

ПРОТОКОЛ

засідання Медичної ради
від 17 вересня 2024 року

**ТЕМА №1: «Розбір випадку смерті гр. Р., хххх року народження (71 рік),
яка мешкала за адресою: ххххх**

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** **11 чоловік** (61% від загального числа);

ЗАПРОШЕНІ: Медичні директори КНП «ЦПМСД 1-5», КНП «МКЛ ШМД» та лікуючі лікарі відповідних закладів.

РЕЦЕНЗЕНТИ:

БАРАЛО ІГОР ВІТАЛІЙОВИЧ – кандидат медичних наук, доцент кафедри хірургії № 1 ВНМУ ім. М.І. Пирогова - аналіз якості надання медичної допомоги на госпітальному етапі в КНП «МКЛ ШМД»;

ОЛЕВІНСЬКА ВАЛЕНТИНА МИКОЛАЇВНА – медичний директор КНП «ЦПМСД №2» - аналіз якості надання медичної допомоги на догоспітальному етапі в КНП «ЦПМСД №5»;

ДОПОВІДІ ЛІКАРІВ:

Голова Медичної ради Черешнюк Г.С. оголосила всім присутнім план і порядок проведення сьогоднішнього засідання. Присутні 11 членів Медичної ради, що становить 61% від загального числа.

1. До слова запрошено Чернишук Тетяну Никифорівну – лікаря загальної практики-сімейної медицини КНП «ЦПМСД №5», яка доповіла про етап ведення пацієнта на рівні центру первинної медико-санітарної допомоги.

«Пацієнтка була задекларована з 25.12.2018 року. Перебувала на диспансерному обліку з приводу ішемічної хвороби серця Іст., серцевої недостатності Іст., атеросклеротичного кардіосклерозу, цукрового діабету. Ризик розвитку серцево-судинних ускладнень був помірним. Отримувала кардіопрфілактику препаратом Діокор 80мг. та Магнікор 75мг. На прийоми пацієнтка зверталась вкрай рідко. В 2020 та 2021 роках жінка була вакцинована, в тому числі від COVID-19. В 2021-2022 роках мало місце лікування в травматологічному відділенні КНП «МКЛ ШМД» з приводу кісточкових переломів правої гомілки. 01.07.2024 року пацієнтка звернулась зі скаргами на загальну слабкість. При обстеженні виявили підвищення рівня цукру до 23,4 ммоль/л, виявлено білок в сечі, лейкоцити $10,5 \times 10^9$, пришвидшене ШОЕ. Я написала направлення на консультацію до лікаря ендокринолога, але в КНП «МКЛ №3», бо в обласний ендокринологічний центр записатися **було складно**. Надалі жінка в телефонному режимі повідомила мене, що обстежується і лікується в приватного ендокринолога. 10.07.2024 року я отримала результати комп'ютерної томографії органів черевної порожнини, з ознаками паранефрального абсцесу. Надалі моє спілкування було лише з дочкою пацієнтки, адже я дізналась, що жінку госпіталізували в КНП «МКЛ ШМД» бригадою швидкої медичної допомоги».

Запитання до лікаря Чернишук Т.Н.:

- Проф. Сторожук Б.Г.: Чи спостерігали Ви підвищення рівня глюкози крові під укладання декларації?

Чернишук Т.Н.: Ні. Показники були в нормі.

- Герасимюк К.Х.: Чи була хвора консультована ендокринологом? Чи були задіяні ліки по Програмі медичних гарантій?

Чернишук Т.Н.: Я пацієнті надала направлення на консультацію до лікаря ендокринолога. В обласному ендокринологічному центрі була дуже велика черга, тому я радила жінці звернутися до ендокринолога в КНП «МКЛ №3», але не знаю чи вона цим скористалась. З препаратів по Програмі «Доступні ліки» пацієнтка нічого не приймала, адже на той час діагноз «цукровий

діабет» не було верифіковано. Натомість по клінічних даних я призначила препарат Метформін 1000.

- Олевінська В.М.: Скільки раз за весь час Ви бачили свою пацієнтку?

Чернишук Т.Н.: Не можу точно сказати, але один раз на рік можливо, саме на профілактичні огляди.

- Черешнюк Г.С.: Ви стверджуєте, що жінка відмовлялась від Ваших рекомендацій. А чому ніде це не задокументовано ?

Чернишук Т.Н.: **Немає відповіді.**

- Проф. Сторожук Б.Г.: Чи мала пацієнтка обтяжений анамнез або ж генетичні ризики?

