішемічна атака, в 21¹⁶ год. – позалікарняна пневмонія, ішемічна хвороба серця Іст.

- Пахно І.П.: На основі чого Ви виставили вертебро-базилярну недостатність?

Томчук В.І: Ми врахували анамнез та симптоми головокружіння.

- Черешнюк Г.С.: Які показники діурезу були у пацієнтки?
Томчук В.І: З врахуванням часу транспортування – 5 годин.
- Проф. Распутіна Л.В.: Уточніть мені, будь-ласка, який же основний діагноз?
Томчук В.І: Серцева недостатність в поєднанні з негоспітальною пневмонією.
- Проф. Распутіна Л.В.: На основі чого був встановлений діагноз «пневмонія»?
Томчук В.І: Був наростаючий лейкоцитоз, гіпертермія та ознаки дихальної недостатності. Крім того в телефонному режимі нам продиктували опис рентгенограми органів грудної клітки з КНП «МКЛ ШМД»
- Жарлінська Р.Г.: Якщо пацієнтка не виконувала схему лікування, то чи було це десь задокументовано?
Томчук В.І: На жаль ні.
- Герасимюк К.Х.: Чи генерувались електронні направлення в електронній системі охорони здоров'я?
Томчук В.І: Так.
- Гранківський П.В.: Чи правильно я зрозумів, що пацієнтка мала два різних показника температури до переведення та після повернення в стаціонар КНП «МКЛ ШМД»?
Томчук В.І: Так. При чому підвищення температури спостерігалось при повторному поступленні пацієнтки.
- Доц. Кіріченко В.І.: Хто здійснив опис рентгенограми?
Томчук В.І: Опис провів лікар рентгенолог КНП «МКЛ ШМД», але на жаль мені не відомо хто саме.
- Авраменко Н.М.: Хочу наголосити колегам, що індивідуальний підпис під документом має ставити тільки та особа, яка його формує.

3. До слова запрошено Машкевича Євгена Олександровича – лікаря невропатолога неврологічного відділення КНП «МКЛ ШМД», який доповів про етап перебування пацієнта в КНП «МКЛ ШМД».

«Пацієнтка 24.05.2024 року близько 18⁰⁰ за домовленістю з адміністрацією була доставлена з КНП «МКЛ №3» на дообстеження в приймальне відділення. Мене викликали як лікаря-невропатолога. Було взято аналізи та проведено СКТ головного мозку, але ознак гострого порушення мозкового кровообігу не виявлено. Отримавши результати лабораторних та рентгенологічних обстежень, враховуючи наростання лейкоцитозу та гіпертермії пацієнтку було переведено назад в КНП «МКЛ №3» .

Запитання до лікаря Машкевича Є.О.:

- Черешнюк Г.С.: Чи не було у Вас думки залишити пацієнтку у вашій лікарні?

Машкевич Є.О.: Такі питання вирішує лікар приймального відділення. Я консультант з неврологічного відділення, тому такого рішення приймати не міг.

- Проф. Сторожук Б.Г.: Чи були в описі СКТ ознаки набряку головного мозку?

Машкевич Є.О.: Так, були.

- Черешнюк Г.С.: Чи ставили Ви до відома завідуючого терапевтичним відділенням КНП «МКЛ №3» Катюху В.Л.?

Машкевич Є.О.: Так. Ми консультувались в телефонному режимі.

Катюха В.Л.: Підтверджую, що ми дійсно обговорювали стан жінки по телефону. Виїхати особисто до стаціонару я не міг, адже наближався час впровадження «комендантської години».

4. До слова запрошено Гладуна Олексія Андрійовича - лікаря-патологоанатома Вінницького обласного патологоанатомічного бюро, який доповів результати патологоанатомічного дослідження.

Патолого-анатомічний діагноз (основне захворювання, ускладнення, супутні захворювання):

I. Комбінований, поєднаний: 1. Атеросклеротичний міокардіосклероз. Атеросклероз в стадії атерокальцинозу з переважним враженням коронарних артерій та аорти.

2. Гіпертонічна хвороба (гіпертрофія стінки лівого шлуночку серця – 2см, гіаліноз стінок артерій та артеріол).

