

¹ Медицинский
информационно-
аналитический центр
(Санкт-Петербург, Россия)

² Северо-Западный
государственный
медицинский университет
им. И.И. Мечникова
Минздрава России
(Санкт-Петербург, Россия)

ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ МЕТАСТАТИЧЕСКИМ РАКОМ ПОЧЕК

К.Н. Мовчан^{1,2}, К.Е. Чернов², В.В. Татаркин², Б.С. Артюшин^{1,2},
А.В. Жарков^{1,2}, А.Ю. Чернова², Е.В. Железный¹

ABOUT FEATURES OF QUALITY EXAMINATION OF MEDICAL CARE TO PATIENT METASTATIC KIDNEY CANCER

К.Н. Мовчан^{1,2}

Доктор медицинских наук, профессор,
заведующий сектором организации
экспертизы качества
медицинской помощи,
Медицинский информационно-
аналитический центр;
профессор кафедры хирургии
им. Н.Д. Монастырского,
Северо-Западный государственный
медицинский университет
им. И.И. Мечникова,
191015, Санкт-Петербург,
ул. Кирочная, 41.
e-mail: movchank@spbmiac.ru.

К.Е. Чернов²

Кандидат медицинских наук,
врач-эксперт,
194356, Санкт-Петербург,
ул. Энгельса 6,2.
e-mail: chernov_ke@mail.ru.

В.В. Татаркин²

Преподаватель,
кафедра оперативной хирургии.

Б.С. Артюшин^{1,2}

Кандидат медицинских наук,
врач-эксперт,
e-mail: artyushin_boris@mail.ru.

А.В. Жарков^{1,2}

Кандидат медицинских наук,
врач-эксперт,
e-mail: Zbarkov_AV@spbmiac.ru.

А.Ю. Чернова²

Сousкатель.

Е.В. Железный¹

Оператор
e-mail: zbel_ev@ya.ru.

К.Н. Movchan^{1,2}

Doctor of Medicine, Professor,
Head of the Department of Monitoring
of the Quality of Medical Activities,
Medical Information and Analytical Center;
Professor of Department of Surgery named
after N.D. Monastyrskij,
Mechnikov North-Western State
Medical University,
191015, Saint Petersburg,
ul. Kirochnaya, 41.
e-mail: movchank@spbmiac.ru.

K.E. Chernov²

Candidate of Medicine, Medical Expert,
194356, Saint Petersburg, ul. Engelsa 6,2.
e-mail: chernov_ke@mail.ru.

V.V. Tatarkin²

Lecturer, Department of Surgery,

B.S. Artyushin^{1,2}

Candidate of Medicine, Medical Expert,
e-mail: artyushin_boris@mail.ru.

A.V. Zbarkov^{1,2}

Candidate of Medicine, Medical Expert,
e-mail: Zbarkov_AV@spbmiac.ru.

A.Y. Chernova²

Applicant.

E.V. Zhelezny¹

Operator.
e-mail: zbel_ev@ya.ru.

Цель: продемонстрировать особенности экспертизы качества медицинской помощи больным метастатическим раком почек.

Материалы и методы: частота случаев рака почек увеличивается как в России, так и во всем мире. Несмотря на совершенствование методов специальной диагностики и в связи с отсутствием клинических проявлений заболевания на ранних стадиях онкопроцесса, выявить новообразования почек порой оказы-

вается затруднительным, а клиническая картина метастатического рака почек может напоминать иные различные заболевания. Представлен случай заболевания пациента с метастатическим поражением рака почки.

Результаты: продемонстрированы особенности маршрутизации пациента в различные медицинские учреждения Санкт-Петербурга с оценкой качества оказания в них медицинской помощи больному с запущенной формой раковой болезни почечного генеза. Показатели лабораторных и инструментальных методов обследования рассмотрены в динамике. Течение заболевания и его исход проанализированы в свете современных клинических рекомендаций по урологии, онкологии и оценки качества и безопасности медицинской деятельности.

Заключение. При надлежащей организации медицинской помощи, что обеспечивается менеджерами здравоохранения, технологические проблемы, возникающие непосредственно во время обследования и лечения, устраняются в максимально короткие сроки, без дефектов. При отсутствии в медицинских организациях возможностей проведения должных лечебно-диагностических мероприятий руководством учреждения здравоохранения вместе со специалистами должны находиться возможности для маршрутизации больных в специализированные медицинские центры, в которых обследование и лечение гарантированно может быть осуществлено на максимально высоком уровне медицинских знаний.

Ключевые слова: злокачественные новообразования, опухоли почек, метастатический рак почек, качество оказания медицинской помощи.

Aim: to demonstrate the features of the examination of the quality of medical care for patients with metastatic kidney cancer.

Materials and methods: the incidence of kidney cancer is increasing both in Russia and around the world. Despite the improvement of the methods of special diagnostics and in the absence of clinical manifestations of the disease in the early stages of the oncological process, it is sometimes difficult to detect kidney neoplasms, and the clinical picture of metastatic kidney cancer may resemble other various diseases. A case of a patient with a metastatic kidney cancer is presented.