Чернишук Т.Н.: Ні, не мала.

- Черешнюк Г.С.: Як Ви можете пояснити важкий стан жінки при поступленні в КНП «МКЛ ШМД»?

Чернишук Т.Н.: **Немає відповіді.**

- Черешнюк Г.С.: Хто ще крім Вас консультував жінку?

Чернишук Т.Н.: Наскільки я знаю, то лише лікарі КНП «МКЛ ШМД» при лікування переломів та приватний лікар ендокринолог.

- Проф. Сторожук Б.Г.: Скільки часу пройшло з моменту підозри на розвиток цукрового діабету у жінки і лікуванням переломів в КНП «МКЛ ШМД»?

Чернишук Т.Н.: Переломи жінка лікувала в 2021-2022 роках.

- Доц. Кириченко В.І.: Кісточкові переломи в старшому віці – це ознака остеопоротичних змін в кістках. Чи зверталась до Вас жінка з приводу реабілітації переломів?

Чернишук Т.Н.: Ні, не зверталась. Всі реабілітація здійснювалась в стаціонарі КНП «МКЛ ШМД».

- Черешнюк Г.С.: То яким буде ваш висновок щодо даної пацієнтки?

Чернишук Т.Н.: Я не задоволена тим що сталося. Думаю, що як би жінка виконувала лікарські рекомендації, то все було б добре!

2. До слова запрошено Козловського Ігоря Леонідовича – лікаря уролога урологічного відділення КНМ «МКЛ ШМД», який доповів про етап ведення пацієнтки в стаціонарі.

«Пацієнтка 10.07.2024 року бригадою швидкої медичної допомоги була доставлена в КНП «МКЛ ШМД». Основні скарги були на гіпертермію до 38 С⁰, біль в поперековій ділянці з права та набряк верхньої третини правого стегна. Зі слів пацієнтки хворіла близько 2 тижнів. Після обстеження пацієнтці встановлено діагноз: Гострий правобічний паранефрит, сепсис, цукровий діабет II типу, в стадії декомпенсації та розпочато передопераційну підготовку. 11.07.2024 року проведено оперативне лікування з розкриття та дренивання

гнійного паранефриту. В післяопераційному періоді консультована хірургом, судинним хірургом, ендокринологом, терапевтом. Набряк не зменшувався. 17.07.2024 року було проведено розкриття гнійника в ділянці глибокої стегнової вени. 30.07.2024 року в 02⁰⁰ год. стан різко погіршився, було зафіксовано шлункову кровотечу та ознаки поліорганної недостатності. Після огляду черговим лікарем була діагностовано двостороння полісегментарна пневмонія, двобічний гідроторакс. Всі намагання спасти жінку не призвели до позитивного результату. Була проведена серцево-судинна реанімація, але успіху вона не мала. 01.08.2024 року пацієнтка померла в лікарні».

Запитання до лікаря Козловського І.Л.:

- Черешнюк Г.С.: Чому тіло пацієнтки не було передано на розтин?
Козловський І.Л.: **З релігійних причин родичі померлої попросили не робити патологоанатомічний розтин.**
- Проф. Сторожук Б.Г.: Скільки часу пройшло від розкриття гнійного паранефриту до розкриття ймовірного іліофemorального процесу?
Козловський І.Л.: Всього 6 днів.
- Проф. Сторожук Б.Г.: Якою була антибіотикотерапія і яким був збудник?
Козловський І.Л.: Збудник – це золотистий стафілокок. Пацієнтці призначали препарати цефалоспоринового ряду, Метрогіл, Меропінем, Амікацин, Моксифлоксацин.
- Пахно С.П.: Чи буде доповідь реаніматолога?
Мельник І.П.: Так.
- Герасимюк К.Х.: Які були результати глюкози крові в стаціонарі?
Козловський І.Л.: Результати були від дуже високих до гіпоглікемії. Жінку відразу перевели на інсулін, та регулярно консультував ендокринолог.
- Доц. Кириченко В.І.: Чи не було у пацієнтки туберкульозного процесу?
Козловський І.Л.: Ні.
- Черешнюк Г.С.: Скільки було проведено консиліумів?
Козловський І.Л.: Точно я не пам'ятаю, але огляди медичного директора, завідуючого відділенням були регулярними, про що вказано в амбулаторній картці.
- Доц. Лайко Л.І.: Якими були біохімічні аналізи крові?
Козловський І.Л.: Вони були в межах норми, що є дивно.