II. Прогресуюча серцева недостатність. Набряк легень. Набряк головного мозку. Двобічна застійна пневмонія. Повнокрів'я внутрішніх органів. Дистрофія паренхіматозних органів.

III. Цукровий діабет II тип, важка форма, декомпенсований (за клінічними даними). Склероз, ліпоматоз, атрофія острівцевого апарату підшлункової залози.

Клінічно-патолого-анатомічний епікриз:

Хвора К., 77 років, страждала атеросклерозом з переважним враженням коронарних артерій та аорти в стадії атерокальцинозу, що призвів до розвитку атеросклеротичного міокардіосклерозу з прогресуючою серцевою недостатністю та набряком легень, що і стало безпосередньою причиною смерті.

Має місце співпадіння клінічного та патологоанатомічного діагнозів.

Клінічний діагноз своєчасний, сформульований правильно.

5. Представлено рецензію завідувача амбулаторії №6 КНП «ЦПМСД №5» Гудкової Олени Олександрівни – на надання медичної допомоги на догоспітальному етапі спостереження в КНП «ЦПМСД №4».

Медична карта амбулаторного хворого велася згідно вимог інструкції щодо заповнення первинної облікової документації, затвердженої наказом МОЗ України № 527 від 28.07.2014 р.

Але при перевірці виявлено цілий ряд недоліків, а саме:

- на титульній сторінці відсутня назва закладу, заповнені не всі пункти;
- карта почала вестися 05.05.2015р, коли пацієнтці було вже 69 років, але перевідний епікриз за попередні роки відсутній, тому невідомо чим і з якого віку хворіла пацієнтка, яке лікування отримувала.
- листок запису уточнених діагнозів заповнений тільки в 2023 і 2024 роках;
- не заповнені розділ III «Відомості про щеплення», розділ IV «Листок профілактичного огляду»

Спостереження за пацієнткою було нерегулярним; з моменту укладання декларації з сімейним лікарем 12.12.2018р. хвора оглядалась лікарем 6 разів, по 1 огляду на рік; в 2021 році оглядів взагалі не було, була 1 телефонна консультація з дочкою хворої з приводу створення електронного направлення до ендокринолога.

В протоколах оглядів сімейного лікаря звертає на себе увагу наступне:

- в більшості випадків відсутній клінічний діагноз, є тільки коди діагнозів по МКХ-10 без вказівки ступеня тяжкості і стадії захворювання; а в тих випадках, коли клінічний діагноз був сформований він був неповний, наприклад не вказана стадія серцевої недостатності;
- пацієнтка з 2011 року хворіла на важку форму цукрового діабету 2 типу, але в протоколах оглядів сімейного лікаря цей діагноз почав звучати тільки в листопаді 2018р;
- в призначеннях лікаря в більшості випадків відсутні рекомендації по харчуванню, модифікації способу життя, тривалість прийому ліків;
- медикаментозне лікування не відповідає діючим протоколом; пацієнтка відносилась до групи високого ризику серцево-судинних ускладнень, але ліпідознижуючі препарати були призначені тільки в липні 2022 року;
- для лікування гіпертонічної хвороби часто призначались комбінації гіпотензивних препаратів, які взагалі не рекомендується застосовувати; так часто призначались лозартан (блокатор рецепторів ангіотензину II) і ліпразід або рамігірил (інгібітори АПФ); таку комбінацію не слід призначати при діабетичній нефропатії, яка була у пацієнтки;
- рекомендації по лікуванню цукрового діабету присутні тільки в одному протоколі огляду сімейного лікаря, рекомендовано приймати метформін і

діабетон, хоча ендокринолог відмінив діабетон і рекомендував приймати інші препарати.

Лабораторне обстеження: наявні лише результати 1-го загального аналізу крові, 1-го загального аналізу сечі та 2-х аналізів крові на вміст глюкози.

Інструментальне обстеження:

- ЕКГ обстеження: в протоколі огляду сімейного лікаря від 23.07.22 р відмічено, що проведено ЕКГ, але плівки в картонці немає.
- наявна рентгенографія ОГК від 24.05.24 р. і СКТ головного мозку від 24.05.24 Р

Консультації вузьких спеціалістів: наявний 1 огляд хірурга та 1 огляд ендокринолога.

