



МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО
ИЗПЪЛНИТЕЛНА АГЕНЦИЯ "МЕДИЦИНСКИ ОДИТ"

София 1606, ул. Св. Г. Софийски 3, тел. 02/80 50 433
факс. 02/80 50 452

Д-20-58-4/1.06.15

ДО
Д-Р ПЕТЪР МОСКОВ
МИНИСТЪР НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО
КОПИЕ:

ДО
Д-Р ВАНЬО ШАРКОВ
ЗАМ. МИНИСТЪР НА
ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

ДОКЛАД
От

Доц. Златица Петрова Изпълнителен директор на Изпълнителна агенция
„Медицински одит“

Относно: осъществена контролна дейност в „Многопрофилна болница за
активно лечение Тетевен д-р Ангел Пешев“ ЕООД.

УВАЖАЕМИ ДОКТОР МОСКОВ,

На основание Заповед № 20-58-4/27.05.2015 г. на Изпълнителния директор на
Изпълнителна агенция „Медицински одит“ в периода от 27.05.2015 г. до 01.06.2015 г.
включително, комисия в състав:

_____ – главен инспектор в ИАМО,

_____ – държавен инспектор в ИАМО,

извърши проверка по документи на „**многопрофилна болница за активно лечение
Тетевен д-р Ангел Пешев**“ ЕООД, със седалище и адрес на управление: гр. Тетевен,
ул. „Д. Благоев“ № 62 в Изпълнителна агенция „Медицински одит“, гр. София, ул. „Св.
Георги Софийски“ № 3.

Вид на проверката: по документи;

Задача на проверката: Проверка по писмо с вх. № МО 05-251/ 07.05.2015 г. от
МЗ.

За изясняване на обстоятелствата по случая, комисията изиска с писмо из. № МО
05-251-2/11.05.2015 г., от _____, Управител на
„**Многопрофилна болница за активно лечение Тетевен - д-р Ангел Пешев**“ ЕООД
медицинска и друга документация и писмени становища от медицинския персонал,
участвал в диагностично-лечебния процес. За нуждите на контролното производство
беше изискано становище от външен експерт специалист акушер-гинеколог.

При извършената проверка е установено следното:

Въз основа на изисканата и проверена медицинска и друга документация, както

и писмените становища на медицинския персонал, ангажиран по случая, комисията установи че:

Съгласно издаденото от МЗ Разрешение за осъществяване на лечебна дейност, в „Многопрофилна болница за активно лечение д-р Ангел Пешев – Тетевен” са разкрити и функционират: Отделение по педиатрия с първо ниво на компетентност съгласно изискванията на медицинския стандарт „Педиатрия”, Отделение по акушерство и гинекология с първо ниво на компетентност съгласно изискванията на медицинския стандарт „Акушерство и гинекология”, в което се осъществява дейност по медицинската специалност „Неонатология” с първо ниво на компетентност в изпълнение на медицинския стандарт по „Неонатология”. В отделението по АГ са назначени на основен трудов договор 3 лекари, от които със специалност са 2 и 3 педиатри, от които със специалност

Видно от История на бременността и раждането (ИБР) № 1479/209, родилката постъпва на 22.04.2015 г. в 08.45 ч. в Акушеро-гинекологично отделение на „МБАЛ-Тетевен д-р Ал. Пешев” ЕООД с Диагноза: От снетата анамнеза и общия статус е отбелязано, че се касае за първа бременност.

При постъпването е с пулс – 88 уд./мин., АН - 105/80, температура - 36.4 С, тегло – 74 кг, и ръст - 167 см. От акушерския статус - размери на таза: D. sp. - 24, D. ст. – 27, D. tr. – 32, D. ext. – 20, обиколка на корема – 105, височина на матката – 32, едноплодна бременност; детски сърдечни тонове - 136 уд. /мин., ясни ритмични; шийка на матката - изгладена, разширение – 3 см.; околоплоден мехур - запазен; главично предлежание, глава - прилегнала във входа на таза. Минали бременности и раждания - няма. В частта „Особености“ при протичането на предишни бременности и раждания е отразено: Бременната е докарана в АГО към 4 часа на 22.04.2015 без родова дейност, ЗОМ. От направен NST – ДСТ около 140 уд/мин. с нормална вариабилност и е настояла да остане в отделението под наблюдение до приемането ѝ въпреки липсата на обективни данни за започнало раждане. В частта „Усложнения на настоящата бременност“: не, да, приета с нач.родова дейност – маточни контракции през 10-15 минути x 15 сек. „Заклучение – усеща детски движения, афебрилна.“

