

Журнал издает **«АКТИОН»** Медицина

з а м е с т и т е л ь г л а в н о г о в р а ч а

e.zamglvracha.ru

лечебная работа и медицинская экспертиза

**Инспекции Росздравнадзора.
К кому придут во время
моратория → 14**

Как справиться с наплывом плановых больных
после пандемии → 40

Подготовка клиники к эпидсезону-2020.
Как работать по новому постановлению
Роспотребнадзора → 60



9 771990 603205

№ 9
сентябрь 2020

Страховщики проверят все случаи пневмонии с летальным исходом. Главные ошибки клиник

Минздрав и ФФОМС поручили страховым провести экспертизу качества медпомощи пациентам с ковидом, которые умерли от внебольничной или госпитальной пневмонии*. Расскажем, какие дефекты выявляет экспертиза и как подстраховаться от нарушений.

Врачи не вели мониторинг показателей состояния пациента

Самые частые ошибки – нет записей мониторинга показателей, которые указывают на органную дисфункцию, декомпенсацию сопутствующих заболеваний и развитие осложнений. Разберем подробнее.

Не учитывали почасовой диурез у тяжелых пациентов. При проверке в дневниках реаниматолога эксперт страховой не нашел записей об анализе суточного водного баланса у пациента в тяжелом состоянии. Не вели почасовой учет диуреза, который нужен для оценки функций почек, отека легких, мозга, сердечной и полиорганной недостаточности.



Алексей СТАРЧЕНКО,
эксперт качества медицин-
ской помощи системы ОМС,
д. м. н., профессор

Как действовать. У пациентов в тяжелом состоянии инфузионную терапию проводят из расчета 5–6–8 мл/кг/ч. Одновременно контролируют диурез и оценивают распределение жидкости. Если диурез снизился до 5–6 мл/кг/ч и нет противопоказаний, пациенту надо обеспечить достаточное количество жидкости с итогом в нулевой

или отрицательный суточный водный баланс (протокол ведения пациента в анестезиолого-реанимационном отделении из письма Минздрава от 06.03.20 № 30-4/И/2-2702, далее – письмо Минздрава № 30-4/И/2-2702).

Не соблюдали периодичность и показания к исследованиям. В протоколах реаниматолога эксперт не увидел записей об обязательных исследованиях (алгоритм оказания помощи взрослому населению с внебольничными пневмониями из письма Минздрава № 30-4/И/2-2702).

Сделали вывод, что клиника не проводила мониторинг показателей, которые могут указывать на органную дисфункцию, декомпенсацию сопутствующих заболеваний и развитие осложнений, влияют на выбор лекарств или режим дозирования.

Как действовать. Пациентам с внебольничной пневмонией нужно ежедневно проводить общий анализ крови, коагулограмму и биохимический анализ крови – определять уровень общего белка, мочевины, креатинина, электролитов, печеночных ферментов, билирубина, глюкозы, альбумина.

Показатель насыщения крови кислородом SpO_2 определяют при первичном осмотре. Результат ниже 90 процентов указывает на острую дыхательную недостаточность. Такому пациенту врач должен назначить мониторинг показателей газов артериальной крови – PaO_2 , $PaCO_2$,

* *Поручение Министра здравоохранения от 02.03.2020 № 37 и письмо ФФОМС от 08.04.2020 № 4654/30-1/и*



К СВЕДЕНИЮ

Проверке страховой подлежат все случаи летальных исходов (Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медпомощи по ОМС, утв. приказом ФФОМС от 28.02.19 № 36, далее – Порядок). По пору-

чению Министра здравоохранения ведомство проводит ежемесячные целевые экспертизы летальных случаев от пневмонии по мере выставления счета за пролеченного больного. Алгоритм инспекции посмотрите в приложении 1.

Таблица 1. Периодичность исследований при пневмонии

Исследование	Как часто проводить
Мониторинг SpO ₂	Ежечасно
Анализ КОС, газов артериальной крови, гликемии	4 раза в сутки — капиллярная или венозная кровь, артериальная кровь — минимум раз в сутки
Биохимический анализ крови на общий белок, альбумин, креатинин, мочевины, общий билирубин, АСТ, АЛТ Коагулограмма — фибриноген, тромбиновое время, АЧТВ, МНО, протромбиновый индекс	Ежедневно
Рентгенография или КТ органов грудной клетки	При тяжелом течении — ежедневно

pH, бикарбонатов, лактата (п. 2.3 клинреков «Внебольничная пневмония у взрослых» Российского респираторного общества, Межрегиональной ассоциации по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии, далее — клинреки «Внебольничная пневмония у взрослых»). Периодичность исследований — в таблице 1.