Посмертний епікриз наявний, але безпосередня причина смерті сформована некоректно.

Висновки:

- враховуючі те, що пацієнтка оглядалась сімейним лікарем дуже рідко, не отримувала лікування згідно діючих протоколів, не була обстежена в повному обсязі, сімейним лікарем не проводився контроль лікування, спостереження, обстеження і лікування пацієнтки вважати незадовільним;
- вище виявлені недоліки опосередковано вплинули на даний випадок смерті;
- робота по спостереженню, обстеженню і лікуванню задекларованого населення з хронічною патологією потребує значного покращення.

6. Представлено рецензію к. мед. н., доцента кафедри внутрішньої медицини №3 ВНМУ ім. М.І. Пирогова АФАНАСЮК Оксани Іванівни, щодо якості надання медичної допомоги на догоспітальному етапі в КНП «МКЛ №3».

Пацієнтка К., хххх р. н. (77 років). Пенсіонерка. Проживала за адресою - хххх. Поступила у терапевтичне відділення з ПТТ КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №3» 24.05.2024 р. о 21¹⁶ год.. Померла 25.05.2024 о 1³⁴ год.. Проведено 4 год. 18 хв.

Можливі помилки первинної ланки оцінити неможливо із-за відсутності інформації. Пацієнтка мала ІХС з проявами серцевої недостатності, постійну форму фібриляції передсердь, гіпертонічну хворобу, цукровий діабет II типу і неможливо оцінити тактику ведення та лікування на амбулаторному етапі.

Похибки в діяльності установи, яка направила пацієнта доставлена бригадою швидкої медичної допомоги. На момент приїзду бригади відмічалось: АТ 150/90 мм рт. ст., частота дихання 26/хв., пульс 100 уд/хв. Проведена оксигенація. Діагноз при направленні: Негоспітальна двобічна пневмонія ЛН ІІІ, змішана енцефалопатія. Хронічний поліпозний риносинусит.

Не визначена сатурація та глюкоза крові під час огляду бригадою ШМД.

Хвора була доставлена в КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №3», де була оглянута терапевтом та неврологом. Запідозрено ГПМК і переправлено пацієнтку в МКЛ ШМД, де проведено КТ головного мозку. ГПМК було виключено і виявлено полісинусит. Хвора консультована ЛОР-лікарем, який діагностував хронічний поліпозний риносинусит. Наявна виписка, в якій вказано, що пацієнтка перенаправляється у терапевтичне відділення КНП «ВМКЛ №3» у зв'язку з гіпертермією до 39°C, лейкоцитозом крові до $30,0 \cdot 10^9/\text{л}$.

Відповідно до вказаних дій, суттєвих помилок у діяльності установ, які направляли пацієнтку, не виявлено. Однак враховуючи стан пацієнтки при госпіталізації, який був оцінений як важкий, визначено оглушення, пасивне положення в ліжку, зниження сатурації до 80%, то можна зробити висновок, що стан пацієнтки був недооцінений як у приймальному відділенні МКЛ №3 в перший раз, так і в лікарні ШМД.

Первинний огляд, встановлення діагнозу проводився терапевтом. Хвора скаржилась на виражену загальну слабкість, задишку у спокої, відчуття нестачі повітря, запаморочення, неможливість самостійно пересуватись, підвищення температури тіла до 39°C. З анамнезу відомо, що хворіє впродовж двох днів, викликала бригаду швидкої допомоги з приводу неускладненого гіпертензивного кризу.

Анамнез описаний коротко і не відображає початок та динаміку скарг, які стосуються основного захворювання.

Загальний стан оцінений як важкий, оглушена свідомість, положення в ліжку пасивне, відмічається акроціаноз, над легенями вологі хрипи більше зліва, ЧД 23/хв, сатурація O_2 80%, температура 37,2°C, пульс аритмічний 100-120 уд/хв., АТ 150/80 мм рт. ст.

Не проведена оцінка стану свідомості за шкалою ком Глазго чи іншими шкалами.