Results: peculiarities of patient routing to various medical institutions of St. Petersburg with the assessment of the quality of medical care in a patient with advanced form of cancer of the renal origin were demonstrated. Indicators of laboratory and instrumental examination methods are reviewed in dynamics. The course of the disease and its outcome are analyzed in the light of modern clinical recommendations for urology, oncology and the assessment of the quality and safety of medical activity.

Conclusion. With proper organization of medical care, which is provided by health managers, technological problems that arise directly during the examination and treatment are eliminated as soon as possible, without defects. In the absence of opportunities for proper medical and diagnostic measures in medical organizations, the leadership of a healthcare institution together with specialists should be able to route patients to specialized medical centers where examination and treatment can be guaranteed to be carried out at the highest possible level of medical knowledge.

Keywords: malignant neoplasms, kidney tumors, metastatic kidney cancer, quality of care.

Введение

Злокачественные новообразования (ЗНО) остаются одной из основных причин смертности населения как в России, так и во всем мире [1–4]. Заболеваемость раком почек (РПч) в Санкт-Петербурге (СПб) в 2017 году составила 18,26, а по РФ 16,87 на 100 тыс. населения [5]. В рейтинге всех ЗНО занимают 9–10 место в России [6, 7]. Грубый показатель смертности при РПч в СПб в 2017 году составил 7,24 на 100 тыс. населения. Число пациентов с запущенной (IV) стадией онкологического процесса в СПб достигло 14,1% [5]. Метастатический рак почек (мРПч) нередко клинически может проявляться «под масками» разных заболеваний как хирургического, так и терапевтического профиля, что затрудняет идентификацию этой патологии и обуславливает ошибки при обследовании и лечении больных. В ряде случаев время, необходимое для эффективного лечения таких пациентов, упускается безвозвратно, что обуславливает снижение качества и продолжительность их жизни. Кроме хирургических технологий лечения при оказании медицинской помощи (МП) данной категории больных особое значение обретает иммунная либо таргетная терапия [8–11]. Прогноз для жизни больных мРПч нередко оказыва-

ется неблагоприятным [10, 12]. Тем не менее, своевременное использование при обследовании и лечении всего арсенала современных направлений оказания МП позволяет увеличить выживаемость пациентов при данном типе опухолевого процесса [8, 9, 11, 12].

Несмотря на успехи нефрологии, урологии, онкологии, проблемы организационно-технологического плана, сочетаемые с высокими показателями инвалидизации и смертности, в оказании медицинской помощи (МП) больным мРПч сохраняются [13]. При распространенном раковом процессе в почках с метастатическим поражением легких и костей пациенты вынуждены страдать от выраженных болевых ощущений и нередко обращаются за медицинской помощью в амбулаторном порядке (к терапевтам, неврологам), либо в экстренном порядке доставляются в дежурный хирургический стационар, в штате которого обычно не предусмотрены должности специалистов онкоурологического направления медицинской деятельности [14]. В отделениях неврологии, общей хирургии (в лучшем случае – урологии) объем лечения пациентов с мРПч нередко ограничивается купированием (снижением интенсивности) болевого синдрома,

устранением макрогематурии и ее последствий с последующим переводом пациентов в профильное медицинское учреждение для дальнейшей противоопухолевой борьбы посредством специализированного лечения [8, 14].

Организация МП больным РПЧ сопряжена с возможностью дефектов ее непосредственного предоставления [15]. В связи с этим оценка качества оказания МП (КМП) больным РПЧ, особенно в случаях неблагоприятных исходов заболевания, составляет важный индикаторный аспект эффективной деятельности по совершенствованию системы управления лечебно-диагностическим процессом, осуществляемым в том числе и при обследовании больных онкоурологической патологией [16]. В медицинских организациях с разными возможностями и уровнем специализации в оказании онкоурологической помощи сохраняются сложности оценки КМП больным РПЧ. Это может приводить к определенным нареканиям как со стороны пациентов и их представителей, так и со стороны менеджеров здравоохранения, констатирующих ненадлежащее качество и безопасность медицинской деятельности. Последнее демонстрируется на примере проведенного ниже случая оказания МП пациенту с метастатическим поражением костей скелета при РПЧ.

Клиническое наблюдение и методы исследования

Пациент Е., 59 лет, житель Санкт-Петербурга, впервые обратился за медицинской помощью в консультативно-диагностическую поликлинику (КДП) по месту регистрации 23.05.2013 по поводу гипертонической болезни. После клинического обследования выполнена электрокардиография, даны рекомендации по лечению. Установлено динамическое наблюдение. 26.08.2013 осмотрен неврологом, назначены обследования: клинический и биохимический анализы крови, анализ мочи, рентгенография пояснично-крестцового отдела позвоночника, флюорография. По результатам обследования (18.09.2013) выявлено повышение скорости оседания эритроцитов (СОЭ) до 37 мм/ч, а при флюорографии – затемнение в верхней доле левого легкого. На рентгенограммах груди и позвоночника – проявления остеохондроза пояснично-крестцового его отделов. От консультации фтизиатра больной отказался. С 10.09.2013 невролог назначил пациенту, признанному нетрудоспособным, лечение нестероидными противовоспалительными препаратами. 13.09.2013 и 16.09.2013 больной направлялся на госпитализацию в стационар с диагнозом: остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника, выраженный болевой синдром.