Според ИЗ, лекуващ лекар на _____, но от попълнената информация при хоспитализацията не става ясно кой от лекарите е извършил прегледа кой е въвел информацията.

В декурзусите на 22.04.2015 г. по часове е отразено състоянието на родилката:

- В 09.00ч. е отбелязано, че бременната „Постъпва с единични маточни контракции /МК/, запазен околоплоден мехур (ЗОМ) и детски сърдечни тонове (ДСТ) - 148 удара /мин. - ясни и ритмични.

- В ИБР има приложен запис на ДСТ и МК от 09.10 часа. Той е краткотраен и няма интерпретация от лекар.

- В 10.00 ч. маточните контракции (МК) са на 10-12 мин. при запазен околоплоден мехур и ДСТ - 144 уд. /мин. Включена е инфузия със Ser. Glucosae 5 % 500 мл и Охутосин 5 МЕ 18-20 капки в мин.

В 10.10 мин е направена ехография (_____). В протокол за УЗ изследване № 222 е отразено „ ПРМ – 03.07.2014, ВТР – 20.04.2015, гестационна възраст /по аменорея/ – 40 г.с; брой плодове – един, главично предлежание. Биометрия - BPD – 95, FML – 71, ТВD , APVD.....АС Сърдечна дейност +, честота 148 в мин., Двигателна активност +, посочена локализация „

- В 12.00 ч. е отразено че, МК са на 4-5 мин. и детските сърдечни тонове - 136 уд. /мин., ясни и ритмични. ЗОМ.

- В 12.20 ч. спонтано изтичат бистри околоплодни води. _____ прави

пълнен преглед пер вагинам и отразява в декурзуса статуса на плода и родилката: ДСТ – 140 уд. /мин. маточна шийка – центрирана, изгладена, мековата; разкритие – 4.5 см.; пукнат околоплоден мехур (ПОМ); предлежаща част - глава, фиксирана във входа на таза. Наредено е проследяване на ДСТ и да се увеличи скоростта на вливане с Окситоцин 5 МЕ на 30 к. /мин.

Д-р [] е снела пълен статус на плода и родилката и е определила насоките на по-нататъшно поведение. Не става ясно дали са мониториран ДСТ и МК чрез акушерски монитор. Няма приложени записи след 09.10 часа.

- В 14.00 ч. в декурзуса е отбелязано: МК - на 3 мин, ДСТ - 128 уд. /мин.

- В 14.30 ч., МК са на 3 мин. ДСТ - 142 уд. /мин. е направен пореден преглед от д-р Н.Байчева, отразен в декурзуса: маточна шийка – изгладена, мековата, отстъпчива; разкритие – 6-7 см.; ПОМ; предлежаща част на главата – ангажирана с малък сегмент във входа на таза. Направени са назначения за следене на ДСТ и продължаване стимулацията с Охутосин 5 МЕ.

- В 15.00 ч. в ИБР е отразено – МК - на 2-3 мин. по 35 сек. , ДСТ – 136 в мин. Включена втора банка Ser. Glucosae 5 % 500 мл. и 5 МЕ Охутосин – 34 к. /мин. като допълнително е приложен и Атропин /една ампула/, без да е обосновано приложението му.

Осъществен е преглед в 15.30 часа: „маточна шийка изгладена, леко спастична, по време на контракции, разкритие около 8 см, глава ангажирана с малък към среден сегмент“.

В 16.00 часа: МК на 2 мин. по 40 сек., ДСТ - 136 – 140 в мин.я.р. Тече система с 36-36 к. в мин.