Мониторинг коагулограммы помогает диагностировать ДВС-синдром, ОРДС и начать интенсивную терапию. Мониторинг КОС, газового состава крови и функции легких нужен, чтобы не опоздать с переводом в ОРИТ. Показатель уровня альбумина ниже 36 г/л служит независимым предиктором легочных осложнений.

Если пневмония развилась во время лечения в стационаре, надо провести микробиологическую диагностику, чтобы установить этиологию и определить чувствительность к антибиотикам.

Отбирают биоматериал из дыхательных путей — мокроту и трахеальный аспират, кровь и плевральную жидкость. Прежде чем начинать антибактериальную терапию, берут два образца венозной крови из разных вен (Российские национальные рекомендации «Нозокомиальная пневмония у взрослых»).

**Важно**

Эксперты страховых отмечают, что чаще всего в записях врачей нет мониторинга показателей альбумина, электролитов, газового состава артериальной крови и лактата

Ошиблись с назначением антибиотиков

Распространенные нарушения — поздно начали антибиотикотерапию, назначили лекарства не в полном объеме, не учли факторы риска летальности.

Поздно начали антибактериальную терапию. При проверке страховая обнаружила, что больному, который поступил с тяжелой пневмонией и септическим шоком, вовремя не назначили антибиотики.

Как действовать. При тяжелой пневмонии антибиотик назначают неотложно, так заболевание создает неявную угрозу жизни и здоровью. При признаках септического шока — в экстренной форме, так как шок — жизнеугрожающее состояние (п. 6.2.1 приказа Минздравсоцразвития от 24.04.2008 № 194н). Сроки начала антибактериальной терапии — в таблице 2.

Из-за высокого риска суперинфекции могут быть показаны препараты: амоксициллин или клавулановая кислота, респираторные фторхинолоны — левофлоксацин, моксифлоксацин, цефалоспорины 3-го и 4-го поколения,

**Важно**

Перечень документов, которым должна соответствовать медпомощь по COVID-19, посмотрите в приложении 2

Топ-6 дефектов, которые повлияли на летальный исход

1. Не вели мониторинг показателей, которые указывают на органическую дисфункцию, декомпенсацию сопутствующих заболеваний и развитие осложнений, имеют прогностическое значение, влияют на выбор лекарств или режим дозирования.
2. Несвоевременно вызвали реаниматолога и перевели пациента в ОРИТ.
3. Поздно начали антибиотикотерапию.
4. Неправильно сочетали антибактериальные препараты у пациентов с факторами риска летального исхода.
5. Назначили ошибочно низкие дозировки антибиотиков.
6. Своевременно не начали неинвазивную вентиляцию легких.

Таблица 2. Когда начинать антибактериальную терапию при внебольничной и нозокомиальной пневмонии

Показания	Когда назначать антибиотики
Тяжелая внебольничная пневмония	Эмпирическую (до идентификации бактериального агента) антибактериальную терапию начинают не позднее 2 часов с момента поступления пациента. Системные антибактериальные препараты назначают не позже 4 часов с момента установления диагноза, а при тяжелой внебольничной пневмонии, осложненной септическим шоком, — в течение часа
Септический шок	Безотлагательно
Подозрение на нозокомиальную пневмонию	Немедленно начинают адекватную эмпирическую антибактериальную терапию

карбапенемы, линезолид. Чтобы правильно выбрать препарат и способ введения, оценивают тяжесть состояния. Определяют риск встречи с резистентными микроорганизмами – есть ли у пациента сопутствующие заболевания или он ранее принимал антибиотики. Учитывают результаты микробиологической диагностики.

Если у больного нет положительной динамики или выявили метициллин-резистентные стафилококки, назначают препараты с антистафилококковой и антипневмококковой активностью – линезолид, ванкомицин (п. 4.4 Временных методических рекомендаций Минздрава «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)», Версия 3 от 03.03.2020*, далее – методические рекомендации Минздрава по COVID-19).