Рекомендации по лекарственной терапии выполнял в плановом порядке.

23.09.2013 данные клинического анализа крови – показатель СОЭ составил 50 мм/ч. В связи с нараста-

нием болевого синдрома, пациент доставлен в один из многопрофильных стационаров СПб с диагнозом: внебольничная плевропневмония в нижней доле слева, остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника.

В приемном отделении осуществлен осмотр дежурного терапевта. Пациент предъявлял жалобы на одышку, общую слабость, выраженные боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника. Общее состояние средней тяжести, обусловленное выраженным болевым синдромом. Состояние сознания – ясное. Кожные покровы с цианотичным оттенком. Пульс 80 ударов в 1 мин. АД (артериальное давление) – 140/90 мм. рт. ст. Частота дыхательных движений (ЧДД) 20 сокращений в 1 мин. Тоны сердца приглушены. В легких жесткое дыхание, единичные влажные хрипы слева. Живот мягкий, перистальтика отчетливая.

В качестве дополнительного исследования выполнены: клинический анализ крови (лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом до 12%); ЭКГ-исследование (полная блокада правой ножки пучка Гиса, блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса); рентгенография органов грудной клетки (в прямой и левой боковой проекции: на уровне дистальных отрезков 6–8 ребер овальная очерченная тень, картина может соответствовать метастазу в 6 ребро слева); УЗИ органов брюшной полости (гепатомегалия, жировой гепатоз, диффузные изменения поджелудочной железы). Принято решение о госпитализации больного (из-за дефицита койко-мест – в непрофильное отделение).

Осмотрен лечащим врачом гастроэнтерологического отделения. Выставлен предварительный диагноз: внебольничная левосторонняя пневмония. Остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника с корешковым синдромом. Назначены: антибактериальная, противовоспалительная и витаминотерапия, секретолитики. В процессе обследования в отделении пациент осмотрен невропатологом (диагноз: новообразование (метастаз? осумкованный выпот? хронический абсцесс?), остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника, стойкий болевой синдром), клиническим фармакологом (с целью коррекции проводимой терапии, рекомендована смена антибиотиков), травматологом (подтверждено диагностическое представление о наличии метастаза в 6 ребро). Больной неоднократно осматривался торакальным хирургом с проведением ультразвукового исследования зоны поражения органов груди. В динамике пациенту выполнялись клиническое и биохимическое исследование крови, кровь на уровень содержания онкомаркеров (ПСА общий, СА 19–9, СА 72–4), проводилась магнито-резонансная томография (МРТ) грудного отдела позвоночника (МР-картина поражения грудного и поясничного отделов позвоночника, ребер, грудины, вероятней всего вторичного генеза. В ходе обследования выявлен вторичный стеноз позвоночного канала на уровне Th₇₋₈

до 11 мм. Миелопатия на уровне Th₇₋₈, МР-признаки дегенеративно дистрофических изменений грудного отдела позвоночника. Множественные грыжевые выпячивания позвоночника).

Сцинтиграфия костей скелета не проводилась из отсутствия в стационаре необходимых радиоизотопных препаратов. От дальнейшего поиска локализации причинного фактора заболевания пациент и его родственники отказались, мотивируя свой поступок необходимостью продолжить обследование в условиях специализированного стационара. В связи с чем больной и его представители настояли (несмотря на все разъяснения) на выписке пациента из больницы.

Клинический диагноз больного, установленный при выписке из стационара:

Основной: опухолевый процесс неизвестной локализации с множественными метастазами в позвоночник, ребра, грудину. Вторичный стеноз позвоночного канала на уровне Th₇₋₈.

Сопутствующий: хроническая обструктивная болезнь легких, 3 стадии, бронхитический тип. Эмфизема легких. Пневмосклероз. Дыхательная недостаточность 2 ст. Гипертоническая болезнь 2 стадии, мягкая артериальная гипертензия, риск 4. Ожирение 2 степени, алиментарно-конституционального генеза.

Рекомендации по лечению: спирива 18 мкг по 2 дозы 2 раза/сут., теолонг по 1 таб. 2 раза/сут., фамотидин 20 мг 2 раза/сут., диклофенак 100 мг, рекомендовано обследование у онколога по месту жительства.

11.10.2013 и 20.11.2013 пациент осмотрен онкологом КДП по месту жительства. Направлен в Бюро медико-социальной экспертизы.

Предъявлял жалобы на боли в груди и поясничном отделе позвоночника, боли в области 6-ого ребра слева с иррадиацией в правый бок и ягодицы, а также невозможность передвижения из-за слабости в ногах. Боли купированы ежедневным приемом нестероидных противовоспалительных средств (НПВС). Оформлены документы на предоставление больному симптоматической обезболивающей терапии.