- В 16.30 ч. МК, на 2 мин. по 40 сек., ДСТ - 140 в мин .я.р.Има чувство за напъни.

- В 16.30 ч. бременната е преведена в родилна зала (РЗ).

- В 16.45 ч. е отразено: „напъва неефективно, през- 3-4 мин. кратко. е описан статус на пълно разкритие - глава със среден към голям сегмент във входа на таза, краткотрайни маточни контракции, неефективни напъни при ДСТ - 136 уд. /миң.

- В 17.00 ч. се установява забавяне на детските сърдечни тонове до 90 уд /мин., ритмични, което става след два напъна на родилката (описани). При направения преглед пер вагинам е отразено че, има пълно разкритие, главата е във входа на таза, при ненапълно завършена ротация. В декурзуса д-р [] отбелязва: „Направи се опит – несполучлив, за налагане на форцепс поради началната асфикция на плода и епизиотомия. При задължително налични условия за налагане на щипси, но поради внезапно рязко падане на ДСТ до 40 /мин. се реши раждането да завърши чрез Цезарево сечение и се извика дежурния екип“.

Между 17.30 до 19.45 часа е направено Цезарево сечение и епизиорафия. Извършената процедура е отразена в оперативен протокол № 45 и 46, с оператор [], асистент д [] и анестезиолог []. Отбелязани са следните индикации за оперативната намеса: „Вътреродова фетална асфиксия и протрахиран втори период на раждането“. Пациентката е подписала информирано съгласие за родоразрешение чрез Цезарево сечение.

Ражда се живо дете от женски пол с тегло 3 700 гр., ръст 53 см., със следните показатели по Апгар отразени от д-р [] : на 1- вата мин – 1, на 5-тата мин - 1.

В „История на бременността и раждането“ разделът „Данни за протичане на раждането“ е изцяло попълнен, като са отразени следните данни: първо дете, начало на родовата дейност на 22.04.2015 год. в 10.30 ч. В 12.20 ч. спонтанно спукал се околопродният мехур и са изтекли води с бистър цвят. Отражено е и състоянието на плода с оценка по Апгар (описана по-горе). Плацентен период: Раждане на плацентата

в 17 ч. 47 мин., мануално с приложена метергинова профилактика; тегло – 520 гр.; ципи – б. о.; пъпна връв: дължина - 53 см., завита един път около врата.

В ИЗ не е отбелязана кръвозагубата при раждането и не става ясно дали е присъствал по време на раждането педиатър или неонатолог.

В „Съобщение за раждане”, новороденото е записано с пореден [REDACTED], дата и час на раждането - 22.04.2015г. в 17.45 ч., място на раждане – гр. Тетевен, лечебно заведение – МБАЛ д-р Ангел Пешев” ЕООД.

Съгласно История на новороденото [REDACTED], детето [REDACTED] е родено чрез Цезарево сечение с Т- 3700 гр., Р - 53 см и обиколка на глава 38 см. В декурзуса, д-р [REDACTED] – дежурен педиатър, отбелязва, че бебето е родено в тежко депресивно състояние с АПГАР при раждането – 1, интубирано. Пулмо – с хъркащи хрипове в двете гръдни половини. Кор – ритмична сърдечна дейност, чисти тонове. Приложена е терапия с Метилпреднизолон, Натриев бикарбонат и Кофакцион. Направен е сърдечен масаж. Интубирано. Подаден е O₂ в кувъза.

Бебето е консултирано с д-р [REDACTED] републикански консултант по неонатология. В Рапортната тетрадка на Неонатологичен сектор е отбелязано, че на 22/23.04.2015 г. в 21.40 ч., детето е преведено в гр. Плевен.

Превеждането е станало по препоръка на консултанта и поради необходимост от диагностика и интензивно лечение, новороденото по спешност е транспортирано с реанимобил и хоспитализирано в звено за интензивно лечение към Неонатологично отделение на УМБАЛ – Плевен.

