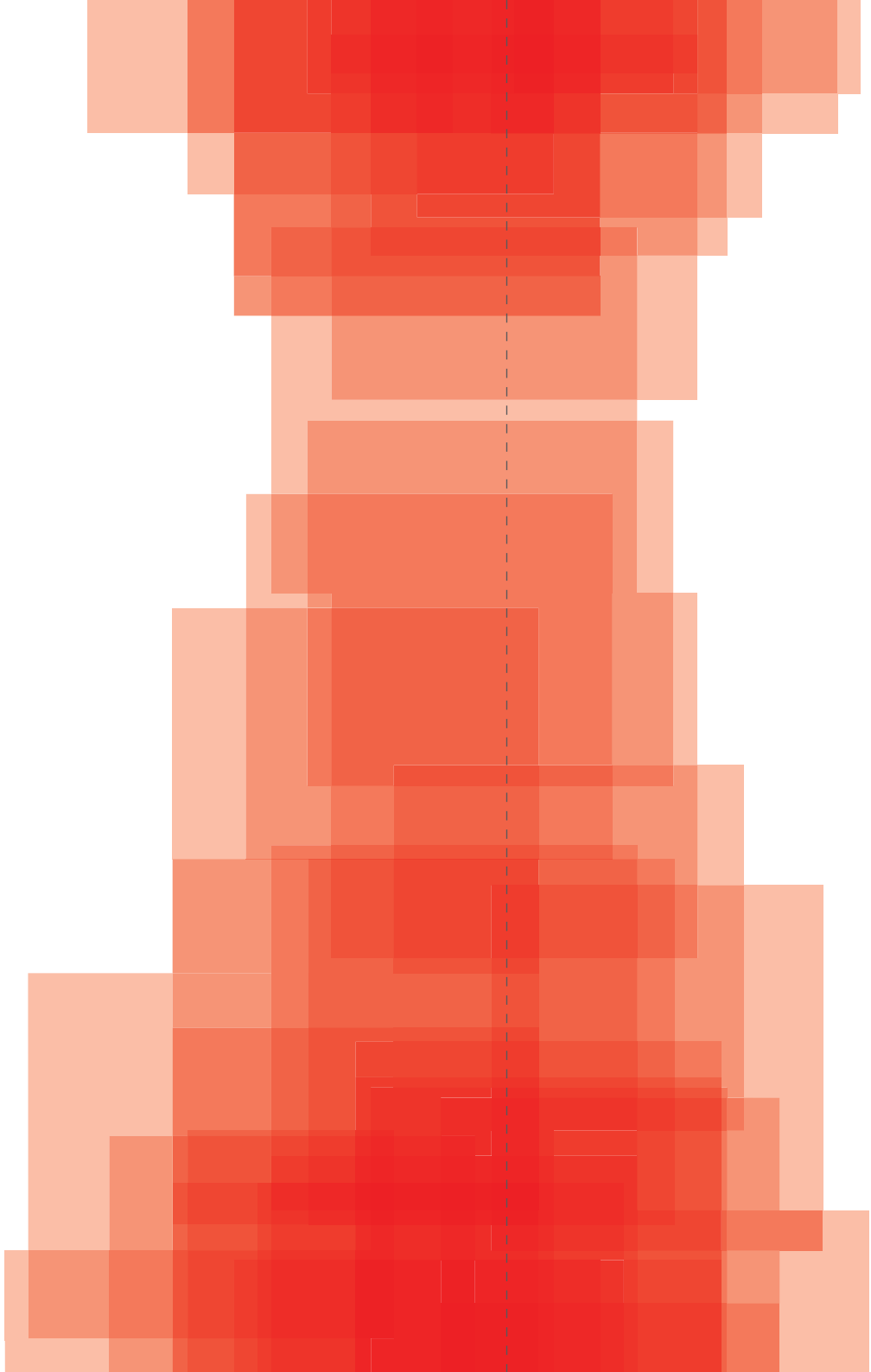


- 
- úrad pre
 - dohľad nad
 - zdravotnou
 - starostlivosťou

Kazuistiky 2015

■ www.udzs-sk.sk

Želova 2
829 24 Bratislava

© ÚDZS 2016

■ www.udzs-sk.sk

- úrad pre
- dohľad nad
- zdravotnou
- starostlivosťou

Kazuistiky

2015

Obsah

NESPRÁVNE POSKYTNUTÁ ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ

Apaurin v ambulancii LSPP – priateľ alebo zradca?	3
Nerozpoznaná meningitída	4
Následky neskorej diagnostiky extrauterinnej gravidity	13
Nerozpoznaná zlomenina krčka stehennej kosti	17
Manažment úrazového stavu u warfarinizovaného pacienta	23
Musí mať nemocnica v službe zabezpečeného endoskopistu?	26
Nediagnostikovaná akútna apendicitída – absencia vyšetrenia	30
Akútne zlyhanie obličiek po CT vyšetrení s kontrastnou látkou	33
Nesprávne vyhodnotenie výsledkov pri náhlej príhode brušnej	37
Nesprávne poskytnutá ZS po dopravnej nehode	39
Nesprávne poskytnutá ZS polymorbídnemu pacientovi	43
Omyl pri extrakcii zuba	46
Podcenenie klinického stavu a výsledkov laboratórných vyšetrení ...	48
Indikácia gastrektómie v dôsledku nesprávneho vyhodnotenia	51

SPRÁVNE POSKYTNUTÁ ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ

Možná komplikácia vírusovej gastroenteritídy u detí	55
Pooperačný priebeh po karotickej endarterektómii	60
Komplikácie a multidisciplinárna spolupráca pri FESS operácii	63
Hydronefróza ako komplikácia laparoskopickej hysterektómie	74
Otvorená kominutívna zlomenina ľavého členka – neoperovaná?	76
Je anamnéza polovicou diagnózy?	79
Zodpovedá za zdravie len lekár?	84

Použité skratky	87
-----------------------	----

APaurin v ambulancii LSPP – PRIATEĽ ALEBO ZRADCA?

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

Pacient, nar. v roku 2008, bol 15.03.2014 o 13:20 hod. v sprievode matky ošetrový v ambulancii LSPP. Doma bol plačlivý, sťažoval sa na bolesti brucha, opakovane ho napínalo na vracanie (3x vracal). Hnačky nemal, lieky mu doma neboli podané žiadne.

Objektívny nález (podľa zdravotnej dokumentácie):

TT 38 °C, hydratácia dobrá, brucho palpačne s difúznou citlivosťou bez défense, ameningeálny, v hrdle bez angíny, v moči AC+, inak nález negatívny. Záver: črevná chrípka, dyspepsia. Terapia: Apaurin 0,5 ml i. m.

Po podaní ordinovanej liečby detskou sestrou začal byť pacient malátny a po postavení sa z ležadla spadol na podlahu ambulancie. Lekár poučil matku o ďalšej liečbe (podávanie kolového nápoja) a poslal pacienta domov. Vzhľadom na výraznú malátnosť dieťaťa sa matka vrátila z parkoviska do ambulancie a lekár vypísal sprievodný lístok na chirurgické vyšetrenie do spádovej nemocnice.

Pri vyšetrení v chirurgickej ambulancii bol pacient výrazne pod vplyvom sedatíva, čo znemožnilo stanovenie jednoznačného diagnostického záveru. Pacient bol poslaný na pediatrické oddelenie na ďalšiu observáciu a diferenciálnu diagnostiku.

Nález pri prijatí na JIS pediatrického oddelenia: Spavosť, reakcia len na algické podnety, koža výrazne mramorovaná, lôžka nechťov cyanotické, prítomná periorálna cyanóza, TT 37,2 °C, TK 118/77 mmHg, P 148/min., dychová frekvencia 40/min., dýchanie vezikulárne. Brucho nad niveau hrudníka, meteoristické, voľne priehmatné, peristaltika slabšie počuteľná. Hepar, lien nehmatné. Laboratórne parametre poukazovali na septický stav, podaná bola 1. dávka parenterálnej ATB liečby. Ordinované bolo USG vyšetrenie brucha a RTG vyšetrenie hrudníka a brucha.

Nálezy uvedených vyšetrení poukazovali na náhlu príhodu brušnú, preto bolo o 23:00 hod. indikované preloženie na chirurgické oddelenie. Po nevyhnutnej predoperačnej príprave bol pacient cca

o 00:30 hod. operovaný. Peroperačne bola diagnostikovaná nekróza tenkého čreva spôsobená stranguláciou ciev mezenteria, v dôsledku čoho musela byť vykonaná resekcia nekrotického úseku tenkého čreva (cca 120 cm) s vytvorením črevnej anastomózy.

V ďalšom priebehu hospitalizácie boli monitorované vitálne funkcie, lokálny nález na bruchu, bilancia tekutín, výdaj moču cez permanentný močový katéter. Po konzultácii s hematológom bola pacientovi podaná transfúzia krvi a následne čerstvá mrazená plazma.

Dňa 17.03.2014 bol vzhľadom na závažný stav po rozsiahlom operačnom výkone pacient preložený na vyššie pracovisko. Po krátkej hospitalizácii bol napokon dňa 19.03.2014 prepustený do domáceho ošetrovania, s odporúčením kontroly aj v gastroenterologickej ambulancii pre vzniknutý syndróm krátkeho čreva.

ZHODNOTENIE ÚRADOM

Podanie benzodiazepínového preparátu Apaurin 0,5 ml i. m. bolo pri bolesti brucha nejasného pôvodu neindikované.

ZÁVER

Uvedeným nedostatkom bol porušený § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 576/2004 Z. z.“), podľa ktorého je poskytovateľ zdravotnej starostlivosti povinný poskytovať zdravotnú starostlivosť správne (zdravotná starostlivosť je poskytnutá správne, ak sa vykonajú všetky zdravotné výkony na správne určenie choroby so zabezpečením včasnej a účinnej liečby s cieľom uzdravenia osoby alebo zlepšenia stavu pri zohľadnení súčasných poznatkov lekárskej vedy).