22.10.2013 пациент госпитализирован в одно из специализированных ЛПУ Санкт-Петербурга. На момент осмотра состояние пациента расценено как удовлетворительное. В сознании, адекватен. Неврологический статус: нижний глубокий спастический парализ. Чувствительность конечностей сохранена D=S. Патологических рефлексов нет. Снижение силы ног до 2–3 баллов D<S.

Диагноз при поступлении – СUP-синдром. Множественные метастазы в кости. Метастазы в Th₃, – Th₈, Th₁₀, Th₁₂, L₁. Вторичный стеноз позвоночного канала на уровне Th₈. Вертеброгенный болевой синдром.

На основании жалоб пациента, данных анамнеза, объективного обследования и рентгенологической картины принято решение о необходимости проведения трепанбиопсии Th₈ с целью морфологической верификации и идентификации опухолевого пораже-

ния на уровне стеноза позвоночного канала. С планом операции и возможными осложнениями больной ознакомлен, согласие на операцию получено.

23.10.2013 выполнена трепанбиопсия Th₈ позвонка. Послеоперационный период – без осложнений. Сохранялся болевой синдром в области грудного отдела позвоночника.

24.10.2013 пациент в удовлетворительном состоянии выписан на амбулаторное лечение по месту жительства с рекомендацией контрольного осмотра после получения результатов патоморфологического исследования биоптата; продолжить анальгетическую терапию: кетонал 2,0 x 3 р/с после еды, р-р Мовалис (15 мг) x 1 р/д в/м № 3; Трамадол 2,0 в/м 2 р/с. N10; наблюдение хирурга, онколога по месту жительства; контроль анализов крови (клинический и биохимический) и мочи 1 раз в 10 дней. Тактику по дальнейшему лечению решено сформулировать по результатам трепанбиопсии.

20.11.2013 получены результаты патоморфологического исследования: метастаз низкодифференцированного рака (легкого?). По поводу нарастающей слабости в нижних конечностях при передвижении, спастики и выраженного болевого синдрома пациент в течение недели на дому получал наркотические анальгетики (морфина гидрохлорид 10 мг/мл 3 р/с в/м), под наблюдением районного онколога. Включен в очередь на хирургическое лечение по квоте на оказание высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП)

21.11.2013 больной осмотрен специалистом выездной службы одного из хосписов Санкт-Петербурга, назначена симптоматическая обезболивающая терапия.

С 27.11.2013 пациент признан инвалидом I группы.

03.12.2013 в связи с отрицательной неврологической динамикой больной повторно госпитализирован в специализированное ЛПУ. При поступлении состояние пациента расценено как удовлетворительное. На момент осмотра предъявлял жалобы на выраженные боли в области грудного и поясничного отделов позвоночника, боли в области 6-ого ребра слева с иррадиацией в правый бок и ягодицы, невозможность ходьбы ввиду слабости нижних конечностей. По данным лабораторных исследований – высокий уровень СРБ (С-реактивный белок) 221,28 мг/л и лейкоцитоз до 20,5 x 10⁹/л.

04.12.2013 консультирован стоматологом по поводу очагов одонтогенной инфекции: полость рта санирована.

С 03.12.2013 по 11.12.2013 отмечена выраженная отрицательная динамика в неврологических проявлениях заболевания: нарастание спастического парализа, снижение чувствительности нижних конечностей с уровня Th₈, усиление интенсивности болевого синдрома, задержка стула и мочеиспускания.

10.12.2013 ввиду острой задержки мочи проведена катетеризация мочевого пузыря одноразовым катетером.

10.12.2013 на консилиуме обсуждена и принята тактика хирургического лечения. Решено осуществить его в формате плановой операции.

12.12.2013 выполнена операция: декомпрессивная ламинэктомия Th₈, радикулолиз Th8 справа. В послеоперационном периоде отмечено снижение интенсивности болевого синдрома и спастичности нижних конечностей.

19.12.2013 в связи с отрицательной динамикой лабораторных показателей крови и эпизодом гипертермии данные о пациенте оценены клиническим фармакологом. Сформулировано дополнительное обследование.

20.12.2013 – повторная задержка мочи. Выполнена катетеризация мочевого пузыря. В контрольных анализах мочи отмечен эпизод гематурии. С 24.12.2013 по результатам контрольных анализов мочи – положительная динамика.

Выполнено рентгенологическое исследование органов грудной клетки (патологическое новообразование левого легкого, в правом легком – очаговые изменения не обнаружены).

По результатам патоморфологического исследования (23.12.2013): метастаз умеренно дифференцированного рака (светлоклеточного рака легкого?) в позвонок.

24.12.2013 выявлена гематома в зоне послеоперационной раны. Выполнено УЗИ, по результатам которого произведена пункция в области хирургического вмешательства. Опорожнена гематома 5 мл. (31.12.2013 результат микробиологического исследования пунктата – без признаков микробного роста).

На фоне проведенной терапии отмечена положительная динамика лабораторных показателей (снижение лейкоцитоза и уровня СРБ).