Назначили антибиотики не в полном объеме. Пациентам с пневмонией средней тяжести и тяжелой назначили только один антимикробный препарат – азитромицин.

Как действовать. Врач должен проверить, есть ли факторы риска инфицирования синегнойной палочкой. Если

риска нет, пациенту назначают схему: цефтриаксон, цефотаксим, цефепим, цефтаролин, эртапенем внутривенно в сочетании с азитромицином или кларитромицином внутривенно. Другой вариант – моксифлоксацин, левофлоксацин внутривенно в сочетании с цефтриаксоном или цефотаксимом внутривенно (алгоритм оказания помощи взрослым с внебольничными пневмониями из письма Минздрава № 30-4/И/2-2702).

Не учли риск летального исхода при антибактериальной терапии. При выборе схемы антибактериальной терапии внебольничной пневмонии врач не учел факторы риска летального исхода. Назначил схему: азитромицин 500 мг 1 раз в сутки и левофлоксацин по 500 мг 2 раза в сутки. У пациента были риск инфицирования синегнойной палочкой и тяжелые сопутствующие заболевания – злокачественные новообразования, истощение.

Как действовать. Пациентам с факторами риска летального исхода назначают антибиотики по одной из двух схем (клинреки «Внебольничная пневмония у взрослых» и алгоритм оказания помощи взрослым с внебольничными пневмониями из письма Минздрава № 30-4/И/2-2702).

Схема 1: пиперациллин/тазобактам, меропенем, имипенем внутривенно + ципрофлоксацин или левофлоксацин внутривенно (500 мг два раза в сутки).

Схема 2: пиперациллин/тазобактам, меропенем, имипенем/циластатин внутривенно + азитромицин или кларитромицин внутривенно или моксифлоксацин или левофлоксацин внутривенно +/- аминогликозид II–III поколения (гентамицин, амикацин, тобрамицин) внутривенно.

Назначили низкую дозировку антибиотиков. Больной коронавирусом получал ошибочно низкие дозы антибиотиков – одну треть необходимой суточной дозы. Врач не знал дозировок и не проверил функции почек, печени.



К сведению

Факторы риска инфицирования синегнойной палочкой: ХОБЛ, предшествующая системная антибактериальная терапия, алкоголизм, истощение, иммуносупрессивная терапия, декомпенсированный сахарный диабет, иммунодефициты

* Эксперты страховых понимают, что мгновенно в клинике нельзя внедрить требования новейшей версии рекомендаций Минздрава, поэтому проверяют по Версии 3

**Важно**

Санкции за дефекты, описанные в статье, — 40 процентов стоимости (п. 148 Порядка).

Код дефекта 3.2.3 «Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических мероприятий на основе клинических рекомендаций, приведшее к созданию риска прогрессирования имеющегося заболевания или его осложнений» из приложения 8 к Порядку

Как действовать. Режим дозирования антибактериальных препаратов при нормальной функции печени и почек нужно определять по клинрекам «Внебольничная пневмония у взрослых». Низкие дозы провоцируют утяжеление и прогрессирование пневмонии.

Вовремя не вызвали реаниматолога и не начали неинвазивную вентиляцию легких

Главные ошибки – врачи вовремя не перевели пациента в ОРИТ, не назначили ингаляции кислорода и не обосновали в документах причину отказа от неинвазивной вентиляции легких.

Вовремя не перевели в ОРИТ. Эксперт установил, что у пациента в приемном показатель сатурации был ниже 80 процентов, но реаниматолога не вызвали.

Как действовать. Чтобы своевременно переводить больных в ОРИТ, надо определить сатурацию и вызывать реаниматолога. Вызывайте специалиста, если показатель SpO_2 менее 90 процентов (п. 4.7.1 методических рекомендаций Минздрава по COVID-19).

Не назначили ингаляции кислорода или нарушили режим. При экспертизах установили, что у больного, который самостоятельно дышит, в сознании и имеет показатель SpO_2 80–89 процентов, в одной клинике диагностировали умеренную гипоксемию, но не назначили ингаляции кислорода. В другой медорганизации – назначили, но установили объемную скорость подачи кислорода ниже 5 л/мин.