NEROZPOZNANÁ MENINGITÍDA

Podávateľka podnetu žiadala o preverenie postupu zdravotníckych pracovníkov pri podozrení na zanedbanie lekárskej starostlivosti, ktorá bola opakovane poskytovaná jej synovi na CPO. Dňa

22.04.2013 bol pacient odvezený kolegom z práce na pohotovosť pre silné bolesti hlavy. Po vyšetrení a podaní infúzie bol poslaný domov s tým, že má absolvovať v obvode neurologické, očné a rôzne iné vyšetrenia. Pretože sa mu stav zhoršoval a termín k neurológovi mu dali až o dva týždne, volala podávateľka podnetu na pohotovosť, čo má robiť. Pracovník na linke povedal, že má ísť znovu na CPO, tam mu musia urobiť neurologické vyšetrenie. 24.04.2013 bol autom odvezený na pohotovosť, kde mu už urobili neurologické vyšetrenie. Boli mu predpísané ďalšie lieky na domov. Doma užíval predpísané lieky, ale stav sa mu nezlepšoval, lieky nepomáhali. Stále ležal, bolesti hlavy neustupovali, nemohol sám chodiť, neudržal sa na nohách. 28.04.2013 sa mu stav tak zhoršil, že kričal od bolesti, rozprával nezmyselné slová, blúznil, nebolo mu rozumieť. Privolali ZZS. Lekár zo sanitky po jeho vyšetrení napísal do správy - podozrenie na zápal mozgových blán. Odviezli ho znovu na pohotovosť. Pacient už nemohol stáť na nohách, museli ho zobrať na vozíku. Mal všetky príznaky meningitídy a aj napriek tomuto stavu ho opäť poslali späť domov. Patričné vyšetrenie na podozrenie zápalu mozgových blán mu neurobili. Doma sa mu stav rapídne horšil. Bol dezorientovaný, kričal o pomoc. Preto znova volali ZZS, ktorá ho previezla do inej nemocnice, kde bol s diagnózou zápalu mozgových blán okamžite hospitalizovaný vo veľmi vážnom stave. Rodine bolo oznámené, že môže zomrieť, ostať v kóme alebo mať trvalé následky. Vzhľadom na uvedené podala podávateľka podnet.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

Pacient bol opakovane v dňoch 22., 24. a 28.04.2013 dovezený na CPO. Podľa osobnej anamnézy trpel migrénami so zrakovou aurou trvajúcou asi 1 hod., s následným rozvojom bolesti hlavy, ktorá mala pulzujúci charakter. Na migrénu trpel asi 5 rokov, s frekvenciou 1 až 2x ročne.

Prvé vyšetrenie na CPO bolo realizované dňa 22.04.2013. Lekárom CPO bola stanovená diagnóza esenciálnej hypertenzie. Subjektívne: Točenie hlavy od soboty, zimnica, teplotu si nemeral, bolesti hlavy frontálne, v čase vyšetrenia na ústupe po lbalgine, úraz negoval, intermitentne rozmazané videnie, bez tinnitu, bez iných ťažkostí, v minulosti mal údajne úraz ľavého oka. OA: negat., LA: negat., AA: na lieky negoval.

Objektívny nález: TK: 130/85 mmHg, P: 70/min. Pacient pri vedomí, orientovaný, bez dýchavice a cyanózy, anikterický, koža čistá, suchá. Hlava: inervácia správna, skléry biele, spojovky ružové, bez nystagmu, fotoreakcia správna, prítomná anizokória. DÚ: oropharynx pokojný, jazyk vlhký. Uši, nos bez výtoku. Krk: lymfatické uzliny nehmatné, štítna žľaza nehmatná, pulzácie karotíd hmatné. Dýchanie čisté. Cor: akcia pravidelná, ozvy ohraničené. Abdomen: mäkké, priehmatné, nebolestivé, bez rezistencie, hepar v oblúku, peristaltika prítomná. Tapott. bilat. negat. DK: bez opuchov, Homans negat., lýtka voľné, perif. pulzácie hmatné.

Indikované lab. vyšetrenia - biochémia: Na 133,0 mmol/l, ostatné vyhovujúce, hepatálne enzýmy, renálne parametre a glykémia v norme, CRP 0,92 mg/l, KO: parametre bez relevantných odchýlok.

Dg. záver: Vertigo

Podaná infúzna terapia: inf. FR 250 ml + 1 amp. MgSO₄ + 1 amp. Lucetam + 1 amp. Oxantil + 1 amp. Novalgin.

Realizované neurologické vyšetrenie: RA: Negatívna v zmysle neurologických ochorení. OA: Doteraz chronicky neliečený, nie je sledovaný špecialistom. Pracuje v chemickej firme, pred pol až rokom mal úraz ľavého oka - strekla mu chemikália do oka, sledovaný očným lekárom nebol, okuliare nenosí, nie je sledovaný pre glaukóm, nemá pocit, že by horšie videl, iba keď ho bolí hlava. V útorok od rána mal opakovane hnačky, poobede asi 10 - 15 minút videl rozmazané - nie v celom zornom poli, skôr len akoby vlnku, ktorá sa šírila zľava doprava, potom asi za hodinu pocítil silnú bolesť hlavy v čelovej oblasti bilat., nevie akého charakteru, musel zastaviť auto, ľahol si a zaspal, po hodine bola bolesť miernejšia, mohol šoférovať. Bez nauzey, vomitu, bez vertiga, bez foto-, fono-fóbie. Na druhý deň ráno mierna cefalea F bilat., s ústupom po lbalgine, podobná cefalea až v piatok večer. Celý víkend ho bolí hlava, bolesť sa presunula do záhlavia, popisuje ju ako intenzívnu, lbalgin nezaberá, bolí ho celý deň, spať v noci môže, budí sa však v noci na triašku, zimu, potenie. Sťažuje sa na pocit vertiga - nie rotačného, ale skôr občas v stojí, bez provokujúceho momentu, mierna neistota, zatvorí oči alebo si sadne a ťažkosti hneď ustúpia, bez tinnitu, nemal časté zápaly ucha. Včera asi na 10 min. trpela vonkajšia strana ľavej planty a na 1 min. ľavá dlaň, bez oslabenia, bez poruchy reči, prehĺtania. V minulosti mu už trpeli všetky končatiny, keď bol v šoku. Asi rok máva bolesti hlavy - frekvencia 1 - 2x ročne, frontálne bilat., menšej intenzity ako teraz,

bez vegetatívneho doprovodu, v úvode máva rozmazané videnie v trvaní 15 min. V sobotu mal pocit, že sa mu niečo „zacviklo“ v krku, bez obmedzenia hybnosti. Na CPO podaná inf. so zmiernením ťažkostí. Stresy znáša zle. AA: neg. Objektívne: pri vedomí, plne orientovaný, bez horných i dolných meningeálnych príznakov, reč správne artikulovaná, bez fatickej poruchy. HNN: anizokória, vľavo zrenica širšia ako vpravo, vľavo 3,5 mm, vpravo 2,5 mm, FR +/+, bez poruchy okulomotoriky, bez nystagmu, tvár inerv. symetr., jazyk v strede, uvula v strede, faryngeálne oblúky symetr., normálne sa dvíhajú pri fonácii, dávivý reflex symetr., Chvostek pozit. bilat. HK, DK: hybnosť neporušená, tonus symetr., ršo symetr., sila neporušená, bez py javov irit. a zánik., taxia i diadochokinéza správna. Brušné reflexy prítomné. Postoj: I, II, III v norme, bez titubácií, bez uchyľovania. Chôdza v norme v I, II, bez uchyľovania. Citlivosť neporušená.

CT mozgu so záverom: Bez ložiskových a expanzívnych zmien v intrakraniu.

Záver: Cefalea dif. dg. tenzná cefalea?, atypická migréna?, t. č. klinický obraz ani CT negatívny nález nepoukazujú na SAH. Susp. tetanický syndróm. Neurológ odporúčal kontrolu u obvodného neurológa, cestou ktorého doplniť EMG na tetaniu, vyšetrenie ionogramu, MR mozgu, cestou neurológa alebo ORL doplniť posturografiou, tiež ORL a očné vyšetrenie. V prípade zhoršenia stavu - dvojité videnie, oslabenie končatín, vracanie, zvýšená spavosť, dezorientácia, porucha reči... kontrola na CPO hneď, pacient poučený, rozumie.

Po vyšetrení bol pacient prepustený do ambulantnej starostlivosti s odporúčaním: Doma šetriaci režim, zvýšený príjem tekutín, pri teplote Panadol, kontrola obvodným lekárom, pri zhoršení stavu kontrola ihneď, pacient poučený.

Následne bol pacient opätovne vyšetrený na CPO o 2 dni (dňa 24.04.2013). Anamnestické údaje: Pacient máva migrény možno 5 rokov, frekvencia 1 - 2x týždenne, aura zraková - rozvlnenie a zahmlievanie charakteru vlniek šíriacich sa zľava doprava, po aure asi o hodinu rozvoj bolesti hlavy s frontálnym maximom, nevracal, nauzea áno, foto- a fono-fóbia, zhoršenie fyzickou aktivitou, vyhľadáva pokoj. Zvykol užívať lbalgin. Teraz, minulý týždeň, zase migréna, nedostatočný efekt lbalginu. V piatok otočil krkom, pocítil náhle prudkú bolesť, ktorá vyžaruje inak ako

migréna - lokalizuje vľavo frontoparietálne, subj. krk nedominuje. 22.04.2013 ošetrený tu na CPO - vtedy realizované aj CT mozgu s normálnym nálezom, v biochémii hraničné nižšie Na, ostatné parametre vrátane CRP v norme, KO v norme. Bolesť mu nezaberá na Ibalgin, aj keď ich zjedol dva, meral si teplotu, nemal ju zvýšenú. Chcel ísť k neurológovi, termín je o dva týždne, preto prišiel na CPO. LA: nelieči sa na žiadne chronické ochorenie. AA: na oriešky, na lieky nie. Objektívne: pri vedomí, plne orientovaný, šija voľná, neoponuje, Kernig negat. HNN: izokoria, fotoreakcia promptná, bilat., bulby v strednom postavení, doťahuje do strán bez diplopie a bez nystagmu, tvár symetrická, cerí symetricky, reč obsahovo v norme, jasne artikuluje, jazyk uložený, aj plazí v strede, far. obl. sym., fonujú správne, dávivý reflex živý, reflexy V - VII, IX - XII v norme. HK/DK: zánikové a iritačné pyramídové javy neprítomné, rrsó symetrické, živé, taxia prst - nos a päta - koleno správna, diadochokinéza rúk správna, bez motorického a bez senzitívneho deficitu, postoj a chôdza v norme. C chrbtica - blok v anteflexii strednej a dolnej, bolestivá retroflexia, bolesť vystrelí do ramena a do hlavy, vpravo, tiež obmedzená a bolestivá inklinácia doľava, inklinácia doprava relat. voľná, rotácie voľné.