26.12.2013 по результатам обследования пациент повторно консультирован клиническим фармакологом: даны рекомендации по антибактериальной терапии (таб. Ципринол 0,75 x 2 р/сутки; таб. Бисептол 0,96 x 2 р/сутки внутрь на 14 дней).

Несмотря на меры профилактики (антипролежневый матрас, ЛФК) у пациента развился поверхностный пролежень кожных покровов крестца I стадии. Обработка пролежня крестца проводилась регулярно ежедневно (водные растворы антисептиков, повязки с мазью левомеколь). По согласованию с больным и родственниками, пациент подготовлен к выписке и дальнейшему лечению на дому. Показатели СРБ и СОЭ при выписке соответствовали представлениям о клинической картине опухоли легкого с метастатическим поражением скелета, а также паранеопластической интоксикации.

При выписке состояние расценено удовлетворительным, а соматический статус – компенсированным. Сохранились умеренные боли в грудном отделе позвоночника с иррадиацией в поясницу и нижние конечности, отмечалась слабость в ногах. Рана зажила первичным натяжением. Швы сняты.

Диагноз при выписке пациента из стационара: рак легкого. Метастатическое поражение позвоночника и ребер. Вторичный стеноз позвоночного канала на уровне Th₈. Нижний спастический парапарез. Нарушение функции тазовых органов по типу задержки стула. Болевой синдром (ВАШ 7).

Сопутствующий: гипертоническая болезнь II ст. Артериальная гипертензия II ст. Риск ССО 3 (сердечно-сосудистых осложнений). Хронический бронхит вне обострения. Поверхностный гастрит вне обострения. Диффузный нестенозирующий атеросклероз нижних конечностей. Поверхностный пролежень крестца I ст. Анемия средней степени тяжести. Паранеопластическая интоксикация.

Пациенту даны исчерпывающие рекомендации по лечению в амбулаторных условиях: Кетонал 2,0 x 3 р/с после еды, Мовалис (15 мг) x 1 р/д в/м №3; Трамадол 2,0 в/м 2 р/с. N10, Варфарин 2,5 мг 1 т/д постоянно на период постельного режима. Использование компрессионного трикотажа; т. Ципринол 0,75 x 2 р/сутки; т. Бисептол 0,96 x 2 р/сутки внутрь на 14 дней; т. Континус 10 мг 1 т/д, Дюрагезик-пластырь 1/с (при болях, не купируемых нестероидными противовоспалительными средствами); т. Омез 20 мг 1 т. x 2 р/с. т. Феназепам 0,5 мг 1 т. на ночь постоянно; наблюдение хирурга и онколога по месту жительства; обработки пролежня; использование противопролежневого матраса, ЛФК: пассивные движения для нижних конечностей, дыхательная гимнастика, очистительные клизмы 1 раз в 2 дня; клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи 1 раз в 10 дней. Через 3 и 6 месяцев: остеосцинтиграфия, рентгенография, компьютерная и магнито-резонансная томография грудного отдела с последующей консультацией специалистов (дополнительно: рентгенография таза через 1,5 месяца).

30.12.2013 и 27.01.2014 после выписки больного осмотрел хирург КДП по месту жительства по поводу состояния пролежней крестцовой области.

17.01.2014 на дому проведены контрольные лабораторные исследования: клинический и биохимический анализ крови, общий анализ мочи. Их данные соответствовали диагнозам, отмечаемых заболеваний.

17.01.2014 по обращению жены пациента в специализированное онкологическое ЛПУ выполнено иммуногистохимическое исследование. Результаты исследования: крупные фрагменты губчатой кости с полями низкодифференцированного рака. Результат иммуногистохимического исследования опухолевых клеток: CK18, CD56, хромогранин – выраженная экспрессия. CK20, синаптофизин – слабо положительны. TTP1, CK7, СЕА, сурфактант, СКНМW-негативны. Ki67 экспрессируют около 25% клеток. Заключение: метастаз крупноклеточной нейроэндокринной карциномы в кость.

С 28.01.2014 пациент в КДП по месту жительства не обращался.

11.02.2014 в связи со снижением показателей гемоглобина в крови до 48 г/л, с целью проведения гемотрансфузий больной госпитализирован в терапевтическое отделение одного из стационаров СПб. При поступлении: состояние крайне тяжелое, выраженная бледность, крупный пролежень в крестцовой области (с декабря 2013 года). Тоны сердца приглушены с систолическим шумом над всей прекардиальной областью, в легких хрипов не определялось, печень не увеличена. При обследовании: гемоглобин – 38 г/л; СОЭ до 68 мм/ч, палочкоядерный сдвиг влево до 31%, тяжелая гипопропротеинемия и гипоальбуминемия, выраженная дисэлектrolитемия со снижением калия, некоторое повышение аспаргатаминотрансферазы (АСТ).