На 24.04.2015 г. в 12.15 ч., въпреки приложените реанимационни мероприятия в Неонатологично отделение на УМБАЛ – Плевен, детето умира. Окончателната диагноза е: [REDACTED]. Придружаващи заболявания: [REDACTED].

Следродовият период при родилката е минал гладко. Резултатите от направените клинично-лабораторни изследвания са следните: Левкоцити 7.57/11.17; еритроцити – 3.93/2.19; хемоглобин - 111/62; хематокрит –0.37/0.21; тромбоцити 151/120; глюкоза – 4.7; уреа – 2.05; креатинин – 62; общ билирубин – 5.0; общ белтък – 67; албумин – 42; АСАТ – 29; АЛАТ – 10; урина – б. о. **Има данни за анемичен синдром. Не са направени контролни изследвания на хемоглобин и еритроцити, след установените ниски стойности на тези показатели.**

През следващите пет дни, видно от ИЗ, родилката е в добро общо състояние. На 27.04.2015 г. [REDACTED] е изписана от болницата.

Становища от медицинския персонал, участвал при родоразрешението на пациентката.

Д-р [REDACTED] дава следното обяснение:
„...Поради нерегулярната родова дейност е започната стимулация с Окситоцин 5 МЕ и към 10.30 ч. пациентката е с декларирана родова дейност, добри ДСТ. В 12.30 ч. изтичат ОВ, на туше има разкритие 4.5 см., ангажирана глава”. Според д-р [REDACTED] „Първият период е с нормално допустима продължителност при поддържане през цялото време на ДСТ с нормална честота и добра вариабилност. От 16.45 ч. започва втори период на раждането – напъни, неефективни, кратки с бавно напредване на предлежащата част. В 17 часа след 2-3 напъна, детските сърдечни танове се забавят до 90 /уд/ и поради налични условия и индикации на плода /начален фетален дистрес/ е направен безуспешен опит за налагането на форцепс. Поради задълбочаване на асфиксията на плода е решено раждането да завърши чрез Цезарево сечение. Бебето се ражда с фетален дистрес синдром. „Първичната реанимация на плода се пое от

педиатъра, акушерката и анестезиологичният екип, тъй като се наложи интубация”.

Д-р [] в АГО, асистирал при секциото дава следното обяснение: „След изваждането, бебето е предадено на педиатъра, акушерката и реаниматорите, които са го реанимирани продължително време и интубирали”.

[] в –анестезиолог „В 15.45 ч. бе изваден плод с тежка вътреутробна асфиксия. Направена кардиопулмонална ресусцитация, продължила близо 45 мин. Детето бе интубирано обдишвано с АМБУ след което бе оставено на спонтанно дишане и свалено в кувиоз с добър тонус и стабилна хемодинамика. Състоянието на детето изисква понататъшно лечение и наблюдение в специална клиника”.

Д-р [] – педиатър, дава следното обяснение по случая: „В 17.30 ч. на 22.04.2015 г. бях уведомен от д-р [], че ще се прави спешно секцио. В 18.00 ч. започна секциото. Бебето се роди в асфиксия. Имаше само сърдечна дейност. Дишане нямаше. Започна се реанимация, аспирация на секрети, сърдечен масаж, подаде се кислород. След 40 мин. и интубация детето разви белия дроб, но не изплака...”.

В обяснението си акушерката [], дежурна в АГО на 21/22.04.2015 г. заявява че пациентката е посетила ЛЗ в 04.00 ч. през ноща. След направен преглед е установила разкритие - един пръст, ДСТ - 150 уд./мин., ясни, ритмични. ЗОМ. Липсващи данни за ефективна родова дейност. Д-р [], която е била на разположение е уведомена. По настояване на бременната тя е оставена под наблюдение в АГО. До 7.30 ч. не е имало промяна в състоянието на бременната. Следени са ДСТ – ясни, ритмични около 140-150 уд./мин.