Виставляється діагноз: Негоспітальна двобічна полісегментарна пневмонія ІV клінічна група. Важкий перебіг. ЛН ІІІ ст. ВН ІІІ ст. ІХС, Дифузний кардіосклероз, коронаросклероз, аортосклероз, церебросклероз. Гіпертонічна хвороба ІІ стадія, ІІ ступінь. Гіпертрофія ЛШ. ССР - дуже високий. СН ІІ-А, ФК ІІІ з невизначеною скоротливою здатністю лівого шлуночка. Хронічна фібриляція передсердь, тахісistolічна форма. Цукровий діабет ІІ типу, важка

форма, некомпенсований, діабетична дистальна полінейропатія, дисциркуляторна енцефалопатія (ДЕ) II-III ст., змішаного генезу (метаболічного, атеросклеротичного, гіпертензивного).

Об'єм та якість первинного на наступних обстежень хворого. В приймальному відділенні виконані: швидкі тести на Ковід-19 та грип А і В - негативні. Заплановано загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, діастаза, цукор крові, ЕКГ, білірубін, трансамінази, сечовина, креатинін, коагулограма, протромбіновий індекс, флюорографія ОГК, ліпіди крові, електроліти.

Виконані: загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, черговим реаніматологом виконані тести на тропонін, Д-димер (результати описані в щоденнику).

Враховуючи діагноз при направленні пневмонії та важкий стан, не заплановані СРБ, гази крові, лактат крові; не виконана рентгенографія ОГК, яка є обов'язковою для підтвердження діагнозу. Враховуючи наявність ІХС в анамнезі, важкість стану, мали бути заплановані стерильність крові, ЕхоКГ, УЗД ОЧП. Хвору одразу мав оглянути реаніматолог, який оглядав пацієнтку через 45 хв після госпіталізації. Не запланована консультація невролога, адже виставлений діагноз ДЕ II-III ст., та ендокринолога, враховуючи декомпенсований цукровий діабет. За сучасними вимогами має бути динаміка натрійуретичного пептиду.

Особливість та своєчасність встановленого діагнозу. Діагноз є своєчасним, однак частково обґрунтований, враховуючи відсутність рентгенографії ОГК або ультразвукового дослідження за протоколом POCUS. Наявність гіпертермії, вологих хрипів при аускультатії легень та лейкоцитозу крові дозволяло запідозрити негоспітальну пневмонію, однак наявність вираженої серцево-судинної патології у людини похилого віку не виключало декомпенсації серцевої недостатності.

Діагноз сформульований з деякими неточностями: пневмонія IV клінічної групи вже передбачає важкий перебіг, що не потребує додаткового уточнення. Стадія гіпертонічної хвороби є III, адже є декомпенсація серцевої недостатності. За сучасними класифікаціями відсутня форма хронічної фібриляції передсердь, правильна назва - постійна форма. Пацієнтка не стратифікована за шкалами CHA2DS2-VASc та HAS-BLED. В заключному клінічному діагнозі недоречним є Раптова серцева смерть, адже цей діагноз виставляється, якщо симптоми з'явилися не раніше, ніж за годину перед смертю з розвитком раптової втрати свідомості. Не зрозумілим є стадія гострої серцевої недостатності Killip IV, що характеризує кардіогенний шок, однак у пацієнтки до останнього АТ був дещо підвищений (за щоденниками 140-150/90 мм рт. ст.). Крім того, за даними історії хвороби необґрунтованими залишаються діагнози сепсису та поліорганної недостатності, які, в тому числі, не були верифіковані під час патолого-

анатомічного дослідження. Ще одним недоліком формулювання діагнозу є винесення в супутні стани гіпертонічної хвороби, адже вона призвела до ремоделювання серця і прогресуванню серцевої недостатності, враховуючи дані анамнезу, про нещодавній неускладнений криз, на який викликала брiгада ШМД.

Висновки консультантів. Хвора оглядалась лікарем-реаніматологом, який перевів пацієнтку на режим СРАР, визначив тропоніни та Д-димер, а в подальшому проводив реанімаційні заходи.