14.02.2014 осмотрен онкологом, с учетом недостаточности данных предшествующего обследования рекомендовано выполнение мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) грудной клетки (повторно) и брюшной полости, которая была выполнена 15.02.2014. Подтверждены метастазы в легких, внутригрудных лимфатических узлах, костях скелета, а также обнаружены метастазы в печени, надпочечниках. Констатирован двусторонний гидроторакс, асцит (в виде скопления жидкости в малом тазу), а также мочекаменная болезнь с конкрементами в почках и мочевом пузыре, гиперплазия предстательной железы. Выявлено новообразование правой почки.

17.02.2014 больной повторно консультирован онкологом: по результатам обследования и с учетом состояния пациента принято решение, что целенаправленное специализированное лечение в связи с тяжестью состояния и стадией заболевания бесперспективно. Рекомендовано придерживаться симптоматической терапии, проводившейся на протяжении всей госпитализации (инфузионная, анальгетическая, антибактериальная, гемостатическая) (в связи с появлением носовых кровотечений), вводились препараты кальция и витамина Д, выполнялись неоднократно гемотрансфузии, однократно – зомета 4 мг/ 5мл.

Явления раковой интоксикации нарастают. На фоне полиорганной недостаточности 18.02.2014 наступила смерть пациента. С учетом характера заболевания и распространенности онкологического процесса, а также с учетом решения консилиума реанимационные мероприятия не проводились.

Посмертный клинический диагноз:

Основной: светлоклеточный рак правой почки с метастазами в легкие, лимфатические узлы средостения, печень, надпочечники, кости скелета.

Осложнение: парапарез нижних конечностей и нарушение функции тазовых органов (сдавление позвоночного канала на уровне Th₇₋₈). Операция: декомпрессивная ламинэктомия и радикулолиз Th₈ в декабре 2013 года). Крупный пролежень в крестцовой области Двусторонний гидроторакс. Асцит. Анемия

тяжелой степени. Раковая интоксикация. Белковоэнергетическая недостаточность. Дисэлектrolитемия. Полиорганная недостаточность.

Сопутствующий: мочекаменная болезнь (конкременты почек и мочевого пузыря). Доброкачественная гиперплазия предстательной железы.

Патологоанатомическое вскрытие не проводилось по заявлению родственников умершего пациента ввиду ясности диагноза и по религиозным соображениям.

Через 2 месяца после смерти больного близкие пациента обратились в правовые инстанции, предъявив претензии к качеству МП, оказанной больному.

Случай рассмотрен на заседании Городской клинико-экспертной комиссии СПб (СПбГорКЭК). При подготовке к заседанию экспертами осуществлено целенаправленное ознакомление с данными медицинской документации пациентки. Оценка качества медицинской помощи осуществлялась по В.Ф. Чавпцову и соавт. (2007) [17].

Результаты и их обсуждение

Изучая и анализируя данные о медицинской деятельности, осуществленной в отношении больного, нельзя не обратить внимание на то, что в процессе диагностики и лечения допущены ошибки сбора информации, диагноза и преемственности, которые не создали условия для удовлетворенности пациента от взаимодействия с системой оказания медицинской помощи.

Несмотря на жалобы пациента на боли в поясничном отделе позвоночника, неэффективность проводимого консервативного лечения, не были осуществлены исследования для уточнения характера и степени поражения легких и позвоночника (КТ, МРТ). Кроме того, в ходе обследования пациенту не выполнено ни ультразвуковое исследование органов брюшной полости, ни КТ, что изначально не позволило установить точный диагноз, подтвержденный спустя 6 месяцев при условиях развернутой клинической картины онкологического процесса.

Пациент обратился за МП с запущенной, неоперабельной опухолью почки, что подтверждается результатами последующего обследования (КТ органов брюшной полости). Однако несвоевременное получение точных результатов обследования не позволило проводить противоопухолевую терапию целенаправленно. В течение 6 месяцев больному выполнялись лечебно-диагностические мероприятия по поводу метастазов костной системы, а затем – метастазов в легком. Несмотря на выраженное нарастание интоксикации, больной был выписан из стационара. После выписки по месту жительства больного, его лечение ограничивалось симптоматической терапией.

Недостатки обследования пациента, не позволившие своевременно верифицировать метастатический рак почки, а также дефекты преемственности лечения, в целом не повлияли на скорость распространения

изначально запущенного опухолевого процесса. Однако длительно осуществляемое неспецифическое паллиативное лечение вместо целенаправленной таргетной либо иммунотерапии не позволяло обеспечить надлежащее качество жизни пациента. Лечебные технологии, выполнявшиеся в разных медицинских организациях в принципе, следует признать адекватными.

Нельзя не отметить, что определенные трудности верификации основного заболевания были сопряжены и с морфологической диагностикой опухолевого процесса, которая окончательно (по причине отказа родственников от аутопсии) так и осталась не проведенной.