Výsledky laboratórných vyšetrení: ionogram s hranične zníženou hodnotou Na (134,4 mmol/l), ostatné vyhovujúce, renálne parametre a glykémia v norme, CRP 0,41 mg/l, krvný obraz: monocyty 15,2 %, ostatné parametre bez relevantných odchýlok.

Diagnostický záver: cerviko-kraniálny syndróm l. sin., migréna bez aury. Podaná terapia: inf. FR 200 ml + 1 amp. Novalgin + 1 amp. 10 % MgSO₄ + 1 amp. Guajacuran + 1 amp. 1 % Mesocain i. v.

Po vyšetrení bol pacient prepustený do ambulantnej starostlivosti s odporúčaním navštíviť obvodného neurológa na kompletizáciu vyšetrení, tiež úpravu antimigrenózneho terapie, doplniť RTG C chrbtice s perspektívou fyzioterapie. Na domov predpis liekov Arthrotec forte 1-0-1 tbl., Dorsiflex 2 x 1 ev. 3 x 1 tbl.

O ďalšie 4 dni: Dňa 28.04.2013 pacient opakovane privezený na CPO. TO: Pacient privezený RZP - bolesť hlavy a susp. meningitída. Pacient výrazne nepokojný, údajne od soboty má bolesti hlavy v ľavej temporálnej oblasti, t. č. bez vertiga, občas pobolievanie žalúdka, bez nauzey, údajne mal doma aj zvýšenú teplotu, ale nevie koľko. Na CPO opakovane vyšetrený neurológom, naposledy 24.04.2013 s dg. CC sy. l. sin. a migréna bez aury. AA: alergia

na oriešky. LA: Dorsiflex, Arthrotec. OA: nelieči sa na žiadne ochorenie. Objektívny nález: TK 140/80 mmHg, P 86/min. reg. Pacient nepokojný, tenzný, hyperventiluje, AS pravidelná, ozvy zvučné, ohraňované, abdomen: mäkké, priehmatné, nebol., peristaltika +, DK bez edémov, orientačne neurologicky v norme. Indikované kontrolné laboratórne vyšetrenia a neurologické vyšetrenie - biochémia: hyponatriémia (131,4 mmol/l), K v norme, hepatálne enzýmy a renálne parametre v norme, glukóza: 6,1 mmol/l, CRP: 1,15 mg/l, KO: Leu 7,81 x 10⁹/l, Neu 79,0 %, Lym 10,5 %, Mono 10,1 %, ostatné vyhovujúce. Koagulácia - Quickov test: 67,2 %, INR: 1,24, APTT: 29,2 s, APTT ratio: 0,88, D-dimér kvant.: 0,57 mg/l.

CT vyšetrenie mozgu: V ZJ prítomné pohyb. artefakty, pacient nepokojný. Bez čerstvých ložiskových a expanzívnych zmien v intrakrániu, bez známok zakrvácania supra a infratentoriálne. KS a vonkajšie likvorové priestory sú primeranej šírky a konfigurácie. Bez presunu SČŠ. CC prechod voľný. PND a pyramídy primerane vyvinuté, vzdušné. CTA: Hypoplázia a. verterbalis l. dx. a A1 úsek ACA l. sin., ostatné artérie Willisovho okruhu sú primerane opacifikované, bez výpadov v kontrastnej náplni, bez zobrazenia aneuryzmy alebo patolog. vaskularizácie. Vo venóznej fáze bez prejavov trombózy venózných splavov. Záver CT: Bez jednoznačných patolog. zmien v intrakrániu v CT obraze.

Diagnostický záver: Esenciálna hypertenzia, iné poruchy medzistavcových platničiek.

Nález neurologického vyšetrenia: TO: Pacient má asi od soboty min. týždňa bolesti hlavy s maximom vľavo frontálne, približne rovnakej intenzity, bolesť skôr pulzujúca, aj s nauseou, dnes opakovane údajne vracal, skoro stále, ráno mal aj teplotu, nevie koľko, má stárpnutú ľavú nohu a ruku (ukazuje pravú), na CPO nevracal, bez teploty, robené odbery - hyponatriémia ako pri predchádzajúcich vyšetreniach, ľahko vyšší D-dimér, TK 140/80 mmHg, vyšetrený na CPO 22.04.2013, vtedy aj CT mozgu s normálnym nálezom, následne vyšetrený 24.04.2013 s podobným záverom - migréna + v. s. CC syndróm - už vtedy popisovaný vertebrogénny odpor šije bez pozitívity mening. javov. Na CPO podaná inf. FR + Novalgin + Apaurin, následne Almiral. Subjektívne: Po infúzii sa má podstatne lepšie, t. č. miernejšia bolesť hlavy F vpravo (predtým F vľavo, podľa záznamov z CPO T vľavo), bez poruchy zraku, sluchu, bez nauzey, bez bolesti C či LS chrbtice, bez oslabenia či típnutia končatín, bez poruchy reči, prehltania, má pocit vnútorného chvenia. Objektívny

neurologický nález: Pri vedomí, zvýšená tenzia, anxiózne ladený, nepokojný, pri vyšetrení stoná, ale vraj ho to nebolí, šija tuhšia, ale prítomný hlavne aktívny odpor, pri odpútaní pozornosti povolí, Brudzinski, Kernig, Lasseque negat., HNN: izo, FR++, bez poruchy okulomot., spont. nystagmu, V, VII, XII symetr., Chvostek++, HK/DK: sila, hybnosť, tonus, taxia, citlivosť v norme, globálne živšie reflexy, bez py symptomatiky, jemný symetrický tremor oboch HK akrálne, pri vertikalizácii bez ťažkostí. T. č. bez meningeálnej, ložiskovej, cerebelárnej, vestibulárnej symptomatiky, prítomné známky zvýšenej neuromuskulárnej dráždivosti a porušená statodynamika C chrčtice, prítomná aj nadstavba. CT mozgu bez SAH, krvácania, expanzie, ložiskových zmien, AG bez zobrazenia aneurizmy alebo patolog. vaskularizácie. Vo venóznej fáze bez prejavov trombózy venózných splavov. Laboratórne bez známok zápalu.

Stanovený neurologický diagnostický záver: Cefalea kombinovanej genézy - migrenózna + vertebrogénna, v. s. tetanický syndróm a susp. aj anxiózna porucha.

Odporúčanie: Z neurologickej stránky t. č. nevyžaduje akútnu intervenciu, ešte podať Magnesium sulph. 10 %, doma predpísané lieky ako doteraz + zakúpiť Magne B₆ tbl. (užívať 2 x 1), doriešiť hyponatriémiu (ktorá môže zhoršovať migrény), eleváciu D-diméra, doplniť psychiatrické vyšetrenie, neurologické vyšetrenie v obvode + ako bolo odporúčané pri predošlých vyšetreniach, pri akútnom zhoršení kontrola lekárom ihneď, pacient poučený.

Podaná infúzna terapia: FR 250 ml + 1 amp. Novalgin + ½ amp. Apaurin i. v. Po podaní infúzie bol pacient prepustený do domáceho ošetrovania.

Dňa 02.05.2013 bol pacient pre celkové zhoršenie stavu opätovne vyšetrený na inom CPO a okamžite hospitalizovaný na neurologickej klinike. Po prijatí boli pacientovi bezodkladne realizované CT a aj CT-AG vyšetrenie a odobraný likvor. Vzhľadom na zistené výsledky bol pacient ešte v ten istý deň preložený na JIS Kliniky infektológie a geografickej medicíny, kde bol hospitalizovaný od 02.05.2013 do 03.06.2013. Po opätovnom negatívnom CT mozgu bolo zrealizované likvorologické vyšetrenie s patologickým nálezom lymfocytárnej pleiocytózy a hyperproteinorachie poukazujúcej na „aseptický“ zápal v CNS. Pri prijatí afebrilný, nízke parametre zápalu, pretrváva kvalitatívna i kvantitatívna porucha vedomia a výrazná meningeálna symptomatológia. Zohľadňujúc

klinický stav a likvorologický nález začali ihneď po prijatí iniciálne s parenterálnou liečbou acyklovirom v kombinácii s ATB terapiou (ampicilín). Likvor odoslaný na kultiváciu, ako aj sérologické vyšetrenie - PCR metódou herpetické vírusy nedokázali, intrathekálnu tvorbu protilátok nebolo možné technicky vyšetriť. Počas hospitalizácie ďalšia progresia poruchy vedomia, zintenzívnená antiedematózna terapia, pre nález ľavostrannej bronchopneumónie (v. s. aspiračnej pri poruche vedomia) do liečby pridávaný Cefotaxim, neskôr perorálny Augmentin. Doplnené MRI vyšetrenie mozgu bez ložiskových (hemoragicko-nekrotických) či iných expanzívnych zmien, etiológia meningoencefalitídy napriek rozsiahlym sérologickým vyšetreniam ostáva neobjasnená. Kontrolné likvorologické vyšetrenie po 13 dňoch liečby len s miernym poklesom bielkovín, opätovné vyšetrenia likvoru etiologiu ochorenia neobjasnili (boli negatívne).