Как действовать. При показателе гипоксемии 80–89 процентов пациенту нужно назначить ингаляцию кислоро-

да. Начинать со скорости потока 5 л/мин и при необходимости увеличить до 10–12 л/мин, чтобы обеспечить целевой уровень оксигенации крови SpO_2 – 96 процентов (п. 3.4.2 клинреков «Внебольничная пневмония у взрослых», критерий оценки № 6 методрекомендаций ФАР «Анестезиолого-реанимационное обеспечение пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19»).

Не обосновали причину отказа от неинвазивной вентиляции легких. Эксперт заметил, что в меддокументации клиники нет обоснования причин, почему врачи отказались от неинвазивной вентиляции легких при недостижении целевого показателя сатурации в 96 процентов на фоне инсуффляции кислорода.

Как действовать. Если пациент с ОРДС легкой и средней тяжести в сознании и поддерживает контакт, ему назначают неинвазивную вентиляцию (клинреки ФАР «Диагностика и интенсивная терапия острого респираторного

**К СВЕДЕНИЮ**

Вирусная пневмония при COVID-19 рано осложняется бактериальной пневмонией и серьезными патологическими синдромами, поэтому антибактериальная терапия необходима с первого дня. Если поздно ее начать, сочетать препараты без учета риска летального исхода или ошибочно занизить дозу, вирусная пневмония быстро перейдет в вирусно-бактериальную и бактериальную. Для иммунной системы опасно, когда пациентам поздно назначают правильную лекарственную схему. Комплекс антибиотиков вызывает одномоментную гибель клона бактерий, который успел вырасти за время лечения в ОРИТ. Высвобождается

много продуктов их распада и эндотоксинов. Иммунная система не справляется с антигенной нагрузкой, развивается иммунный паралич, фагоцитоз и элиминация погибших бактериальных клеток приостанавливаются. Возникает провоспалительная цитокиновая реакция лимфоцитов и регуляторов фагоцитоза, которая направлена на активацию фагоцитоза. Фагоцитоз не способен активироваться в условиях массового появления погибших антибактериальных антигенов, что провоцирует рост высвобождения провоспалительных цитокинов. Начинается цитокиновый шторм, который носит ятрогенный характер.

Таблица 3. Менее распространенные нарушения, которые находят страховые

В чем ошибка	Как накажут	Как действовать
Не направили труп на вскрытие		
Клиника не направила труп пациента с коронавирусом на патолого-анатомическое исследование. В медкарту вложили заявление родственника, в котором по религиозным мотивам просит не делать вскрытие	Эксперты применяют код дефекта 3.11 «Невыполнение по вине медорганизации патолого-анатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством». Санкция за дефект приказом Минздрава от 28.02.19 № 108н не определена. Минздрав пропустил дефект с кодом 3.11 в таблице санкций. Страховые указывают на дефект по приказу ФФОМС от 28.02.2019 № 36, но денежных санкций не накладывают	Если у умершего диагностировали инфекционное заболевание или подозрение на него, клиника обязана провести патолого-анатомическое исследование (ст. 67 Закона № 323-ФЗ). Пневмония — инфекционное заболевание (п. 1.1 клинреков «Внебольничная пневмония у взрослых»). Отменить вскрытие нельзя, даже если сам покойный при жизни написал отказ
В заключительный диагноз не вписали внутрибольничную пневмонию		
Пневмония у больного развилась через несколько дней после госпитализации. Однако в заключительном клиническом диагнозе врач не указал заболевание как ИСМП	Внутрибольничное заражение вирусной, бактериальной или микст-пневмонией — дефект медпомощи. Его зачтут по коду 3.2.3 «Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту мероприятий на основе клинрекомендаций, приведшее к возникновению нового заболевания». Санкция — 40 процентов стоимости (п. 148 Порядка)	Если пневмония развивается через 48 часов после госпитализации, ее относят к нозокомиальной — внутрибольничной (клинреки «Внебольничная пневмония у взрослых» и «Нозокомиальная пневмония у взрослых»). Клиника обязана отразить это в заключительном диагнозе
Не назначили низкомолекулярные гепарины для лечения ОРДС и ДВС-синдрома		
Пациенту с тяжелой внебольничной пневмонией не назначили парентеральные антикоагулянты	Отказ от назначения низкомолекулярных гепаринов — нарушение с кодом дефекта 3.2.3 «Невыполнение необходимых пациенту лечебных мероприятий на основе клинрекомендаций, приведшее к созданию риска прогрессирования имеющегося заболевания». Санкция — 40 процентов стоимости (п. 148 Порядка).	При тяжелой внебольничной пневмонии на период постельного режима надо назначать парентеральные антикоагулянты — низкомолекулярные гепарины или нефракционированный гепарин в профилактических дозах (раздел «Протокол ведения в АРО» из письма Минздрава № 30-4/И/2-2702). Это нужно, так как повышается риск тромбозов, синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания и ОРДС