3. До слова запрошено Немировську Ліану Василівну – лікаря анестезіолога-реаніматолога реанімаційного відділення КНП «МКЛ ШМД», яка доповіла про етап перебування пацієнта в КНП «МКЛ ШМД».

«Пацієнтка 30.07.2024 року була переведена з урологічного відділення у вкрай важкому стані. При цьому тиск був 80/50 мм.рт.ст., свідомість в стані приглушення. Частота серцевих скорочень 90 ударів за хвилину. Відразу було підключено вазопресори (Норадреналін), але спасти пацієнтку не вдалось.».

Запитання до лікаря Немировської Л.В.:

- Пахно І.П.: Скільки пацієнтка часу перебувала в реанімації?
Немировська Л.В.: Всього 7 днів.
- Пахно І.П.: Озвучте ще раз лабораторні показники пацієнтки в період, коли вона перебувала в реанімації. Чи був ацидоз крові, чи кетоз? Чи робили аналіз на кетонові тіла?
Немировська Л.В.: Мав місце кетоз. Кетонові тіла були ++.
- Проф. Сторожук Б.Г.: Якою була сатурація та газів крові?
Немировська Л.В.: Сатурація крові була 88%, РН – 7,3, РО₂ – 49. Частота дихання 21 за хвилину.
- Пахно І.П.: Тобто картина дуже схожа на сепсис?
Немировська Л.В.: Так. Мав місце септичний стан.
- Черешнюк Г.С.: Як часто Ви оглядали пацієнтку?
Немировська Л.В.: Під час чергування був постійний нагляд. А чергування в мене одне через добу.
- Доц. Лайко Л.І.: Чи практикуєте Ви використання біовенту?
Немировська Л.В.: Ні. Він не входить до протоколу лікування таких пацієнтів.
- Титаренко В.Є.: Чи була зупинена шлункова кровотеча, і які показники гемоглобіну були до початку кровотечі?
Немировська Л.В.: Кровотечу зупинили ендоскопічно. Останній показник рівня гемоглобіну був 46 ммоль/л.

4. Представлено рецензію медичного директора КНП «ЦПМСД №2» Олевінської Валентини Миколаївни – на надання медичної допомоги на догоспітальному етапі спостереження в КНП «ЦПМСД №5».

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

Але при перевірці виявлено цілий ряд недоліків, а саме:

- Узагальнюючи дані записів в медичній карті амбулаторного хворого, можна сказати про **відсутній контакт пацієнта з закладом ПМСД протягом 2018р., 2020-2021р.р. та недостатню кількість оглядів протягом часу спостереження 2022-2024р.р.** Призначення, які

копіювались лікарем з року в рік, свідчать про те, що лікарем не приділялась достатня увага контролю АТ, запобіганню ускладнень основного захворювання. В 2022 році зафіксовано АТ 150/90 мм.рт.ст., в подальшому шаблонно переписувалось від 150/90 мм.рт.ст., до 140/80 мм.рт.ст.. Не запропонований контроль АТ та пульсу в домашніх умовах.

- Протягом всіх років відсутній хоча б один запис, де було об'єднано всі захворювання, рекомендації, план обстеження та лікування. Частково в 2019р. рекомендувалось обстеження відповідно до клінічних настанов для хворих з АГ(ЗАК, ЗАС, цукор крові, ЕКГ, загальний холестерин). **Лікарем жодного разу не проведено вимірювання рівня глюкози на прийомі глюкометром.**
- Є зауваження щодо лікування пацієнта. Вперше призначення щодо лікування ГХ та ІХС з'явилися 15.03.2022р.: Діокор 80мг тривало, Магнікор 75 мг тривало.
- Мета призначення аспірину для первинної профілактики ССЗ пацієнтці 70+, з помірним ризиком ССЗ не зрозуміла(відповідно до настанов з профілактики ССЗ у 2021р.). За результатами досліджень різними науковими товариствами сформульовано клінічні рекомендації щодо застосування АСК у первинній профілактиці. Головна ідея полягає у тому, що завжди потрібно зважувати потенційну користь та ризик кровотеч. Рекомендовано використовувати таблиці й калькулятори ризиків ССЗ та кровотеч.
- **Лікування протягом останніх 2022-2024р.р. незмінно копіювалось від огляду до огляду.** Лікування виглядає формальним, без контролю рівня холестерину, рекомендацій щодо контролю АТ та пульсу. Відсутній контроль за враженням органів-мішеней!

