Приложение 11

(в ред. Приказа ФФОМС от 16.08.2011 № 144)

**Экспертное заключение  
(протокол оценки качества медицинской помощи)**

Наименование проверяющей организации Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Кемеровской области

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Медицинская карта (амбул./стац.) больного № | 5284/45 | , лечащий врач | Правдин И.А. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № полиса обязательного медицинского страхования | 215364589 12 | Пол | м |

|  |  |
| --- | --- |
| Дата рождения | 12.08.1955 |

Адрес застрахованного лица Кемерово, пр.Конституции 56-123

Наименование медицинской организации МБУЗ г.Кемерово МО "ГКБ №2"

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Счет № | 1234-5678-25 | от “ | 25 | ” | 09 | 201 | 2 | г. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Длительность лечения (к/дни) всего | 10 | Стоимость всего | 15243 | руб. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| отделение |  | с |  | по |  | , к/д. |  | ; |
| отделение |  | с |  | по |  | , к/д. |  | ; |
| отделение |  | с |  | по |  | , к/д. |  | . |

Эксперт качества медицинской помощи д.м.н. Костровский П.Р.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата проведения экспертизы качества медицинской помощи: | “ | 14 | ” | 12 | 201 | 2 | г. |

Поступление: экстренное, плановое.

Исход случая: выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение, смерть, самовольный уход, переведен (направлен) на госпитализацию (куда), другое

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Операция |  | , дата “ |  | ” |  | 201 |  | г. |

Диагноз клинический заключительный:

### основной [ИБС и атеросклеротический кардиосклероз](https://www.google.ru/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiHntSn97vWAhWrB5oKHQwuAgwQFggwMAE&url=http%3A%2F%2Fserdce.hvatit-bolet.ru%2Fibs-ateroskleroticheskij-kardioskleroz.html&usg=AFQjCNFodAroBxJmAFc266seLDXQ1JeeIg) (МКБ 1.25.1)

Атеросклероз аорты, венечных мозговых сосудов, гипертоническая болезнь 2 ст., 3 риск высокий

осложнение НК 2 ст., Острая левожелудочковая недостаточность, хронический пиелонефрит

сопутствующий Хронический панкреатит

Диагноз патологоанатомический:

основной Атеросклеротическая болезнь сердца, диффузный мелкоочаговый кардиосклероз; двусторонний хронический пиелонефрит

осложнение ХПН. Интоксикация. Гипохромная анемия. Миогенная дилатация полостей сердца. Мускатный фиброз печени. Острые эрозии желудка. Гидроперикард. ТЭЛА мелких ветвей. Отек головного мозга и легких.

сопутствующий Хронический панкреатит

I. СБОР ИНФОРМАЦИИ (расспрос, физикальное обследование, лабораторные и инструментальные исследования, консультации специалистов, консилиум).

Жалобы и анамнез собраны кратко, информация из медкарты не отражает всей клинической картины. В период госпитализации больному не были выполнены в полном объеме все предписанные лабораторные и инструментальные исследования. Так, не выполнен анализ мочи по Нечипоренко, не выполнено УЗИ мочевого пузыря, что показано в рамках диагностики хронического пиелонефрита. Не измерялись отеки, вес тела в динамике, не исследовано состояние глазного дна.

Обоснование негативных следствий ошибок в сборе информации:

Низкое качество сбора информации и физикального обследования не позволили в полной мере лечащему врачу оценить тяжесть состояния больного и риски неблагоприятного исхода. Лечение не в профильном отделении.

II. ДИАГНОЗ (формулировка, содержание, время постановки)

основной Лечащий врач расценивает кардиологическую патологию как основное заболевания, а урологическую как дополнительное, что не совсем верно. В данном случае имеют место конкурирующие заболевания: Хронический пиелонефрит в обострении и ИБС. Клинический диагноз совпадает с патологоанатомическим за исключением оценки хронического пиелонефрита. Дилатация полостей сердца не выявлена прижизненно и не получила лечения.

осложнение Интоксикация, возникшая на фоне хронической уроинфекции, не нашла отражения в диагнозе. При оценке хронической сердечной недостаточности стадия клинически и инструментально не подтверждена, а функциональный класс не выставлен.

сопутствующий В диагнозе не нашло отражение повышение глюкозы в крови. Хронический панкреатит не подтвержден и не установлен.