Тривалість та обсяг лікування. При первинному огляді: омепразол 40 мг/доб, цефепім 1,0 2 р/доб в/в, моксифлоксацин 400 мг в/в крап, аритміл (аміодарон) 300 мг в/в крап на 5% глюкозі, корвітин (Кверцетин) 0,5 в/в крап, фуросемід 2,0 в/м, цитиколін 1000 мг в/в, медотилін (Холіну альфосцерат) 4,0 в/в крап, елфунат (мексидол) 4,0 в/в 2 рази/доб в/в, метонат 5,0 в/в, діаліпон турбо (а-ліпоєва кислота) 50 мл в/в крап, розувастатин 20 мг, еплепрес (еплеренон) 50 мг в обід, флертіс (едаравон) 20 мл в/в крап, L-лізин 200 мг в/в крап, магнікор (ацетилсаліцилова кислота) 75 мг, конкор (бісопролол) 10 мг, ксарелто (ривароксабан) 20 мг, комбісарт Н (вальсартан з гідрохлоріазидом) 160/12,5, метформін 1000 мг 2 р/доб, діабетон (гліклазид) 60 мг, інфулган (парацетамол) 100 в/в крап при температурі більше 38°C.

У відділенні додали до лікування інсулін короткої дії за потреби.

Лікування призначено відповідно до діагнозу, однак слід зауважити, що в переліку відмічається велика кількість недоказових, метаболічних препаратів, яких немає у переліку НСЗУ (корвітин, елфунат, метонат). Призначені ліки медотилін, флертіс, L-лізин також були необґрунтованими, адже діагноз ГПМК не підтвердився, відсутня консультація невролога і вони також не входять в обов'язковий перелік доказового лікування порушень функції головного мозку. Єдиний препарат, який був рекомендований з лікарні ШМД - цитиколін (у виписці - нейроцитін). Всі перераховані препарати призначались в/в, що сприяло прогресуванню набряку легень, набряку головного мозку, так ще за умови відсутності достатньої кількості сечогінних засобів та їх в/м введенні, а не в/в за умови гіперволемії. Відсутнє достатнє лікування набряку легень, яке мало б включати нітрати та достатню кількість діуретиків, навіть за відсутності передозування в/в введеннями. Протипоказане введення бета-блокаторів (бісопрололу) на тлі декомпенсованої лівошлуночкової недостатності з набряком легень, адже бета-блокатори призначаються лише еуволемічним пацієнтам із-за зменшення скоротливості міокарда у випадку активації симпатичної нервової систем, що призводить до посилення проявів серцевої недостатності. Для контролю частоти при постійній формі фібриляції передсердь без ознак гострої ішемії доречним може бути введення дигоксину, тоді доречність введення

аміодарону також може викликати сумніви. Це питання залишається дискусійним із-за відсутності в історії хвороби ЕКГ. Крім того, призначена дуже велика кількість препаратів людині старечого віку зі значно зниженими можливостями їх виведення, що могло призвести до додаткових ускладнень поліпрагмації.

Клінічний діагноз.

Основний: 1. Негоспітальна двобічна полісегментарна пневмонія IV клінічна група. Важкий перебіг.

2. ІХС, Дифузний кардіосклероз, коронаросклероз, аортосклероз, церебросклероз.

Ускладнення: гостра лівошлуночкова недостатність, Killip IV. Раптова серцева смерть. Прогресуюча серцево-судинна недостатність. Прогресуюча дихальна недостатність. набряк легень. набряк головного мозку. висока вірогідність ТЕЛА. Синдром поліорганної недостатності. Сепсис. ЛН III ст. ВН III ст. СН стадія С, NYHA III-IV. Хронічна фібриляція передсердь, тахісistolічна форма. ДЕ II-III ст., змішаного генезу метаболічного, атеросклеротичного, гіпертензивного).

Супутний: Гіпертонічна хвороба II стадія, II ступінь. Гіпертрофія ЛШ. ССР - дуже високий. Цукровий діабет II типу, важка форма, декомпенсований. Діабетична дистальна полінейропатія.

Патологоанатомічний діагноз - комбінований поєднаний.

1. 1. Атеросклеротичний міокардіосклероз. Атеросклероз в стадії атерокальцинозу з переважним враженням коронарних артерій та аорти.

2. Гіпертонічна хвороба (гіпертрофія стінки лівого шлуночка серця - 2 см, гіаліноз стінок артерій та артеріол).

II. Прогресуюча серцева недостатність. набряк легень. набряк головного мозку. Двобічна застійна пневмонія. Повнокрів'я внутрішніх органів. Дистрофія паренхіматозних органів.