Postupne sa pacient preberá k vedomiu, spolupracuje, začiatok rehabilitácie. Stav komplikovaný rozvojom polyúrie s hyponatriémiou a vysokými odpadmi sodíka močom - stav hodnotený ako syndróm centrálnej straty soli (CSWS) – pri základnom ochorení. V spolupráci s endokrinológom do liečby pridaný desmopresín a fludrokortizón, nahrádzané straty soli a tekutín. Hospitalizácia ďalej komplikovaná vznikom akútnej femoro-popliteálnej flebotrombózy vpravo (pri úvodnej paraparéze dolných končatín), zintenzívnená antikoagulačná liečba nízkomolekulárnym heparínom, podávané antikoagulačné dávky. Kontrolné duplexné vyšetrenie vykazovalo kompletnú rekanalizáciu v popliteálnej oblasti a čiastočnú vo femorálnej oblasti. Pacient aktívne rehabilitoval (posadil sa sám na lôžku, postavil sa s pomocou, zatiaľ nechodil). Pre retenciu ponechaný PMK. Dňa 03.06.2013 pacient v stabilizovanom stave preložený z JIS na oddelenie. Dňa 18.06.2013 bol pacient z dôvodu pokračovania v liečbe a rehabilitácii, v stabilizovanom stave, afebrilný, preložený na oddelenie dlhodobého chorých.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

Pacient bol pred prijatím na neurologickú kliniku a následne na Kliniky infektológie a geografickej medicíny dňa 02.05.2013 3x vyšetrený a liečený na CPO. Pri všetkých vyšetreniach boli hodnotené bolesti hlavy ako možná migrenózna cefalea, tenzná bolesť hlavy, vertebrogéna bolesť hlavy (cerviko-kraniálny syndróm), boli vykonané laboratórne vyšetrenia pri každom vyšetrení, aj CT mozgu, 1x aj CT-

AG. Už pri prvom vyšetrení (22.04.2013) bol údaj lekárky CPO o zimnici, teplotu si nemeral, aj neurologička pri vyšetrení v tento deň uviedla: „...budí sa v noci na triašku, zimu, potenie...“

Pri vyšetrení dňa 28.04.2013 lekárkou CPO uvádzané „...pacient privezený RZP - bolesť hlavy a susp. meningitída, pacient výrazne nepokojný, údajne od soboty má bolesti hlavy v ľavej temporálnej oblasti, bez vertiga, občas pobolievanie žalúdka, bez nauzey, údajne mal doma aj zvýšenú teplotu, ale nevie koľko...“ Neurológ konštatoval: „Pacient má od soboty min. týždňa bolesti hlavy s maximom vľavo frontálne, približne rovnakej intenzity, skôr pulzujúca, aj s nauzeou, opakovane údajne vracal dnes, skoro stále, ráno mal aj teplotu, nevie koľko, na CPO nevracal, bez teploty, pri vyšetrení nepokojný, stoná, šija tuhšia, ale prítomný hlavne aktívny odpor...“

ZHODNOTENIE ÚRADOM

Diagnóza vírusovej meningoencefalitídy nemusí byť na začiatku ochorenia zjavná, najmä ak nie sú prítomné meningeálne príznaky a horúčka. Dňa 02.05.2013 boli už príznaky ochorenia jednoznačné a viedli k promptnému stanoveniu pracovnej diagnózy neuroinfekcie. Pri opakovaných návštevách CPO však mala byť starostlivejšie zvážená potreba hospitalizácie, najmä ak odovzdávajúci lekár ZZS vyslovil dňa 28.04.2013 podozrenie na neuroinfekciu. V takomto prípade bolo potrebné vykonať lumbálnu punkciu a včasná hospitalizácia a liečba by nepochybne viedli k miernejšiemu priebehu ochorenia a kratšej hospitalizácii.

Pacient bol v krátkom časovom období 3x vyšetrený na CPO pre bolesť hlavy. Temer identicky bola bolesť hlavy hodnotená ako migrenózna, eventuálne vertebrogénna. U pacienta boli od prvej návštevy popisované: zimnica, teplota, triaška, potenie.

Aj keď pri prvých 2 vyšetreniach (v priebehu 2 dní) nemusela byť prítomná indícia pre inú etiológiu ako už uvádzanú, pri 3. vyšetrení dňa 28.04.2013 bol uvedený údaj, že pacient bol privezený RZP pre bolesti hlavy a susp. meningitídu, bol výrazne nepokojný. Ťažkosti sa od prvého vyšetrenia dňa 22.04.2013 opakovali so stúpajúcou intenzitou a keď nebola zaznamenaná anatomická relevantná patológia, ktorá by vysvetľovala klinické ťažkosti pacienta, bolo

potrebné pacienta pozorovať na neurologickom oddelení a zároveň pátrať po inej diagnóze v rámci diferenciálnej diagnostiky.

Mala byť zvažovaná aj možnosť neuroinfekcie, pri ktorej môžu byť zápalové laboratórne parametre negatívne. Pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti došlo k pochybeniu dňa 28.04.2013 na CPO pri neurologickom vyšetrení. Pacient bol privezený opakovane na CPO, so stupňujúcimi sa subj. ťažkosťami a s podozrením na meningoencefalitídu. Pochybením pri vyšetrení dňa 28.04.2013 bolo, že lekár sa uspokojil s negatívnym CT-AG nálezom a nezamyslel sa nad opakujúcim a zhoršujúcim sa klinickým nálezom bolesti hlavy.

U pacienta mala byť starostlivejšie zvážená potreba jeho urgentnej hospitalizácie a skôr vykonaná lumbálna punkcia, teda najneskôr pri treťom neurologickom vyšetrení v priebehu niekoľkých dní. Takýto postup by pravdepodobne viedol k miernejšiemu priebehu ochorenia a kratšej hospitalizácii s možnosťou predísť komplikáciám. Zdravotná starostlivosť nebola zo strany poskytovateľa zdravotnej starostlivosti poskytnutá lege artis. Podnet bol vyhodnotený ako opodstatnený.

ZÁVER

Výkonom dohľadu úrad zistil porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z., zdravotná starostlivosť nebola poskytnutá správne.

NÁSLEDKY NESKOREJ DIAGNOSTIKY EXTRAUTERINNEJ GRAVIDITY

Úradu bol doručený podnet, v ktorom podávateľka žiadala o preverenie správnosti zdravotnej starostlivosti poskytnutej jej osobe v gynekologickej ambulancii poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. U pacientky sa po zavedení vnútromaternicového telieska objavili ťažkosti v zmysle nepravidelného krvácania. Aj napriek poučeniu ošetrojúcim gynekológom, že ide o vedľajší účinok zavedeného telieska, bolo pacientke na jej vlastnú žiadosť teliesko vybraté. Dané ťažkosti však aj naďalej pretrvávali a z dôvodu zhoršenia stavu bola pacientka následne prijatá na gynekologicko-pôrodnú kliniku, kde sa z dôvodu prasknutia pravého vajčíkovodu a krvácania do brušnej

dutiny podrobila urgentnému operačnému výkonu, pri ktorom bola potvrdená extrauterinná gravidita.

Podávateľka namietala, že diagnostické postupy v gynekologickej ambulancii neboli realizované v adekvátnom rozsahu, v dôsledku čoho jej nebol zistený nález extrauterinnej gravidity a došlo ku život ohrozujúcim komplikáciám.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

Pacientka dňa 30.06.2014 navštívila gynekologickú ambulanciu z dôvodu vlastnej žiadosti o naloženie intrauterinného telieska (ďalej len „IUD“). Výkon prebehol štandardným spôsobom bez komplikácií. Kontrolným ultrasonografickým vyšetrením po výkone bola potvrdená správna poloha intrauterinného telieska. Pacientka bola poučená o možnosti výskytu nepravidelného krvácania ako vedľajšieho účinku naloženia telieska, s odporúčaním kontrolného gynekologického vyšetrenia po nasledujúcej menštruácii.

V rámci kontrolného gynekologického vyšetrenia pacientka navštívila gynekologickú ambulanciu až o 3 mesiace (dňa 30.09.2014) s udávaním nepravidelného slabého krvácania. Bolo vykonané vyšetrenie v pošvových zrkadlách, cytologický odber steru z krčka maternice, palpačné vaginálne vyšetrenie a transvaginálne ultrazvukové vyšetrenie, nález všetkých vyšetrení bol v norme. Pacientka bola opätovne poučená o výskyte nepravidelného krvácania ako jednej z najčastejšie sa vyskytujúcej komplikácie pri IUD, s odporúčaním ďalšej gynekologickej kontroly a vykonania extrakcie IUD pri pretrvávaní krvácania.

Pacientka znovu navštívila gynekologickú ambulanciu dňa 20.10.2014. Stav pacientky bol klinicky nezmenený - subjektívne udávala proťahované nepravidelné slabé krvácanie, bez bolestí, so žiadosťou o vybratie IUD. Pacientke bola následne vykonaná extrakcia IUD, ktorá prebehla štandardne, bez komplikácií. Kontrolné gynekologické vyšetrenia po výkone však neboli u pacientky vykonané. Pacientke bola gynekologická kontrola iba odporúčaná.

Na odporúčané kontrolné gynekologické vyšetrenie sa pacientka nedostavila.

Z dôvodu prudkých bolestí v podbruší bola pacientka v prekolapsovom stave dňa 02.11.2014 privezená RZP na gynekologicko-pôrodnú kliniku. U pacientky boli vykonané: odobratie anamnestických údajov (posledná menštruácia 14.09.2014, IUD od 30.06.2014, extrakcia IUD pre intermitentné krvácanie 20.10.2014), objektívne vyšetrenie (nález: TK 90/60 mmHg, pulzová frekvencia 60/min., afebrilná, antalgická poloha v predklone, brucho citlivé, bolestivé, peritoneálne), laboratórne vyšetrenia (nález: anémia, zvýšená hladina HCG - 1802,8), gynekologické vyšetrenie (nález: uterus palpačne citlivý, bolestivý, v pošve hnedý fluor s minimálnym spottingom, portio cylindrické, bránka štrbina, adnexá vpravo hmatné, malé ovárium, vľavo výraznejšia citlivosť, adnexá vľavo pre citlivosť nepriehmatné, parametriá voľné, Douglasov priestor citlivý, mierne vyklenutý), transvaginálne ultrasonografické vyšetrenie (nález: uterus normálnej veľkosti a štruktúry, myometrium bez patologického nálezu, ovarium I. dx. s malými folikulmi, prítomná nehomogénna bizarná rezistencia veľkosti 106 x 58 x 57 mm s anechogénnym ložiskom veľkosti 12 x 15 mm, v cavum Douglasi aj pred uterom pomerne veľa tekutiny hypoechogénneho charakteru, susp. haemascos).