По законодательству ситуации, при которых, патологоанатомическое вскрытие должно выполняться обязательно, несмотря на мнение родственников умершего, определены. Одной из ситуаций, когда данное требование Закона применяется, является отсутствие окончательного диагноза заболевания. В разбираемом случае нельзя не отметить агрессивное течение злокачественного процесса у пациента. Несмотря на клинически прогнозируемый неблагоприятный исход заболевания, патологоанатомическое вскрытие целесообразно было выполнить для установления окончательного диагноза, что не удалось осуществить в процессе прижизненных диагностических процедур. В отношении вопросов деонтологии необходимо отметить, что психологическое состояние пациента во многом обуславливалось влиянием злокачественно протекающего онкологического заболевания. В таких случаях следует искать пути установления контакта с пациентом для исчерпывающего сбора сведений анамнеза и формирования аргументированного понимания хода патологического процесса.

Заключение

В разбираемом клиническом наблюдении, на основании анализа данных экспертами и рецензентами,

формируется устойчивое мнение о том, что на этапах медицинского обеспечения пациента объем диагностических технологий выполнен неполностью. Всеми специалистами, участвующими в экспертной оценке случая, констатируется неполное и нерациональное использование ресурсов здравоохранения. При выявлении онкологического заболевания осуществление КТ головы, органов грудной клетки, брюшной полости и таза в настоящее время должно быть обязательным. Однако однозначно утверждать о влиянии дефектов диагностики в целом на состояние пациента и на течение основного патологического процесса было бы опрометчивым. При неясной локализации первичной опухоли выполнение аутопсии должно быть обязательным, даже если родственники официально и в категорической форме отказываются от патологоанатомического исследования.

Изучение данных о представленном наблюдении в очередной раз позволяет продемонстрировать не только сложности лечения пациентов с онкологическими заболеваниями урологического профиля, но и трудности оценки КМП этой категории больных. Однако при надлежащей организации МП, что обеспечивается менеджерами здравоохранения, технологические проблемы, возникающие непосредственно во время обследования и лечения, устраняются в максимально короткие сроки, без дефектов. При отсутствии в ЛПУ возможностей проведения должных лечебно-диагностических мероприятий руководством учреждения здравоохранения вместе со специалистами должны находиться возможности для маршрутизации больных в специализированные медицинские организации, в которых обследование и лечение гарантированно может быть осуществлено на максимально высоком уровне медицинских знаний. Роль, значение и место деятельности менеджеров и специалистов здравоохранения при оценке КМП в каждом конкретном случае, в том числе и при ее оказании больным онкоурологической патологией, целесообразно оценивать солитарно.

Список литературы

1. Щербакова Е.М. Демографическая ситуация в странах СНГ, 2014 год // Демоскоп Weekly. – 2016. – С. 675–676.
2. Ferlay J. et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012 // Eur J Cancer. – 2013. – Vol. 49, № 6. – P. 1374.
3. Levi F. et al. The changing pattern of kidney cancer incidence and mortality in Europe // BJU Int. – 2008. – Vol. 101, № 8. – P. 949–958.
4. Lindblad P. Epidemiology of renal cell carcinoma // Scand J Surg. – 2004. – Vol. 93, № 2. – P. 88.
5. Мовчан К.Н., Хижа В.В., Жарков А.В. и соавт. Основные эпидемиологические данные об эффективности и безопасности лечения жителей Санкт-Петербурга при злокачественных опухолях почки // Материалы XIX конгресса Российского общества урологов. – Ростов-на-Дону. – 2019. – С. 229.
6. Каприн А.Д. Злокачественные новообразования в России в 2017 году (заболеваемость и смертность) // А.Д. Каприн, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. – Москва: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2018. – 250 с.
7. Каприн А.Д. Состояние онкологической помощи населению России в 2017 году // А.Д. Каприн, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. – Москва: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2018. – 236 с.

8. Матвеев В.Б., Волкова М.И. Последовательная таргетная терапия при диссеминированном раке почки // Онкоурология. – 2013. – № 1. – С. 28–33.
9. Носов Д.А., Волкова М.И., Гладков О.А. и соавт. Практические рекомендации по лекарственному лечению почечноклеточного рака // Злокачественные опухоли: практические рекомендации RUSSCO. – Москва: Фонд «Онкопрогресс», 2017. – Т. 7, № 3, спецвыпуск 2. – С. 404–410.
10. Тимофеев И.В., Аксель Е.М. Почечноклеточный рак в России в 2008 году // Злокачественные опухоли. – 2011. – Т. 1, № 1. – С. 6–10.
11. Haas N.B. et al. Initial results from ASSURE (E2805): Adjuvant sorafenib or sunitinib for unfavorable renal carcinoma, an ECOGACRIN-led, NCTN phase III trial // J Clin Oncol – 2015. – Vol. 33, № 7. – P. 403.
12. Harshman L.C. et al. Meta-analysis of disease-free survival (DFS) as a surrogate for overall survival (OS) in localized renal cell carcinoma (RCC) // J Clin Oncol. – 2017. – Vol. 35, № 5. – P. 925–933.
13. Засухина Т.Н. Основные итоги работы в сфере здравоохранения Санкт-Петербурга в 2017 году и основные задачи на 2018 год // Т.Н. Засухина [и др.] – Санкт-Петербург: СПб ГБУЗ МИАЦ. – 2018. – 60 с.
14. Аляев Ю.Г. Урология. Российские клинические рекомендации // под ред. Ю.Г. Аляева, П.В. Глыбочко, Д.Ю. Пушкаря. – Москва: ГЭОТАР Медиа, – 2016. – 496 с.
15. Шевцов В.Д. К вопросу о врачебной ошибке как одному из видов дефектов медицинской помощи при хирургических вмешательствах // В.Д. Шевцов, О.А. Дмитриева. Проблемы экспертизы в медицине. – 2007. – Т. 7, № 27–3. – С. 4–7.
16. Мовчан К.Н., Артюшин Б.С., Ерошкин В.В. и соавт. О системе оценки качества медицинской помощи пациентам хирургического профиля // Альм. Инст. хир. им. А.В. Вишневского: Тезисы Второго Съезда хирургов Урала. – Екатеринбург. – 2017. – № 3. – С. 192–193.
17. Чаптецов В.Ф., Михайлов С.М., Карачевцева М.А. Автоматизированная технология экспертизы качества медицинской помощи: структура, результаты и перспективы применения: информационные материалы. – СПб. – 2007. – 65 с.