Враховуючи 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 ведення пацієнтки вважаю незадовільним.** Виявлені недоліки опосередковано вплинули на даний випадок смерті. Робота по спостереженню, обстеженню і лікуванню задекларованого населення з хронічною патологією потребує значного покращення.

5. Представлено рецензію к. мед. н., доцента кафедри хірургії №1 ВНМУ ім. М.І. Пирогова Барало Ігора Віталійовича, щодо якості надання медичної допомоги на госпітальному етапі в КНП «МКЛ ШМД».

Пацієнтка Р., xxxx року народження, яка мешкала за адресою: xxxx.

Місце спостереження хворої: урологічне відділення для дорослих КНП «МКЛ ШМД» м. Вінниця історія хвороби № 10272/1258. Час спостереження хворої: 18⁴⁴ 10.07.2024р. - 09¹⁰ 01.08.2024р.

1. Погрішності в лікувальних установах, що направили хвору: хвора доставлена у КНП «МКЛ ШМД» м. Вінниця бригадою швидкої медичної допомоги у супроводі та госпіталізована в урологічне відділення черговим лікарем.

2. Повнота та якість первинного та послідуєчих обстежень хворого: Проведено в необхідному та достатньому обсязі. Слід відзначити, що хвора звернулась за допомогою із певним запізненням (протягом 2-х тижнів мала болі правій поперековій ділянці, фебрильну гіпертермією, обстежувалась і спостерігалась в приватному медичному центрі. В супровідному листку лікарем швидкої допомоги відзначено схильність до гіпотонії АТ 100/70 мм.рт.ст, тахікардію: ЧСС 100/хв., гіперглікемію - глюкоза крові 20 ммоль/л. Отже мав місце септичний стан на тлі декомпенсованого цукрового діабету.

Догоспітально хворій була проведена СКТ черевної порожнини та малого таза з внутрішньовенним контрастуванням, яка виявила підозру на карбункули/абсцеси нижнього полюсу правої нирки, множинні абсцеси заочеревинного простору справа, інфільтрацію м'яких тканин у верхній третині правого стегна. Лабораторне дослідження 03.07.2024 року за 7 днів до госпіталізації виявило лейкоцитоз зі зсувом лейкоцитарної формули до 7% паличкоядерних і 75% сегментоядерних нейтрофілів, гіперазотемію: креатинін 110,85 ммоль/л; сечовина 11,06 ммоль/л. На госпітальному етапі лабораторне дослідження в динаміці було регулярним.

3. Особливості та своєчасність постановки діагнозу:

Клінічний діагноз правильний і своєчасний.

4. Заключення консультантів лікарні: Регулярно оглядалось хірургом, анестезіологом та реаніматологом, консультована гінекологом, ендокринологом, торакальним хірургом, судинним та гнійно-септичним хірургом, регулярно проводились консилиуми за участю медичного директора лікарні.

5. Тривалість та повнота лікування:

Дата операції, через який час після поступлення в стаціонар: Хвора підготовлена до операції. 11.07.2024 року виконано розсічення карбункулів правої нирки та розтин з дрениванням абсцесів заочеревинного простору. Хвора лікувалась у відділенні реанімації та інтенсивної терапії, де регулярно оглядалась урологами, реаніматологами, хірургами. На тлі проведення інтенсивної антибактеріальної, протизапальної, інфузійної терапії інфільтраційна стадія процесу перейшла в гнійну і заплив із за очеревинного простору. 17.07.2024р. виконано операцію по розсіченню і дрениванню флегмони правого стегна. Післяопераційний період перебігав важко. 30.07.2024 р. ускладнився шлунково-кишковою кровотечею, яку лікували консервативно гемостатичними засобами (трансфузії препаратів крові). Стан хворої прогресивно погіршувався, проводилась інтенсивна терапія. 01.08.2024 року о 9¹⁰ год. хвора померла.

6. Клінічний діагноз:

Основний (комбінований поєднаний) :

I. Абсцеси нирки та навколониркової клітковини (Гострий гнійний правобічний паранефрит).

II. Цукровий діабет 2 типу з незадовільним контролем, середньої важкості, декомпенсований.

Ускладнення:

Флегмона нижньої кінцівки! Заплив паранефриту на праве стегно. Сепсис. Ендогенна інтоксикація Синдром поліорганної недостатності. Септична двобічна полісегментарна пневмонія. Двобічний реактивний плеврит. Виразка шлунка, гострі ерозії стравоходу та шлунку, ускладнені кровотечею. Анемія змішаного генезу, важкого ступеня. набряк головного мозку та набряк легень. Гостра серцево-судинна недостатність.