Vzhľadom na anemický syndróm, pozitivitu HCG a zhoršovanie klinického stavu pacientky bola stanovená diagnóza: Susp. graviditas extrauterina tubaria rupta cum haemoperitonei, s následným indikovaním operačného výkonu v celkovej anestézii - salpingectomy I. dx. laparatomica s odobratím vzorky na histologické vyšetrenie, ktorým bola potvrdená extrauterinná tubárna gravidita vpravo. Operačný výkon bol vykonaný štandardným spôsobom a spolu s pooperačným obdobím prebehli bez komplikácií. Následne na 4. pooperačný deň (06.11.2014) bola pacientka v klinicky stabilizovanom stave prepustená do domácej starostlivosti. Dňa 26.11.2014 bola dispenzárna starostlivosť o pacientku v gynekologickej ambulancii ukončená.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

Podrobnou analýzou celého prípadu úrad dospel k záveru, že zdravotná starostlivosť poskytnutá pacientke v gynekologickej ambulancii nebola poskytnutá správne pri diagnostickom procese.

V posudzovanom prípade úrad vyhodnotil ako nesprávny postup, že pri extrakcii intrauterinného telieska v gynekologickej ambulancii dňa 20.10.2014 neboli u pacientky vykonané kontrolné gynekologické

vyšetrenia (vyšetrenie v pošvových zrkadlách, palpačné vaginálne vyšetrenie, transvaginálne ultrasonografické vyšetrenie, laboratórne vyšetrenia, vrátane stanovenia hladiny HCG).

Vzhľadom na klinický stav pacientky - pretrvávajúce krvácanie, ktorý bol zdokladovaný aj v zdravotnej dokumentácii, boli dané vyšetrenia plne indikované a mali byť v rámci gynekologickej prehliadky jednoznačne indikované a realizované.

Pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientke v gynekologickej ambulancii došlo k pochybeniu zo strany ošetrojúceho gynekológa v tom, že v čase extrakcie intrauterinného telieska neboli v rámci diferenciálno-diagnostického algoritmu zvážené aj iné príčiny proťahovaného krvácania. Jednou z možných príčin proťahovaného krvácania je aj extrauterinná gravidita, ktorá bola v prípade pacientky neskôr potvrdená. Graviditu možno vylúčiť, resp. potvrdiť jednoduchým testom z moču alebo odobratím vzorky krvi na stanovenie hladiny HCG. Ani jedno z uvedených vyšetrení však nebolo v gynekologickej ambulancii v prípade pacientky zrealizované.

Vzhľadom na údaj o poslednej menštruácii (14.09.2014) bola pacientka v čase vykonania extrakcie IUD už v 5. gestačnom týždni extrauterinnej gravidity.

V čase pretrvávajúceho krvácania u pacientky, s odstupom 5 týždňov od posledného pravidelného menštruačného cyklu, malo byť v rámci gynekologickej kontroly dňa 20.10.2014 realizované stanovenie hladiny HCG v krvi pacientky.

Vyšetrenie HCG a následné zistenie jeho zvýšenej koncentrácie v krvi by urýchlilo stanovenie včasnej diagnózy extrauterinnej gravidity u pacientky, čím by sa predišlo ruptúre vajíčkovo-vodného s krvácaním do brušnej dutiny, ktorý je závažným a život ohrozujúcim stavom.

ZHRNUTIE ÚRADOM

V prípade positivity HCG mal byť u pacientky následne zvolený expektačný diagnostický postup s kontrolou hladiny HCG v časovom odstupe 2 dni spolu s kontrolným ultrasonografickým vyšetrením so zameraním sa na USG markery extrauterinnej gravidity (prázdna dutina maternice, nešpecifický adnexálny tumor, prítomnosť voľnej tekutiny).

V prípade potvrdenia podozrenia na ektopickú graviditu mala byť u pacientky okamžite indikovaná diagnostická laparoscopia/laparotómia, s následným výkonom podľa rozsahu nálezů. Daný diagnostický postup bol však zrealizovaný až pri prijatí pacientky na gynekologicko-pôrodnickú kliniku.

ZÁVER

Výkonom dohľadu úrad zistil pochybenie v diagnostických a liečebných postupoch pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientke, porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.

NEROZPOZNANÁ ZLOMENINA KRČKA STEHENNEJ KOSTI

Podnet podala dcéra pacientky, ktorá žiadala o prešetrenie poskytovania zdravotnej starostlivosti jej matke v psychiatrickej nemocnici na gerontopsychiatrickej klinike.

Pacientka bola hospitalizovaná od 14.11.2014 do 24.11.2014 pre nastavenie správnej liečby kvôli demencii pri M. Alzheimer. Dôvodom podania podnetu bolo neriešenie úrazu - zlomeniny krčka stehennej kosti, ktorý sa jej stal počas obdobia hospitalizácie na tejto klinike, kde dňa 18.11.2014 údajne prvýkrát spadla a veľmi sa doudierala. Doudieraná končatina podľa tvrdenia dcéry nebola nijako zvlášť ošetrovaná a ošetrovaná, modriny mala po celej nohe. RTG snímky údajne zlomeninu vtedy nepreukázali, diagnostikovala sa koxartróza I. a II. stupňa. Odo dňa 18.11.2014 mala pacientka ukrutné bolesti ľavej dolnej končatiny. Ošetrojúci personál aj ošetrojúca lekárka to pripisovali jej demencii a psychickému stavu. Zo dňa na deň upadala pacientka do ťažkého šoku, bránila sa akejkoľvek manipulácii s ňou, keď ju personál pretáčal, obliekal, prekladal do kresla či vozíka – so zlomeninou, od ukrutnej bolesti kričala o pomoc. Dcéra pacientky sa pýtala ošetrojúcej lekárky i sluzbukonajúcich sestier, či dostáva mama niečo od bolesti. Ako jej bolo povedané, do 21.11.2014 nedostávala žiadne injekcie, žiadne infúzie, lieky neprehľadala, lebo mala problém s prehltaním. Až dňa 22.11.2014 a 23.11.2014 začali matke kvôli dehydratácii podávať infúzie. Podľa prepúšťacej správy mala dostávať len Novalgin tablety

2x denne. Druhý pád, pri ktorom si zlomila krčok stehennej kosti, nebol personálom zaznamenaný, nebol hlásený a pravdepodobne k nemu došlo ešte dňa 18.11.2014, odkedy matka prežívala neľudské bolesti a utrpenie. Až dňa 24.11.2014, teda sedem dní po zlomenine, zistili na uvedenej klinike, že manipulujú s pacientkou, ktorá nekričí preto, že je dementná, ale preto, že má sedem dní neošetrenú zlomeninu, a preto má neskutočné bolesti. Dňa 24.11.2014 telefonicky oznámila ošetrujúca lekárka, že im je ľúto, ale že mama zistili zlomeninu krčka stehennej kosti, že ju posielajú na chirurgické oddelenie a budú ju musieť operovať.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

Pacientka bola hospitalizovaná na gerontopsychiatrickej klinike (ďalej len „GPK“) odo dňa 14.11.2014 - pokojná, vysadená na vozíku, orientácia a obsahy myslenia nevyšetriteľné, verbálny kontakt nadviazateľný, málo valídny, reč ťažko zrozumiteľná, nálada imponuje bezradno-anxiózne, prítomná prchavá lakrimozita. Anamnesticky prvky negativizmu - odmietanie stravy a tekutín. Psychický stav in observa.

V priebehu dňa bola pacientka nepokojná, hlasno vokalizovala, lakrimózna, úzkostno-bezradná, neodkloniteľná, neusmriteľná. Pacientka bola negativistická, odmietala stravu, tekutiny, lieky. V terapii v úvode nasadený sertralín, na GPK bol do liečby pridaný Tiaprid 175 mg pro die, v komedikácii s hydroxyzínom. Vzhľadom k nejasnej dĺžke užívania bromazepamu bol naďalej ponechaný v terapii pre riziko rozvoja abstinenčného syndrómu, bol pozvoľne redukovaný. Objektívnym pozorovaním v klinickom obraze dominoval obraz dementného syndrómu ťažkého stupňa s úplnou stratou autonómie, s apraxiou, prosopagnóziou, zlyhávaním v ADL. Vzhľadom na uvedené, nebola u pacientky opätovne nasadená kognitívna terapia.

Z dôvodu nepokoja pacientky boli do liečby pridané malé dávky tiapridu a piracetamu. Vzhľadom na postoj dcéry k medikácii ako takej, pridali lekári do liečby tiaprid.

V nasledujúcich dňoch bola pacientka nepokojná, pri snahe o kŕmenie, hydratáciu, pri realizovaní laboratórnych odberov, ošetrovateľskej starostlivosti brachiálne heteroagresívna, neusmriteľná. Strava bola pacientke podávaná asistovane, lieky

drvené. Naďalej bola realizovaná komplexná ošetrovateľská starostlivosť. Stav však naďalej osciloval. Somnia po zmene liečby nerušená, bez delirantných stavov. Pacientka naďalej nepokojná, preto bola zvýšená dávka hydroxyzínu.

S dcérou pacientky bol opakovane vedený rozhovor ohľadom aktuálneho zdravotného stavu a nepriaznivej prognózy. Dcéra pacientky len minimálne reflektovala závažnosť psychiatrickej diagnózy, ako aj onkologických komorbidít.

Pre hyporhexiu až anorexiu bol do terapie pridaný cyproheptadín (Peritol). Pre hypokaliémiu bola začatá substitučná liečba (Kaldyum) per os.

18.11.2014 - 5. deň hospitalizácie bola realizovaná hygienická starostlivosť počas dňa. Naďalej prebiehala aktívna hydratácia per os. Pri rannej vizite pacientka sedela v kresle, prchavo lakrimózna, odkloniteľná vonkajšími stimulmi, verbálny kontakt bol nadviazateľný. Stav pacientky poukazoval na ťažký stupeň zmiešanej formy Alzheimerovej demencie s poruchami správania, prítomný nepokoj, pokles nálady s úzkostným ladením. Somnia po úprave terapie zlepšená, nerušená, bez delirantných stavov. Naďalej však pretrvávala zmätenosť a nepokoj. Pacientka observovaná.

Pacientka po obede spadla na gluteálnu oblasť. Podľa záznamu si nič viac neodrela. Na úraz si pamätala, nevracala. Zmerané boli vitálne funkcie, TK 110/65 mmHg, AS 70/min. Pacientka bola plačlivá.