Обоснование негативных последствий ошибок в диагнозе:

Неверная оценка основного заболевания, недооценка конкурирующей патологии, недооценка сопутствующей патологии не позволили лечащему врачу оценить тяжесть состояния, построить должную диагностическую и лечебную тактику. Диагноз неполный, необоснованный.

III. ЛЕЧЕНИЕ (хирургическое, в т.ч. родовспоможение, медикаментозное, прочие виды и способы лечения)

Сведения о проводимом лечении скудны, следует подчеркнуть, что ввиду недооценки тяжести состояния, лечение недостаточное, не проводилась адекватная антибиотикотерапия, недостаточное лечение хронической сердечной недостаточности. При ухудшении состояния больной не был переведен в реанимацию или отделение интенсивной терапии, реанимационные мероприятия проводились терапевтом, а не реаниматологом.

Обоснование негативных последствий ошибок в лечении:

Проводимое лечение было недостаточным, что обусловлено недостаточной диагностикой и неверной оценкой тяжести состояния больного и прогнозом. Имеющиеся дефекты лечения привели к ухудшению состояния больного.

IV. ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ (обоснованность поступления, длительности лечения, перевод, содержание рекомендаций)

Госпитализация больного обоснованная, находился в непрофильном отделении, вопрос о переводе в профильное отделение не рассматривался, недостаточно консультирован узкими специалистами (не осмотрен кардиологом и эндокринологом), по больному не проведен консилиум, который был бы целесообразен, при наличии показаний больной не переведен в реанимацию.

Обоснование негативных последствий ошибок в преемственности лечения:

Ввиду имеющихся дефектов преемственности больному медицинская помощь оказана не в полном объеме.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ эксперта качества медицинской помощи:

Непосредственной причиной смерти больного является острая сердечно-сосудистая недостаточность с отеком легких и мозга, что обусловлено прогрессированием имевших место до данной госпитализации тяжелых сердечно-сосудистых заболеваний: ИБС, гипертонической болезни 3 стадии.

Обострение хронического пиелонефрита на фоне восходящей инфекции мочевыводящих путей развилось до госпитализации на фоне постоянной катетеризации мочевого пузыря , и возможно, сахарного диабета. Помимо этого, у больного имела место хроническая почечная недостаточность смешенного генеза 2 ст. Интоксикационно-лихорадочный синдром в рамках хронического пиелонефрита в сочетании ХПН привел к прогрессированию сердечно-сосудистой патологии, что явилось пусковым фактором танатогенеза.

В данном страховом случае, несмотря на наличие массы грубых дефектов диагностики и лечения, говорить о наличии прямой причинно-следственной связи между дефектами диагностики и лечения не представляется возможным по следующим причинам:

наличие сердечно-сосудистой патологии с высоким риском развития сердечно-сосудистых катастроф, выраженной хронической сердечной недостаточности значительно ухудшает прогноз любого заболевания у данного больного независимо от наличия или отсутствия дефектов медицинской помощи.

Длительная катетеризация мочевого пузыря является входными воротами для инфекции, соответственно это постоянный очаг уроинфекции, что поддерживало хронический пиелонефрит в обострении. В сочетании с сопутствующими болезнями высока вероятность генерализации инфекции.

Достоверно говорить о генерализации инфекции и развитии сепсиса в данном случае не представляется возможным, так как не имеет место соответствующее лабораторное исследование, однако и исключить это не представляется возможным.

Таким образом, имеющиеся дефекты медицинской помощи создали риск прогрессирования имеющихся заболеваний и привели к ухудшению состояния больного, стали одним из ведущих факторов формирования летального исхода наряду с тяжестью имеющихся заболеваний и истощением компенсаторных резервов организма.

НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫЕ ОШИБКИ, ПОВЛИЯВШИЕ НА ИСХОД ЗАБОЛЕВАНИЯ:

3.2.3Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи: создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке)

3.6 Нарушение по вине медицинской организации преемственности в лечении (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков лечения и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица.

3.8 Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям.

4.2 Дефекты оформления первичной медицинской документации, препятствующие проведению экспертизы качества медицинской помощи (невозможность оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер и условия предоставления медицинской помощи).

Представитель медицинской организации:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (должность) |  | (подпись, Ф.И.О., дата подписания) |

|  |  |
| --- | --- |
| Эксперт качества медицинской помощи: |  |
|  | (подпись, Ф.И.О., дата подписания) |

М.П.