В обяснението си акушерката [] дежурна в АГО на 22.04.2015 г., първа смяна от 07.30 ч. заявява, че при идване на работа е видяла в предродилна зала [] постъпила около 04.00 ч. през ноща. Бременната е била с „нерегулирана родова дейност, МК на 15-20 мин., единични, краткотрайни. Жената е прегледана от д-р [] от 10.00 ч. е назначена Ser. Glucosae 5 % 500 мл и 5 МЕ Охутосин”. След включване на системата [] е проследявала родилката на 30 мин. В 12.50 ч. родилката е била с МК на 4-5 мин. по 30-35 сек. С ясни сърдечни детски тонове - 134-138 уд. /мин. и инфузия 30 к./ мин.

В обяснението си акушерката [], дежурна в АГО на 22.04.2015 г., втора смяна заявява, че през цялото време на раждането е била неотлъчно до []. На тридесет минути е регистрирала родовата дейност, МК и ДСТ. В 14.30 ч. д-р [] е направила преглед и е назначила втора банка Ser. Glucosae 5% 500 мл. и 5 МЕ Охутосин – /34 к. /мин./, която е включена в 15.00 ч. В 15.30 е направено Na Chloratti + Atropin i.v. и отново бременната е туширана от д-р []. В 16.30 ч. [] преведена в родилна зала, тъй като има напъни /МК на 1-2 мин. x 45 сек./, ДСТ – 140 уд./мин., ясни, ритмични. След 3-4 напъна тоновете падат до 90 след което изчезват.

В експертното становище от външния експерт-консултант, специалист по АГ, е заключено:

„В 17 ч. се описват 2 напъна със спадане на ДСТ до 90 уд/мин, вагинален статус-пълно разкритие, предлежаша глава с голям сегмент във входа на таза и незавършила ротация. Прави се несполучлив опит за налагане на коси акушерски щипци /форцепс/. При така описаният статус, това не са изходящи или коси щипци а висок форцепс, защото главата не е в разширението или изхода на таза“. Експертът пояснява, че „високият форцепс днес има само историческо значение, най-малкото поради доказалата се висока травматичност както за плода, така и за майката. Реалната алтернативата е спешно цезарово сечение“. По-нататък се подчертава „Ако се приеме за вярно описаното в жалбата на [] е прилаган метода на Кристелер. Освен че той в днешно време има повече историческа стойност /от

десетилетия няма ръководство по акушерство което да го предлага като метод на избор за подпомагане на изгонването на плода при нормално раждане/, той е преценен неправилно и е приложен по възможно най-абсурден и травматичен начин.

Заклучение: Поведението на водещия раждането е неправилно още с постъпването на бременната в отделението. Наблюдението в хода на раждането е непълно и формално. От изложеното по-горе се вижда, че са допуснати пропуски, negliжиране на състоянието на плода, хода на раждането, наследенето с АМ, неправилната преценка за възможностите за вагинално раждане, продължаването му в този ход и прилагането на „исторически“ методи /Кристелер и неуспешен травматичен висок форцепс/ без дори да има условия за тях. Всичко това е довело до закъсняло цезарово сечение с предизвестена лоша прогноза за плода“.

Констатации:

1. Дежурната акушерка на 21/22.04.2015 г. [REDACTED] в Родилното отделение на болница Тетевен около 04.00 ч. е прегледала [REDACTED], за което е уведомила дежурния лекар на разположение д-р [REDACTED]. Последната дава нареждане пациентката да остане под наблюдение до началото на работното време за деня и идването на лекар (не е оформен преглед и не е оформена история на заболяване).

2. Пациентката [REDACTED] постъпва в 08.45 ч. на 22.04.2015 г., в Акушеро-гинекологично отделение на „МБАЛ-Тетевен д-р Ал. Пешев“ с Диагноза: [REDACTED] за хоспитализация от д-р [REDACTED], специалист АГ.

3. В първия декурсус (09.00 часа) липсва диагностично-лечебен план и определяне на поведението по отношение на раждането. В декурсусите между 09 – 12 часа липсва описание на родовия процес от дежурния лекар. Интравенозната инфузия с Окситоцин е включена без предварителен преглед и описание на статуса и обосновка за необходимостта ѝ. Няма данни за мониториране на състоянието на плода с акушерски монитор (АМ) по време на инфузията с Окситоцин.