Úraz bol zaznamenaný ošetrovateľom, následne bola pacientka vyšetrená. Subjektívne: nič... nevie. Objektívne: Bola pri vedomí, prchavo lakrimózna, oblasť gluteí bez hematómu, bez exkoriácie, palpačne nebolestivá, DK - pasívna a aktívna hybnosť zachovaná, bez extrarotácie, bez skrátania. Sed stabilný. Bez cefaley, bez nauzey, bez vomitu. Záver: St. p. páde s úrazom sedacej oblasti.

Dňa 19.11.2014 bola pacientka pri rannej toalete ubolená, bolestivo reagovala pri manipulácii s ľavou dolnou končatinou. Privolaný službukonajúci lekár. Objektívne: Koža v oblasti ľavej coxy bez hematómu, bez exkoriácie, ĽDK sa zdala o čosi skrátaná, DK bez extrarotácie, pasívna a aktívna hybnosť v ĽDK bolestivá, PDK bpn. Záver: Susp. fractura colli femoris I. sin. Ordinované RTG ľavej coxy, ktoré bolo následne realizované so záverom posttraumatická koxartróza ľavého bedrového kĺbu III. st., bez čerstvých traumatických zmien skeletu. Počas obeda bola pacientka vysadená v polohovacom

kresle. Bola plačlivá, postonávala, reagovala bolestivo pri manipulácii s ĽDK. Obed odmietla, stravu vyplúvala. Podaný bol Apaurin 1 amp. i. m. V poobedňajších hodinách prišla na návštevu dcéra pacientky, ktorá sa informovala o zdravotnom stave matky. Ošetrujúcou lekárkou bola informovaná o realizovanom RTG ľavej coxy pre podozrenie na fraktúru s negatívnym výsledkom.

Dňa 20.11.2014 bola pacientka ráno plačlivá, ubolená, vyplúvala lieky aj stravu napriek kŕmeniu a hydratácii. Podaný bol Apaurin 1 amp. i. m. Do liečby bol pridaný Novalgin 2x denne 1 tbl. V priebehu dňa pacientka pospávala v kresle, bola prebuditeľná, nespupracovala, apatická. Pri manipulácii plakala, kričala. Doordinovaný bol Tiapridal ½ amp. pri odmietaní liekov.

Dňa 21.11.2014 u pacientky realizovaná ranná toaleta, vysadená do kresla. Prebehlo somatické vyšetrenie so zhodnotením celkového stavu pacientky so záverom anémia mierneho stupňa v. s. pri základných onkologických diagnózach, hypokaliémia, susp. uroinfekt.

Dňa 22.11.2014 pacientka striedavo kričala, aj keď sa s ňou nemanipulovalo, pri odklonení pozornosti bola možná aj hlbšia palpácia brucha bez vokalizácie bolesti či bolestivej grimasy; stav osciloval - chvíľami bola pacientka pokojná, odpovedala na otázky – „Som Anna, nebolí ma nič, všade ma bolí.“ Pacientka bola normotenzná, akcia srdca pravidelná, afebrilná, ameningeálna, kariézny chrup, slabá hydratácia, dýchanie čisté, bez VDF, dýchacia vlna išla symetricky k inguinam, brucho bolo palpačne nebolestivé, peristaltika bola auskultačne prítomná, tapotement bilat. negat., DK bez edémov. Na základe zhodnotenia klinického stavu a pre zhoršeny per os príjem bola začatá i. v. rehydratácia. Ordinované bolo jednorazovo podat' Tiaprid 1 amp. i. m., zaviesť permanentný katéter.

Dňa 23.11.2014 bola pri vizite pacientka kardiopulmonálne kompenzovaná. Pre zistený uroinfekt bola začatá empiricky antibiotická liečba Ciprinolom 200 mg/12 hod. Vzhľadom na obmedzenú možnosť alimentácie, hydratácie a per os medikácie bola upravená infúzna liečba. V priebehu dňa bola pacientka vysadená v polohovacom kresle, popoludní uložená na lôžko, s bolesťami, pri len minimálnej manipulácii podľa zdravotnej dokumentácie veľmi kričala. Bola negativistická, odmietala sa stravovať, jedlo vyplúvala, nespupracovala, bránila sa. V popoludňajších hodinách bola agresívna, krik sa stále stupňoval,

stačilo, že videla personál stáť pri posteli, alebo na ňu niekto prehovoril. Pacientke bol podaný o 21:30 hod. Tiapridal 1 amp. i. m. Pacientka opakovane pri kontrolách v noci nespala, vykrikovala, plakala, nedala sa usmerniť. Podaný Apaurin 1 amp. i. m. bez efektu.

Dňa 24.11.2014 (12. deň hospitalizácie) pri vizite ošetrujúcou lekárkou pacientka popierala bolesti, kontakt bol celkovo nevalídny. Vyšetrená bola aj somaticky s nálezom extrarotovanej a skrátenej ľavej dolnej končatiny, aktívna hybnosť nemožná, pasívna bolestivá. Realizované RTG vyšetrenie ľavého bedrového kĺbu. Na snímke ľavého bedrového kĺbu a femuru sa zobrazuje subtrochanterická fraktúra metafýzy femuru s dislokáciou a skrátčením. Záver: Subtrochanterická fraktúra metafýzy femuru vľavo.

Následne bola telefonicky konzultovaná úrazová ambulancia, kde bolo realizované traumatologické konzílium. Po vyšetrení bola pacientka hospitalizovaná na traumatologickej klinike. Po nevyhnutnej predoperačnej príprave z vitálnej indikácie v spinálnej anestéze bola ešte v ten deň vykonaná osteosyntéza per a subtrochanterickej zlomeniny horného konca ľavej stehennej kosti intramedulárnym klincom (trochanterický klinec). Pooperačný priebeh bez komplikácií. Pacientka bola v stabilizovanom stave dňa 28.11.2014 preložená do liečebne.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

Podrobnou analýzou celého prípadu úrad dospel k záveru, že v posudzovanom prípade došlo k porušeniu štandardných diagnostických a terapeutických postupov. Zdravotná starostlivosť nebola počas hospitalizácie na gerontopsychiatrickej klinike poskytnutá správne, podľa štandardných medicínskych algoritmov dnešnej úrovne poznania, a teda nebola poskytnutá v súlade so zásadami lege artis.

Súčasťou poskytnutej zdravotnej dokumentácie boli dve RTG snímky v AP projekcii, zo dňa 24.11.2014 – na tejto snímke je na prvý pohľad zrejme zlomenina horného konca ľavej stehennej kosti v úrovni trochanterického masívu a pod jeho úrovňou per a subtrochanterická zlomenina stehennej kosti, pričom je zrejme dislokácia kostených fragmentov zlomeniny a typický posun proximálneho fragmentu zlomeniny do varozity.

Na RTG snímke zo dňa 19.11.2014 je napriek nízkej kvalite samotnej snímky zrejme zdvojená línia lomu kosti pod úrovňou trochanterického masívu smerujúca proximálne so zreteľným prerušením línie laterálnej kortikálnej kosti – teda subtrochanterická zlomenina horného konca ľavej stehennej kosti s minimálnym posunom kostných fragmentov.

ZHRNUTIE ÚRADOM

V posudzovanom prípade úrad pokladá za zásadnú chybu, že RTG vyšetrenie ľavého bedrového kĺbu bolo obmedzené len na predozadnú projekciu, základným štandardom pre diagnostiku zlomenín horného konca stehennej kosti je séria RTG snímok:

- prehľadná snímka panvy - s viditeľnými oboma bedrovými kĺbmi vrátane horných tretín stehenných kostí,
- samostatná snímka horného konca stehennej kosti suspektnej strany v predozadnej projekcii,
- samostatná snímka horného konca stehennej kosti v axiálnej projekcii, ktorá by zlomeninu horného konca ľavej stehennej kosti bezpečne už v tomto štádiu odhalila.

V tomto prípade je kľúčovou chybná interpretácia RTG nálezu zo dňa 19.11.2014, kde nebola rozpoznaná nedislokovaná zlomenina v subtrochanterickej oblasti horného konca ľavej stehennej kosti a nedostatočný rozsah RTG vyšetrenia – axiálna snímka centrovaná na ľavý horný koniec stehennej kosti by zlomeninu bezpečne odhalila. V ďalšom slede je priebeh typický – vzhľadom na primárnu nestabilitu zlomeniny po zaťažení končatiny proximálny fragment sklízne do varozity, zlomenina sa dislokuje a objavia sa všetky typické klinické príznaky zlomeniny horného konca stehennej kosti – tzv. alfa postavenie (skrútenie dolnej končatiny, extrarotácia v bedrovom kĺbe so semiflexiou v kolene), bolesti pri pokuse o pohyb v bedre, nemožnosť zaťaženia – respektíve nulová aktívna pohyblivosť, čo bolo zdokumentované až 24.11.2014, s odstupom 5 dní od prvotného RTG vyšetrenia, respektíve 6 dní od úrazu.

ZÁVER

Výkonom dohľadu úrad zistil pochybenie v diagnostických a liečebných postupoch pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.

MANAŽMENT ÚRAZOVÉHO STAVU U WARFARINIZOVANÉHO PACIENTA

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

Anamnéza: Pacient dňa 18.10.2014 zakopol a spadol, narazil si pravé koleno, pacient bol na Fraxiparine niekoľko dní, predtým užíval Warfarin, mal plánovanú katetrizáciu srdca (20.10.2014) - výkon bol preobjednaný na 21.11.2014 kvôli úrazu. Pacient bol prijatý na chirurgicko-traumatologické oddelenie 21.10.2014.

Objektívne vyšetrenie: Mohutný tuhý opuch a hematóm celého stehna, maximum v oblasti strednej a distálnej tretiny a mediálnej strany kolena, palpačne prítomná fluktuácia, hematóm čiastočne zasahuje na proximálne predkolenie, končatina bez NC porúch.

Vyšetrenia: TK: 130/80 torr, P: 84/min., KO: Hb 118g/l, Er 3,25, Le 14,09, HTK 0,34, Tr 189, Quick 78 %, INR 1,1, APTT 1,53, Fib 4,7. USG vyšetrenie o 15:10 hod.: Hematóm mediálnej strany stehna, časť tekutá s hladinkou, v distálnej a mediálnej časti koagulované časti v rozsahu 10,0 x 5,0 a 15,0 x 7,0 cm. Pod USG kontrolou aspirácia tekutej časti v objeme 400 ml tekutej krvi, nekoagulujúcej. Interné vyšetrenie, záver: KP komp., sínusová tachykardia. Odporúčené: podať 50 mg Egilok p. o., 500 ml FR i. v., kontrola TK, P, tlak držať do 110/70 mmHg, prevencia TECH. Terapia: observácia, Fraxiparine 0,8 ml s. c., analgetiká, lok. ľad, Pamba, Dicynone, Kanavit, Egilok, infúzie, 2x TRF erymasy, 1x ČMP, Plasmalyte, adrenalín, hydrokortizón. Plánovaná bola incízia v celkovej anestézii.

