

Экспертный случай.

18.11.19 у пациента 3. 62 лет во время транспортировки СП в ОКБ с ДЗ: ОКС с подъемом ST остановка сердечной деятельности, доставлен в ОИТ ГКБ №10 (в ближайшую больницу) в состоянии клинической смерти минуя приёмное отделение в 3.40. Врачом приёмного отделения осмотрен в ОИТ. Реанимационные мероприятия продолжены в ОИТ в течение 30 минут. В 4.10 констатирована биологическая смерть.

Данные истории болезни:

Пациент доставлен в состоянии клинической смерти, транспортирован в ОИТ минуя приёмное отделение.

Анамнез заболевания: со слов врача ГСП у пациента с вечера появились боли в грудной клетке давящего характера. Вызов СП, приехала фельдшерская бригада, по ЭКГ ОИМ, вызов реанимационной бригады. Во время транспортировки в ОКБ остановка сердечной деятельности, по тяжести состояния доставлен в ближайшую больницу. ЭКГ архивная 2007 г. с рубцовыми изменениями.

Объективный статус: Состояние крайне тяжёлое. Дыхание не определяется. АД, ЧСС не определяется.

ДЗ: ИБС. ОКС с подъемом сегмента ST.

Лечение: ОИТ, адреналин 0,1% 1 мл.

Врач:

18.11.19 03.40

Пациент доставлен бригадой ГСП, картина клинической смерти. Интубация на СП, реанимационные мероприятия в течение 7 минут. Зрачки широкие, на свет не реагируют. Кожные покровы мраморные. Лицо синюшно-черное. Сознание отсутствует. Самостоятельное дыхание отсутствует. Пульсация на центральных артериях отсутствует. На ЭКГ асистолия.

Начаты реанимационные мероприятия в объёме:

1. Непрямой массаж сердца.
2. ИВЛ (интубация трахеи ЭТТ №8 в режиме амбу-мешок с переводом на ИВЛ автоматическим респиратором «Puritanum» в режиме SIMV с заданными параметрами ДО -500, ЧДД 14, FiO2 60%, РЕЕР 5.0.
3. Адреналин 0,1% 1 мл в/в каждые 3 минуты (суммарно 12 мл).

Реанимационные мероприятия неэффективны в течение 30 минут, время асистолии 30 минут.

Сознание, дыхание, пульсация на центральных артериях отсутствуют. Зрачки широкие.

Констатирована биологическая смерть.

Врач:

ПОСМЕРТНЫЙ ЭПИКРИЗ

Пациент 3.

Возраст: 62 года, (24.11.1956)

Дата поступления: 18.11.19 03.40 Дата смерти: 18.11.19 4.10

Общий анализ крови:

Дата	Эр.10 ¹² /л	Нь, г/л	Лейк. 10 ⁹ /л	Тромб. 10 ¹² /л	СОЭ	П/я нейтр	С/я нейтр	Мон	Лимф	Эоз	Баз
9.02	5,01	151	25,2	60	2	6	85,8	7,9	6,1	0,1	0,1

Биохимические анализы крови:

Наименование	Показатели	Норма	Наименование	Показатели	Норма
Глюкоза		3,5-6,2 ммоль/л	Общий белок	63,9	65-85 г/л
Билирубин общ.	2,1	3,2-17,1 ммоль/л	Альбумины		30-35 г/л
Билирубин прям.		0,85-7,5 ммоль/л	Глобулины		23,5-45,8 г/л
Билирубин непр.		До 8 мкмоль/л	Амилаза	22,1	До 100 Е/л
Креатинин	64	44-106 мкмоль/л	Калий	3,9	3,5-5,5 ммоль/л
Мочевина	3,39	3,3-8,3 ммоль/л	Натрий	144	135-140 ммоль/л
Мочевая кислота			Д-димер	327	
АСТ	16,1	До 37 Е/л	Сыв. железо		8,8-30 мкмоль/л
АЛТ	13,5	До 42 Е/л	Ферритин		30-150 мкг/л

СКФ (формула СКД-ЕРІ) – 65 мл/мин/м2

Липидограмма:

Коагулограмма:

Наименование	Показатели	Норма	Наименование	Показатели	Норма
Холестерин	5,26	3,0-5,2 ммоль/л	ПО	1	0,7-0,1
Триглицериды	1,08	0,45-1,86 ммоль/л	МНО	1,05	
хЛПВП	1,44	0,80-2,2 ммоль/л	АЧТВ	43	32-42 сек
хЛПНП	4,46	1,68-4,00 ммоль/л	Фибриноген г/л	3,6	2,0-4,0 г/л

Троп тест: 8,55 пг/мл (норма 0,00-14,00 пг/мл).