4. В 10.00 ч. е включена инфузия със Ser. Glucosae 5% 500 мл и Oxytocin 5 ME, без предварителен преглед, описание на статуса и необходимостта от това. На фона на инфузията с Окситоцин няма данни за проследяване състоянието на плода с акушерски монитор /АМ/. В 12.20 ч. спонтанно изтичат бистри околоплодни води. Д-р [REDACTED] прави преглед пер вагинам и отразява в декурсуса пълен статус както по отношение на плода, така и по отношение на родилката, като определя поведение /проследяване на ДСТ и увеличава Окситоцина 5 ME на 30 к. /мин./, но отново няма данни за включен АМ за проследяване на ДСТ и МК.

5. В 16.30 ч. [REDACTED] се превежда РЗ /Родилна зала/ и в 16.45 е отбелязан статус на пълно разкритие, глава във входа на таза, краткотрайни маточни контракции, неефективни напъни при добри ДСТ - 36 уд./мин.

6. За периода до раждането са осъществени 2 NST, които са краткотрайни и не са интерпретирани от лекар.

7. В 17.00 ч. са описани 2 напъна със спадане на ДСТ до 90 уд/мин, при пълно разкритие и незавършила ротация на главата, която е във входа на таза. Д-р [REDACTED] прави несполучлив опит за налагане на акушерски щипци /форцепс/, най вероятно висок форцепс, защото главата не е в разширението или изхода на таза. След внезапно рязко падане на ДСТ до 40 /мин. е решено раждането да завърши чрез Цезарево сечение.

8. На 22.04.2015 г. в 17.30 ч. е направено спешно Цезарево сечение с оператор

д-р [REDACTED], асистент [REDACTED] и анестезиолог д-р [REDACTED]. Ражда се плод от женски пол с тегло 3700 г. и дължина 53 см., в тежко депресивно състояние с вътреутробна асфиксия. В продължение на 45 мин. е направена кардиопулмонална ресусцитация. Детето е интубирано. Консултирано е с д-р [REDACTED], републикански консултант по неонатология. На 5-я час след раждането, поради необходимост от интензивно лечение, новороденото е транспортирано по спешност с реанимобил до Неонаталогично отделение на УМБАЛ – Плевен.

9. На 24.04 2015 г. в 12.15 ч., въпреки приложеното лечение и интензивни грижи детето прави екзитус леталис. Окончателната диагноза е:

Придружаващи заболявания:

Усложнения:

При направената аутопсия е отчетено съвпадение между клинична и патологоанатомична диагноза.

10. Установено е несъответствие във отбелязания час от д-р [REDACTED] в ИЗ на постъпване на родилката в ЛЗ и часа отбелязан в становищата на дежурните акушерки.

11. Направени са поправки в ИЗ на преди това нанесени стойности на размера на таза при външната пелвиометрия.

Извод:

Медицинският екип е negliжирал състоянието на плода и е направил пропуски при воденето на раждането на пациентката [REDACTED]. Дежурният лекар д-р [REDACTED] неправилно е преценила възможностите за вагинално раждане, продължаването му в този ход и прилагането на висок форцепс, който се е оказал неуспешен.

Пропусната е възможността между 16 –ти и 17 ти час да се извърши Цезаровото сечение със значително по-добра прогноза за плода.

Интрапарталната асфиксия и опита за налагане на форцепс са причина за тежкото депресивно състояние с механични тъканни, съдови и вътремозъчни увреждания. Приложените методи са довели до механична и биохимична травма на плода.

Непосредствена причина за смъртта е полиорганна недостатъчност в резултат от развил се ДИК синдром, проявен морфологично с масивни паренхимни кръвоизливи и огнищни некрози във вътрешните органи, както и кръвоизлив във храносмилателната система.

За констатираните по-горе нарушения ще се образува административнонаказателно производство съгласно правомощията на ИАМО

С уважение,

ДОЦ. ЗЛАТИЦА ПЕТРОВА
Изпълнителен директор
на ИА“МО”