Dňa 22.10.2014 o 08:40 hod. kontrola KO, pokles Hb na 80 g/l, podaná transfúzna liečba, ďalej TK: 110/70 mmHg, P: 76/min. V ten istý večer (22.10.2014 o 21:00 hod.) sa pacient cítil zle, cítil závraty, akoby mal kolabovať, meraný TK: 90/50 mmHg, P: 76/min. Službukonajúci lekár ordinoval infúziu Plazmalyte 500 ml + 1 amp.

Dicynone + 1 amp. Pamba + 1 amp. Kanavit, odobratý kontrolný KO, objednával 2x erymasu. Výsledok tohto kontrolného KO: Le 26,6, Er 2,38, Hb 8,0, HTK 0,22, Tr 150. O 22:15 hod. sa pacient podľa záznamov z chorobopisu po infúzii Plazmalyte cítil lepšie, TK: 110/70 mmHg, P: 74/min.

Dňa 23.10.2014 o 05:00 hod. podaný ďalší Plazmalyte 500 ml, TK: 90/70 mmHg, P: 74/min. Odobratý o 05:00 hod. kontrolný KO, ktorého výsledok bol k dispozícii o 07:00 hod. s hodnotami: Le 26,0, Er 1,81, Hb 6,2, HTK 0,17, Tr 145. O 07:20 hod. pacient bol bledý, spotený, podľa záznamov sestry pulz a TK nemerateľné, o 07:20 hod. volaný izbový lekár, ktorý okamžite privolať lekára OAIM, pacient urgentne prevezený na OAIM, kde bola začatá KPR, tá bola neúspešná. Exitus letalis konštatoval lekár OAIM o 08:45 hod.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

Pacient sa dostavil na chirurgické ošetrenie s časovým odstupom dvoch dní po nezávažnom úraze - páde na oblasť pravého kolena s masívnym difúznym krvácaním do oblasti pravého stehna a kolena. Z prvotného vyšetrenia pacienta vyplývalo, že RTG nález v oblasti pravého kolena bol negatívny (čomu zodpovedali aj zaslané RTG snímky). Odborný lekár na ambulancii už pri prvotnom vyšetrení zaznamenal masívny hematóm v oblasti pravého kolena a stehna, pri liečbe fraxiparínom (predtým warfarínom). V bežnej lekárskej praxi nie je typické, že u pacientov, ktorí z rôznych príčin sú v liečbe spomenutých preparátov, bežný úraz pádom vyvolá rozvoj tak masívneho difúzneho krvácania, aké bolo u pacienta neskôr diagnostikované. Už tento fakt mal byť dostatočným varovaním, že zdravotný stav sa môže vyvíjať veľmi komplikovane. Zo zdravotnej dokumentácie síce vyplývalo, že po prijatí pacienta bola snaha zdravotníkov diagnostikovať príčinu krvácania a zamedziť rozvoju ďalšieho krvácania podávaním adekvátnych liekov, náhradných roztokov, ako aj krvi (Pamba, Dicynone, Kanavit, INF, 2x TRF erymasy, 1x ČMP, Plasmalyte), ale v štádiu rozvíjajúceho sa šoku mal byť pacient sledovaný na JIS s kontinuálnym monitorovaním vitálnych funkcií, podpornou oxygenoterapiou, so sledovaním vývoja krvných strát. Bohužiaľ, pacient bol sledovaný na bežnom lôžku a pri závažnom kardiálnom náleze (ejekčná frakcia 28 %) a celkovom zdravotnom stave pacienta pri rozvinutom masívnom difúznom krvácaní s prejavmi šoku, ako aj neschopnosti pacienta kompenzovať túto akútnu stratu krvi, bolo nevyhnutné pristúpiť

k radikálnejšej liečbe a dôslednému sledovaniu jeho zdravotného stavu, aby sa zabránilo ireverzibilným fatálnym dôsledkom šoku. Musíme však uviesť, že problematika samotného priebehu šoku závisí od mnohých faktorov, akými sú množstvo straty krvi, telesná kondícia, fyzický stav, vek, fáza šoku, v ktorej sa vstupuje do liečby. V zásade platí, že čím neskôr sa urobia opatrenia, tým je šanca na zvrátenie rozvinutého šoku menšia. V danom prípade možno len konštatovať, že vzhľadom na zaznamenaný priebeh liečby, celkový zdravotný stav pacienta, zrútené kompenzačné schopnosti organizmu, bolo nevyhnutné zmeniť celý manažment sledovania a liečby pacienta, a to na JIS alebo OAIM.

ZHRNUTIE ÚRADOM

U pacienta pri závažnom kardiálnom náleze EF 28 % a celkovom zdravotnom stave pri rozvinutom masívnom difúznom krvácaní s prejavmi šoku, ako aj neschopnosti pacienta kompenzovať túto akútnu stratu krvi, bolo nevyhnutné pristúpiť k radikálnejšej liečbe a dôslednému sledovaniu jeho zdravotného stavu na JIS (kontinuálny monitoring VF, oxygenoterapia, sledovanie krvných strát, hemosubstitúcia), aby sa zabránilo ireverzibilným fatálnym dôsledkom šoku.

ZÁVER

Postup ošetrojúcich lekárov možno považovať za odborne nesprávny. Snažili sa síce postupovať podľa zaužívaných diagnostických a liečebných algoritmov, aké sú odporúčané pri takýchto úrazoch spojených so šokom v snahe zamedziť krvným stratám, ale sledovanie a liečba takéhoto pacienta vyžaduje jednoznačne liečbu a monitoring na JIS, prípadne OAIM až do zvládnutia šoku. Na základe zistených skutočností úrad konštatoval, že zdravotná starostlivosť nebola pacientovi poskytnutá správne.

Výkonom dohľadu na mieste úrad zistil porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.

MUSÍ MAŤ NEMOCNICA V SLUŽBE ZABEZPEČENÉHO ENDOSKOPISTU?

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

59-ročný pacient bol dňa 15.11.2014 privezený na ambulanciu chirurgického oddelenia NsP s údajom 14 dní trvajúcich bolestí, vracania a nechutenstva, v deň prijatia s kolapsom a melénou, bol hypotenzný s tachykardiou. Tlak krvi vyšetovaný lekárom ZZS najskôr nemerateľný (7:47 hod.), potom 60/40 mmHg (7:58 hod.), 100/60 mmHg (8:23 hod.). Posádkou RLP podávané Voluven, Dicynone. Pacient bol neodkladne prijatý na pooperačnú izbu NsP, príjem v čase 8:27 hod. Podľa získaných anamnestických údajov sa liečil na hypertenziu, v liečbe mal Gopten. Pre hypotenziu bol u pacienta zabezpečený žilový prístup 2 periférnymi linkami, ktorými mu boli podávané tekutiny, hemostyptiká (Dicynone, Pamba) a terlipresín. Pre podozrenie na vredovú chorobu žalúdka a dvanástnika omeprazol i.v. Pacient bol pri prijatí bledý, komunikoval, prvý TK zaznamenaný v ošetrovateľskej dokumentácii bol 92/41 mmHg, pulz 86/min. Brucho pri vstupnom vyšetrení podľa záznamu bolo palpačne nebolestivé, meteoristické, bez známok peritoneálneho dráždenia, bez zväčšených orgánov a rezistencie, dychová vlna voľne postupovala, per rectum meléna, okolie konečníka postriekané melénou. Prvé vyšetrenie krvného obrazu bolo s hodnotou Hb 81 g/l, Ht 0,239, Tro 267, hemokoagulačné vyšetrenia – fibrinogén 2,47, PT 92 %, APTT 21. V biochemických vyšetreniach zvýšená urea, hypoproteinémia, hypoalbuminémia, hyponatriémia, hypokaliémia, hodnota CRP 11,4, hypocholesterolémia. V čase 9:15 hod. pretrvávala hypotenzia - 77/48 mmHg, pacient mal veľké množstvo melény. Podávané hemostyptiká, zaistená krv. V čase 10:15 hod. ďalšie veľké množstvo melény. V čase 10:30 hod. mal pacient znovu stolicu s čerstvou krvou. Od 11:00 hod. do 15:00 hod. podané 2 erymasy. Hodnoty TK boli 100...110/60...65 mmHg, v čase 13:15 hod. 98/54 mmHg, pulz 75...87/min. V čase 11:21 hod. realizované interné vyšetrenie ako *predoperačné vyšetrenie pred možným operačným riešením u pacienta s melénou. Pacient podľa záveru bol kardiopulmonálne kompenzovaný, arteriálna hypertenzia aktuálne dekapitovaná, ďalej v závere vyšetrenia uvedené krvácanie z GIT-u pri akútnej ulcerácii gastroduodena, sekundárna anémia*