III. Цукровий діабет II тип, важка форма, декомпенсований (за клінічними даними). Склероз, ліпоматоз, атрофія острівцевого апарату підшлункової залози.

Збіг або розбіжність клінічного та патологоанатомічного діагнозів. За даними клініко-патологоанатомічного епікризу має місце співпадіння клінічного та патологоанатомічного діагнозів. Клінічний діагноз своєчасний, сформульований правильно. Однак слід зауважити деякі неточності: в клінічному діагнозі першим винесена негоспітальна пневмонія з сепсисом, як ускладненням, які не були виявлені при патолого-анатомічному дослідженні. виявлена пневмонія під час розтину віднесена в рубрику ускладнень, як прояв застійної пневмонії. Гіпертонічна хвороба в клінічному діагнозі винесена, як супутнє захворювання, а не в основний, як при патолого-анатомічному

дослідженні. Враховуючи вказані зауваження, більш коректним є часткове співпадіння діагнозів.

Можлива причина клініко-діагностичної помилки: важкий стан пацієнтки на момент госпіталізації, яка відбулась у вечірній час п'ятниці, що значно обмежило, можливості проведення лабораторно-інструментальних обстежень; короткий термін перебування в стаціонарі та недооцінка стану серцево-судинної системи пацієнтки при першому візиті в КНП «ВМКЛ №3» та під час госпіталізації. Також вагомим чинником - малоінформативні анамнестичні дані.

Значимість помилкового клінічного діагнозу в лікуванні та наслідки захворювання. Встановлення діагнозу є частково помилковим з неправильним розподілом першочерговості захворювань. Відповідно лікування проводилось пневмонії, ДЕ і недостатнє лікування гострої серцевої недостатності, яка і стала основною причиною смерті.

Якість оформлення документації. Історія хвороби велась згідно вимог. Наявні інформовані згоди пацієнтки на курс лікування медикаментами, які не увійшли в пакет послуг НСЗУ за власні кошти; згода на проведення діагностики, лікування; про права та обов'язки пацієнта, які підписані пацієнткою, однак не в усіх наявний підпис лікаря, який надавав інформацію. Наявні первинний огляд терапевта, супровідний лист, виписка та результати обстежень з лікарні ШМД, лист лікарських призначень, протокол реанімаційних заходів, 2 щоденники спостереження, форма патолого - анатомічного заключення, епікриз. Однак в історії хвороби представлений результат ультразвукового дослідження іншого пацієнта. Ще одним вагомим недоліком є призначення торгових назв препаратів, а не діючої речовини, враховуючи вимоги НСЗУ. Відсутні ЕКГ, хоча пацієнтка мала порушення ритму.

Чи підлягає історія хвороби та дані розтину розбору на клініко-патологоанатомічній конференції - достатнє проведення медичної комісії.

Передбачуваність випадку. Випадок частково передбачуваний, тобто була імовірність відтермінувати летальний наслідок. Хвора старечого віку з важкими захворюваннями серцево-судинної системи з декомпенсованим цукровим діабетом більш ймовірно не отримувала планове лікування в достатній кількості, про що свідчить гіпертензивний криз за два дні до госпіталізації, який призвів до декомпенсації серцевої недостатності, тобто є вірогідним, що недооцінка стану була на момент кризу, який був розцінений як неускладнений. За два дні розвилася важка пневмонія з лихоманкою, яка не характерна для людей старечого віку, з вираженим лейкоцитозом, що вказує на виснаження

компенсаторних механізмів і на тлі гіпоксії посилились прояви ДЕ, які були розцінені як ГПМК. При першому зверненні в КНП «ВМКЛ №3» вдруге недооцінили важкість стану пацієнтки. Не проведені діагностичні обстеження, хоча б рентгенографія ОГК, що в свою чергу призвело до втрати часу при виключенні інших захворювань (ГПМК). Окремим важливим моментом було призначення лікування зі вказаними недоліками. Важкість стану при госпіталізації та короткий термін госпіталізації вказують на дуже високий ризик летального наслідку, навіть за умови вчасної діагностики захворювань та правильно обраному підході лікування.