Супутній:

ІХС. Атеросклеротичний кардіосклероз. Гіпертонічна хвороба з переважним враженням серця, II стадії, 4 ступінь ризику.

7. **Патологоанатомічний діагноз:** Тіло видано без розтину.

8. **Співпадіння чи розходження клінічного і патологоанатомічного діагнозу:** Розтин тіла не проводився.

9. **Характеристика клінічно невизначеного захворювання:** Рідкісне, важке для діагностики: Невизначеного захворювання немає

10. **Можлива причина клініко-діагностичної помилки:** Помилки відсутні

11. **Значимість помилкового клінічного діагнозу в лікуванні та наслідкові захворювання:** -

12. **Якість оформлення медичної документації:** Задовільна.

13. **Чи підлягає історія хвороби і дані розтину розбору на клініко-**

патологічній конференції: Не підлягає (у зв'язку з відсутністю розтину але підлягає розгляду на Медичній раді).

6. ОБГОВОРЕННЯ ТЕМИ:

Проф. Сторожук Борис Григорович «Хочу наголосити на тому, що ми років три «воюємо з вітряками». Неодноразово в цій залі під час обговорення випадків смерті на Медичній раді ми приходили до висновку, що відсутній комплайнс між пацієнтом і лікарем, і це результат «реформування галузі». Пацієнти відсутні у лікаря первинки. Вважаю, що допоки не запрацює страхова медицина - толку не буде. Те, що лікар не звернула увагу на цукор крові та наявність хронічного пієлонефриту призвело до того, що пацієнтка попала у лікарню швидкої медичної допомоги. Вважаю, що на етапі стаціонару врятувати жінку було вже не можливо. На первинному рівні лікарю варто було згрупувати своїх задекларованих пацієнтів, і працювати з ними.».

Жарлінська Раїса Григорівна «Хочу нагадати всім присутнім про статті Основ Законодавства про охорону здоров'я, які вказують на обов'язки нашого пацієнта. Чи є санкції за порушення з боку пацієнта? Звичайно є, але професіоналізм лікаря в тому, щоб отримати свого роду «комплайнс» з пацієнтом, і це вже не правова опція. Щодо убезпечення себе перед контролюючими органами, то раджу лікарям писати клопотання на завідуючих відділеннями про невиконання хворим рекомендацій чи приписів. Для медиків діє презумпція винуватості, ми в априорії уже винні. Якщо пацієнт відмовляється від дотримання правил тоді документально підтверджуйте ваші переконання – пишіть відповідні акти, які потім передавайте директорам. Також раджу послухати в інтернеті відео адвоката Юдіна, який спеціалізується власне не правовій допомозі медичним працівникам».

Герасимюк Костянтин Харитонович «Хочу доповнити слова пані Жарлінської Р.Г., і нагадати всім про державну програму «Доступні ліки». Чому не використовують її. З особистого досвіду можу сказати, що вона реально працює, а саме головне – вона спрямована на найбільш соціально незахищені верстви населення. Фіксуючи повну інформацію в амбулаторній картці – ви ж убезпечуєте себе юридично.».

Черешнюк Галина Семенівна «Я підтримую цілком і повністю проф. Сторожука Б.Г. та Жарлінську Р.Г., які озвучили щойно зауваження та пропозиції. Хочу всім нагадати про те, що ми на засіданнях Медичної ради

неодноразово наголошували на питаннях відмови в обслуговуванні пацієнта, якщо з його боку є фіксовані випадки порушення лікарських рекомендацій, приписів або ж порушення лікувального режиму. Це реально працює.

Можу констатувати те, що сімейний лікар сьогодні не надавала медичну допомогу пацієнтці належно. Знову ми почули про «відсутність записів в амбулаторній картці». Знову відсутній захист з боку лікаря. Прошу адміністрацію закладу звернути на це увагу.

Я сьогодні всім оголошую і обіцяю, що особисто пройдуся по центрах первинної медико-санітарної допомоги, і перевірю як там організована робота.

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 Р. хххх року народження як **непереджуваний на стаціонарному рівні надання медичної допомоги та умовнопереджуваний на первинному рівні надання медичної допомоги.**

Голосували лише члени медичної ради.

РЕЗУЛЬТАТ: «За» - 10 голосів, «утримався» - 1 голос. Рішення прийнято.

17 вересня 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.

Директору КНП «МКЛ ШМД»

ФОМІНУ О.О.

Директору КНП «ЦПМСД №5»

РОМАН Н.І.