References

1. Shcherbakova E.M. The demographic situation in the CIS countries, 2014. Demoscope Weekly, 2016; 675-676. (In Russ)
2. Ferlay J. et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012. Eur J Cancer, 2013; 49(6): 1374. doi: org/10.1016/j.ejca.2012.12.027.
3. Levi F. et al. The changing pattern of kidney cancer incidence and mortality in Europe. BJU Int, 2008; 101(8): 949-958. doi: 10.1111/j.1464-410x.2008.07451.x.
4. Lindblad P. Epidemiology of renal cell carcinoma. Scand J Surg, 2004; 93(2): 88. doi: 10.1177/145749690409300202.
5. Movchan K.N., Khizha V.V., Zharkov A.V. et al. The main epidemiological data on the effectiveness and safety of treatment of residents of St. Petersburg with malignant tumors of the kidney. Materials of the XIX Congress of the Russian Society of Urology. Rostov-on-Don, 2019; 229. (In Russ)
6. Kaprin A.D. Malignant neoplasms in Russia in 2017 (morbidity and mortality). A.D. Kaprin, V.V. Starinsky, G.V. Petrova. Moscow, Herzen Moscow Research Institute, 2018; 250. (In Russ)
7. Kaprin A.D. The status of cancer care for the population of Russia in 2017. A.D. Kaprin, V.V. Starinsky, G.V. Petrova. Moscow, Herzen Moscow Research Institute, 2018; 236. (In Russ)
8. Matveyev V.B., Volkova M.I. Sequential targeted therapy for disseminated kidney cancer. Oncourlogy, 2013; 1: 28-33. (In Russ)
9. Nosov D.A., Volkova M.I., Gladkov O.A. et al. Practical recommendations for the treatment of renal cell carcinoma. Malignant tumors: practical recommendations RUSSCO. Moscow, Found Onkoprogres, 2017; 7(3), issue 2: 404-410. (In Russ)
10. Timofeyev I.V., Aksel E.M. Renal cell carcinoma in Russia in 2008. Malignant tumors, 2011; 1(1): 6-10. (In Russ)
11. Haas N.B. et al. Initial results from ASSURE (E2805): Adjuvant sorafenib or sunitinib for unfavorable renal carcinoma, an ECOGACRIN-led, NCTN phase III trial. J Clin Oncol, 2015; 33(7): 403. doi: org/10.1200/jco.2015.33.7_suppl.403.
12. Harshman L.C. et al. Meta-analysis of disease-free survival (DFS) as a surrogate for overall survival (OS) in localized renal cell carcinoma (RCC). J Clin Oncol, 2017; 35(5): 925-933. doi: 10.1200/jco.2017.35.6_suppl.459.
13. Zasukhina T.N. The main results of work in the healthcare sector of St. Petersburg in 2017 and the main tasks for 2018. T.N. Zasukhina [et al.]. St. Petersburg: GBUZ MIAC, 2018; 60. (In Russ)
14. Alyayev Y.G. Urology. Russian Clinical Recommendations. Ed. Y.G. Alyaeva, P.V. Glybochko, D.Yu. Pushkar. Moscow: GEOTAR Media, 2016; 496. (In Russ)
15. Shevtsov V.D. To the question of medical error as one of the types of defects in medical care during surgical interventions. V.D. Shevtsov, O.A. Dmitrieva. Problems of expertise in medicine, 2007; 7 (27-3): 4-7. (In Russ)
16. Movchan K.N., Artyushin B.S., Eroshkin V.V. et al. On the system for assessing the quality of medical care for patients with a surgical profile. Vishnevsky Surgical Institute: Abstracts of the Second Congress of surgeons of the Urals. Ekaterinburg, 2017; 3: 192-193. (In Russ)
17. Chapetsov V.F., Mikhajlov S.M., Karachevtseva M.A. Automated technology for examining the quality of medical care: structure, results and prospects of application: information materials. St. Petersburg, 2007; 65. (In Russ)