7. ОБГОВОРЕННЯ ТЕМИ:

Проф. Сторожук Борис Григорович «Хочу наголосити на тому, що випадок неординарний. Ми третій раз за пів року обговорюємо на Медичній раді ситуації коли пацієнти спершу розглядаються як ті, які мають основну проблему з серцево-судинною системою, а насправді має місце негоспітальна пневмонія. Вважаю, що нарешті нам усім потрібно прийняти за правило, що для поліморбідних пацієнтів має бути застосований терапевтичний, а не реанімаційний підхід. Знову має місце «катання» пацієнтів по-місту, що впливає негативно на стан та динаміку змін зі здоров'ям наших пацієнтів, і відповідно прогноз по виліковуванню».

Пахно Ігор Петрович «Не хочу повторювати все те, що говорив на попередніх наших нарадах. Однозначно визнаю, що є помилка в діях лікаря невропатолога КНП «МКЛ №3». Але чи помилка це клініциста, чи організатора? Нам всім варто пам'ятати правило – якщо у пацієнта має місце ускладнення з гіпертонічним кризом, то такого пацієнта необхідно негайно госпіталізувати в реанімацію. Також доводжу до вдома Медичної ради, що на виконання рекомендацій попередньої ради я був в КНП «МКЛ №3» та провів обговорення нашої співпраці з колективом цієї лікарні».

Жарлінська Раїса Василівна «Хочу нагадати всім присутнім про статті 139 та 140 Кримінального кодексу України. **Стаття №139** вказує на те, що ненадання без поважних причин допомоги хворому медичним працівником, який зобов'язаний, згідно з установленими правилами, надати таку допомогу, якщо йому завідомо відомо, що це може мати тяжкі наслідки для хворого, - карається штрафом до п'ятдесяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років або громадськими роботами на строк до

двохсот годин, або виправними роботами на строк до двох років, або пробаційним наглядом на строк до двох років. **Стаття 140** про неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником карається позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до п'яти років або виправними роботами на строк до двох років, або обмеженням волі на строк до двох років, або позбавленням волі на той самий строк. Це важливо, адже правова обізнаність наших пацієнтів з кожним роком зростає, і правоохоронні органи теж зацікавлені в покращення своєї професійної статистики».

Авраменко Наталія Михайлівна «Хочу доповнити слова поважного професора Сторожука Б.Г., про те, що ми на трьох останніх Медичних радах обговорюємо ситуації коли пацієнту спершу виставляють діагноз з хворобою серцево-судинної системи, а на справді має місце негоспітальна пневмонія. Про це ми говоримо роками. Я так розумію, що є нагальна потреба нам усім зібратися, та виробити чіткий алгоритм дій в подібних ситуаціях».

Черешнюк Галина Семенівна «Я підтримую цілком і повністю всіх наших колег, які озвучили сьогодні зауваження та пропозиції. Хочу всім нагадати про те, що одним із завдань при створенні нашої Медичної ради було виявлення проблем з якістю надання медичної допомоги вінничанам, і пошук шляхів їх вирішення. Те, що у нас останнім часом погіршився контроль за роботою лікарів та трудова дисципліна в медичних закладах – це факт. Питання розбору випадків смертей на місцях вважаю недостатнім. Тому прошу і звертаюсь до медичних директорів з тим, щоб остання посилили роботу в цьому напрямку та перевірили діяльність своїх завідуючих амбулаторіями на первинному рівні та завідуючих відділеннями на рівні стаціонарів наших міських закладів. В цілому я вдячна всім хто приймай участь в роботі нашої Медичної ради, особлива вдячність нашим рецензентам».

ГОЛОСУВАННЯ:

Черешнюк Г.С.: Винесено пропозицію про визнання випадку смерті пацієнтки К. хххх року народження як умовнопопереджуваний, адже є питання до діяльності колег на первинному рівні надання медичної допомоги.

Голосують лише члени медичної ради.

РЕЗУЛЬТАТ: «За» - 14 голосів. Рішення прийнято одноголосно.

19 червня 2024 року

Голова Медичної ради

Галина ЧЕРЕШНЮК

Секретар

Петро ГРАНКІВСЬКИЙ

Протокол направлено:

Міському голові

МОРГУНОВУ С.А.

Заступнику Міського голови

ЯКУБОВИЧ Г.А.

Директору департаменту охорони здоров'я ВМР

ШИШУ О.В.