дистресс-синдрома» и методические рекомендации ФАР «Применение неинвазивной вентиляции легких»).

Если неинвазивная вентиляция малоэффективна или пациент плохо ее переносит, применяют высокоскоростной назальный поток как альтернативный метод (методические рекомендации Минздрава по COVID-19). Через час врач должен оценить эффективность неинвазивной вентиляции и, только если неинвазивная вентиляция неэффективна, провести интубацию. Задержка с интубацией увеличивает летальность.

Неинвазивная вентиляция позволяет не проводить интубацию у пациентов с легким и умеренным ОРДС. Это снижает частоту внутрибольничной пневмонии и летальности (методические рекомендации ФАР «Применение неинвазивной вентиляции легких»). Кроме пневмонии, неинвазивную вентиляцию назначают при гипоксемической острой дыхательной недостаточности с невысоким потенциалом рекрутабельности альвеол — при ушибе легких, тромбоэмболии легочной артерии с развитием инфарктной пневмонии, а также после резекции легкого. Рекомендуются кислородотерапия с низкими РЕЕР/CPAP и инспираторным давлением P_{insp}, IPAP, PS, чтобы разгрузить дыхательные мышцы.

**Важно**

В таблице 3 мы собрали менее распространенные нарушения, которые страховые находят при экспертизе

Подпишитесь на e-mail-рассылку
портала www.provrach.ru

- Новости мировой и российской медицины
- Статьи для врачей и фармацевтов
- Анонсы профильных мероприятий



«АКТИОН» Медицина

Присоединяйтесь
к сообществу профессионалов

Реклама

Алгоритм экспертизы качества случаев с летальным исходом от пневмонии**Шаг 1**

Экспертизу летальных случаев при внебольничной и госпитальной пневмонии проводят эксперты нескольких специальностей, чтобы она была всесторонней (п. 35 Порядка).

Шаг 2

В медкартах умерших ковидных больных с диагнозом пневмония эксперты выявляют: соответствовала ли медпомощь состоянию здоровья, как врачи провели мероприятия и вмешательства по порядкам, клинрекам и стандартам (п. 6 Порядка).

Шаг 3

Эксперт формулирует дефекты (п. 85 и приложение 8 Порядка).

Шаг 4

В разделе «Заключение эксперта качества медицинской помощи» эксперт указывает, что констатировал ненадлежащее качество медпомощи (по критериям п. 21 ст. 2 Закона № 323-ФЗ – своевременность или правильность выбора методов диагностики и лечения).

Перечень документов, которым должна соответствовать медпомощь при COVID-19

- 1 Критерии оценки качества медпомощи (приказ Минздрава от 10.05.2017 № 203н).
- 2 Клинреки «Внебольничная пневмония у взрослых» Российского респираторного общества, Межрегиональной ассоциации по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии.
- 3 Письмо Минздрава от 06.03.2020 № 30-4/И/2-2702 «Алгоритм оказания помощи взрослому населению с внебольничными пневмониями».
- 4 Временные методические рекомендации Минздрава «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции».
- 5 Российские национальные рекомендации «Нозокомиальная пневмония у взрослых» Российской ассоциации специалистов по хирургическим инфекциям, Федерации анестезиологов и реаниматологов, Российского общества патологоанатомов.
- 6 Методические рекомендации ФАР «Анестезиолого-реанимационное обеспечение пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19».
- 7 Клинреки ФАР «Диагностика и интенсивная терапия острого респираторного дистресс-синдрома».
- 8 Методические рекомендации ФАР «Применение неинвазивной вентиляции легких»