ЭКГ: Синусовая брадикардия ЧСС 48. Повторный ИМ передне-перегородочной области, верх-боковой, верхушечной, острый период.

Пациент доставлен в состоянии клинической смерти, минуя приёмное отделение в ОИТ, где начаты реанимационные мероприятия. ч/з 30 минут реанимации, эффекта нет в 4.10 констатирована биологическая смерть

Заключительный диагноз: ИБС. Повторный крупноочаговый инфаркт миокарда передне-перегородочной области, боковой стенки с подъёмом ST.

Осложнения основного: Отёк лёгких. Отёк головного мозга. ОДН. ТЭЛА.

Врач:

ДЗ патологоанатомический:

Основное заболевание: ИБС. Острый инфаркт миокарда передней и боковой стенки ЛЖ (6-8-1,2 см), диффузный мелкоочаговый кардиосклероз, атеросклероз коронарных артерий (сужение на 2/3, кальциноз). Гипертрофия миокарда (444г)

Осложнения: острая сердечная недостаточность на фоне хронического венозного застоя в малом и большом кругах кровообращения (мускатная печень, гемосидероз селезёнки). ОЛ. ОГМ с вклинением в БЗО.

Сопутствующее: жировой гепатоз.

Совпадение клинического и патологоанатомического диагнозов.

Претензии эксперта СОГАЗ

- 1.отсутствие обоснования предварительного ДЗ, тактики ведения (наблюдения) больного.
2. Отсутствие обоснования клинического диагноза (по результатам дополнительного обследования).
- 3.Отсутствие обоснования лечебно-диагностического плана ведения пациента.

Вывод о страховом случае стационарного лечения с летальным исходом:

Каждый страховой случай с летальным исходом-случай ненадлежащего качества оказания медицинской помощи по признаку п.21 ст.2 Закона РФ № 323-отсутствия достижения запланированного результата.

Т.о., отсутствие в мед. карте в плане ведения больного записи о планируемом результате диагностики и лечения или отсутствие в целом плана ведения больного являются признаками ненадлежащего качества медицинской помощи, что подлежит применению финансовых санкций по коду 3.2. Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшение оплаты медицинской помощи), утв. приказом ФОМС от 01.12.10 №230. Минимальная санкция- по коду 3.2.3, как создание риска прогрессирования имеющегося заболевания, либо создания риска возникновения нового заболевания.

Учитывая вышеизложенное считаю претензию правомерной, «Объём, качество и условия предоставления оказанной мед. помощи в соответствии с п.21 ст.3 Закона №323-ФЗ (и п.6 ст.40 Закона №326-ФЗ, если оценка проводится в системе ОМС) по признакам несвоевременности оказания медицинской помощи и неправильного выбора методов диагностики и лечения».

Эксперт: Хабеева Т.С.

Ответ на Протокол разногласия ООО ВТБ МС

Иркутским филиалом ООО ВТБ МС совместно с внештатным экспертом по кардиологии Хабеевой Т.С. Протокол разногласий рассмотрен.

При несогласии с заключением, в соответствии с п.75 приказа ФФОМС от 28 февраля 2019г №36 Вы можете направить претензию в ТФОМС на основании которой будет проведена повторная экспертиза качества мед. помощи.

Претензия в ТФОМС для проведения повторной экспертизы качества мед. помощи в связи с разногласием экспертной оценки случая экспертом СОГАЗ.

1. Первичный диагноз оформлен дежурным врачом при осмотре в ОИТ кратко, но верно-ОКС с подъёмом сегмента ST. Обозначено пребывание больного в ОИТ, оформлен общетерапевтический план обследования. Назначен лекарственный препарат-адреналин 0,1%-1 мл.
2. Оформление клинического ДЗ и обоснование ДЗ должно быть в истории болезни не позднее 24 часов для экстренных больных по инструкции №203н "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи". В данном случае пациент доставлен в ОИТ в клинической смерти и через 30 минут реанимации умер. Посмертный ДЗ оформлен достаточно полно.
3. План обследования и лечения в истории присутствует. Требование «записи о планируемом результате диагностики и лечения» у агонирующего пациента нелепо.
Пункты 3.2 и 3.2.3 из перечня оснований для отказа или уменьшения оплаты медицинской помощи, инкриминируют ненадлежащее, несвоевременное оказание помощи пациенту, приведшие к ухудшению, по сути к смерти, применены некорректно.
Отсутствует в данной истории болезни только лист информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство за подписью 3-х врачей.
Применим П 4.3.