ťažkého st., hypoalbuminémia so sekundárnou hypokalciémiou, hypocholesterolémia, hyperglykémia a mierna elevácia urey a kreatinínu. Internistom odporúčené: substitúcia krvného obehu, sonografické vyšetrenie brucha, po zlepšení stavu irigo CT, kolonoskopia a gastrofibroskopické vyšetrenie k vylúčeniu malignity, kontrola KO, glykémia, renálne parametre. V čase 13:40 hod. zaznamenaná znovu krvavá stolica, ordinovaná kontrola KO. Ordinované podanie ďalšej jednotky krvi, hodnota Hb bola 83 g/l, bola zaistená krv. Ďalšia transfúzia podaná od 16:30 hod. do 18:20 hod., podaný aj Plasmalyte 1000 ml (napojený o 18:40 hod.). V čase 19:30 hod. zaznamenané množstvo moču 200 ml. Hodnota kontrolného Hb z odberu cca o 20:00 hod. bola 83 g/l. S časom 24:00 hod. je záznam o podaní FR 100 ml + Remestyp 1 amp., podaný FR 250 ml + Dicynone 1 amp. a FR 250 ml + Helicid 40 mg. S časom 23:30 hod. v chorobopise záznam (údaj zaznamenaný až po zázname s časom 24:00 hod.) pacient stabilizovaný, bez melény. Dňa 16.11.2014 s časom 00:15 hod. znovu záznam sestry o riedkej napenenej tmavočervenej až čiernej stolici. Stav hlásený lekárovi, bez ordinácií. O 00:30 hod. pacient vymočil 350 ml. S časom 00:45 hod. podľa záznamu sestry bol pacient náhle spotený, nereagoval na oslovenie, TK nemerateľný. Privolaný lekár. Pacient bol soporózný, dýchanie spontánne, bez vedľajších fenoménov, prítomná tachykardia, pulzácie nehmatné na a.femoralis, brucho mäkké, palpačne bez rezistencie. Volaný bol lekár OAIM. Pri jeho príchode bol pacient somnolentný, výrazne nespolupracoval, dýchal spontánne s podporou O₂ na maske, bol dyspnoický, tachypnoický, TK nemerateľný, prítomná sínusová tachykardia 130 - 140/min. Sťažoval sa na bolesti v oblasti hrudníka až brucha. Pacientovi bola indikovaná katecholaminová podpora (noradrenalín), volumoterapia, hemostyptiká, transfúzna liečba - erymasa, čerstvá mrazená plazma. Realizované vyšetrenie KO s poklesom Hb. Pacientovi podaný Noradrenalín vo FR 100 ml, Remestyp a 2x transfúzia, odobraté laboratórne D-dimér, KO, troponín. Po obnove vedomia bol pacient nepokojný, pred odberom krvi z femorálnej cievy na laboratórne vyšetrenie podaný Apaurin 2 amp. Pre striktúru uretry nebolo možné zaistiť permanentný močový katéter. V čase 01:30 hod. je záznam, že sa pacient sťažuje na bolesti v strede epigastria, volaný aj internista na vylúčenie koronárneho syndrómu. Indikované urgentné CT. Telefonicky konzultovaný primár chirurgického oddelenia. V čase 02:15 hod. mal pacient stolicu s koagulami. V čase 02:00 hod. vykonané interné vyšetrenie, EKG bez akútnych zmien. V závere

vyšetrenia akútneho koronárneho syndrómu vylúčený, stav hodnotený ako hemoragický šok so sekundárnou tachykardiou. V čase 02:30 hod. realizované CT vyšetrenie. Počas CT vyšetrenia bol pacient intubovaný lekárom OAIM. Pri natívnom CT vyšetrení nezistený tumor, žalúdok výrazne naplnený dvojrstvovým tekutinovým obsahom, v. s. zrazenou krvou. Z CT vyšetrenia bol pacient pre indikovanú urgentnú laparotómiu prevezený na operačnú sálu. Po preklade na operačný stôl došlo k zastaveniu obehu – asystólii (02:45 hod.), začatá KPCR, podávaný adrenalin (5 mg), po 30 minútach KPCR nastala fibrilácia komôr, ktorá sa po jednom výboji konvertovala na sínusový rytmus. Do v. femoralis bol anesteziológom zavedený centrálny venózný katéter. Začatá bola urgentná operácia – laparotómia (začiatok 03:20 hod.). Počas laparotómie zistený nález dilatovaného žalúdka so zápalovou infiltráciou v prepylorickej oblasti, vykonaná gastrotómia, evakuované odliatkové koagulum v celom žalúdku, vykonaný opich krvácajúcej cievy väčšieho kalibru. Pacient bol počas operácie obehovo nestabilný, v kritickom stave, vyžadoval vysoké dávky katecholamínov, boli mu podané 2 erymasy a jedna jednotka plazmy, volumoterapia. Podané bolo ATB (cefotaxim - Claforan), kalcium. Pacient bol v bezprostrednom pooperačnom období preložený na OAIM, prijatý s časom 05:41 hod. Na OAIM bol preložený v moribundnom stave. V popredí sa prejavoval hemoragický šok s výraznou obehovou instabilitou nereagujúcou na katecholamíny. Zo žalúdočnej sondy a úst vytekala krv, ktorá súvisela s pokračujúcim krvácaním a rozvojom DIC. Pacient bol bledý, prítomná izokória s mydriázou ako dôsledok dlhotrvajúceho zastavenia obehu. Napojený bol na UPV, dýchanie počuteľné. Brucho po laparotómii - obväzy presiaknuté krvou. Pacientovi bol zavedený centrálny venózný katéter do jugulárnej veny vpravo, pokračovala vazopresorická podpora, boli podávané hemostyptiká a remestyp. Napriek terapeutickému úsiliu progredoval refraktérny hemoragický šok s multiorgánovým zlyhaním. O 06:00 hod. bola u pacienta prítomná bradykardia s následným prechodom do asystólie. Začatá KPCR s masážou srdca, podávaný adrenalin 4 mg a atropín 1 mg 2x. Pacient kontinuálne dostával noradrenalin. Napriek intenzívnej liečbe a 30 minútovej KPCR bol dňa 16.11.2014 o 06:30 hod. konštatovaný exitus letalis. Pacient zomrel do 1,5 hodiny po ukončení operácie. Obhliadajúci lekár pitvu neindikoval.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

Pacient bol prijatý na chirurgické oddelenie pre 14 dní trvajúce ťažkosti v zmysle nechutenstva, vracania. V deň prijatia kolaboval, mal melénu. Bol hypotenzný, tachykardický. Neodkladne bol prijatý na pooperačnú izbu chirurgického oddelenia. Dostával parenterálne hemostyptiká, antiulkusovú liečbu, infúzie a transfúzie. Pacient bol monitorovaný.

Postup NsP nemožno hodnotiť ako lege artis v dnešnej dobe. Pacient mal mať realizované endoskopické vyšetrenie. Ak by bolo realizované gastrofibroskopické vyšetrenie, bola by možnosť endoskopického ošetrenia alebo včasnejšieho indikovania operácie. Pacient v dohliadanom prípade vyžadoval rýchlu diagnostiku a kauzálnu terapiu zdroja krvácania. Až po zhoršení celkového stavu, akým bola strata vedomia a potreba katecholamínovej podpory obehu s rozvojom šokového stavu, viedli tieto skutočnosti chirurga k rozhodnutiu vykonať urgentné CT vyšetrenie brucha. O laparotómii bolo rozhodnuté po konzultácii službukonajúceho chirurga s primárom chirurgie až z vitálnej indikácie, po zrušení obehu.

Ostatná poskytovaná zdravotná starostlivosť pacientovi zo strany poskytovateľa zdravotnej starostlivosti bola primeraná. Konanie anesteziológov sa v tomto prípade začalo až v situácii, keď mnohé patofyziologické procesy vedúce k zlyhaniu základných vitálnych funkcií, spustené pokračujúcim krvácaním zo žalúdka, boli nezvratné.

ZHODNOTENIE ÚRADOM

Pacient s krvácaním z gastrointestinálneho traktu nemal dňa 15.11.2014 realizované endoskopické vyšetrenie, gastrofibroskopické vyšetrenie s možnosťou endoskopického ošetrenia krvácania, prípadnej včasnejšej indikácie operácie.

ZÁVER

Výkonom dohľadu boli pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientovi zistené nedostatky v zmysle porušenia § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.

NEDIAGNOSTIKOVANÁ AKÚTNA APENDICITÍDA – ABSENCIA VYŠETRENIA

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

Pacientka bola sledovaná pre arteriálnu hypertenziu III WHO, pre algickú formu ICHS, koronárnu AS s nezávažnou arytmiou, s alergickou rinitídou, dysharmóniou imunity, insomniou a depresívnym syndrómom. Dňa 22.05.2015 o 06:14 hod. pre jeden deň trvajúce bolesti brucha bola pacientka ošetrovaná ambulanciou LSPP. Pri vyšetrení udávala bolesť v podbrušku, peristaltika bola zachovaná, objektívne brucho mäkké, priehmatné, palpačne bolestivé v pravom hypogastriu, bez známk peritoneálneho dráždenia. Pacientke podaná 1 amp. No-Spa inj. i. m. Zdravotný stav pacientky bol lekárom LSPP hodnotený ako algický abdominálny syndróm a bola jej odporučená návšteva VLPD. Ambulanciu VLPD pacientka vyhľadala dňa 22.05.2015 o 08:37 hod. a subjektívne udávala pretrvávanie bolesti brucha s propagáciou do chrbta. Objektívne brucho mäkké, priehmatné, nad niveau hrudníka, mierne meteoristické, v pravom mezo- až hypogastriu hmatná rezistencia veľkosti väčšieho vajca, palpačne bolestivá. Pacientke bola odobratá krv na biochemické a hematologické vyšetrenie, podaná 1 amp. Analgin i. m. a predpísaný Ozzion 40 mg 1 tbl. ráno. Pacientke vypísaná žiadanka na urgentné sonografické vyšetrenie brucha, ktoré bolo zrealizované v ten istý deň s nálezom – bez prítomnosti zápalového infiltrátu, bez prítomnosti voľnej tekutiny v dutine brušnej, bez prejavov akútnej pankreatitídy, s prítomnosťou veľkého meteorizmu. V laborat. vyšetreniach bolo stredne elevované CRP 30,24 a leukocytóza 14,79. V močovom náleze prítomná leukocytúria 79. Dňa 23.05.2015 u pacientky pretrvávali bolesti podbruška, pridružila sa zelená hnačkovitá stolica a výstup TT do 38 °C. Pacientka pre tieto ťažkosti dňa 24.05.2015 o 17:30 hod. vyšetrená doma LSPP, zdravotný stav pacientky bol hodnotený ako salmonelóza, bol jej podaný Cerucal a No-Spa inj. a predpísaný Endiex a Smecta. Pre perzistujúcu abdominálnu bolesť dňa 25.05.2015 o 08:27 hod. pacientka vyhľadala ambulanciu VLPD s údajmi o zelenej stolici a TT do 38 °C. V dokumentácii VLPD žiadny

iný údaj nie je uvedený a vôbec nie je uvedený objektívny aktuálny palpačný nález. Pacientke bol odobratý výter z rekta na kultiváciu a boli jej odporučené No-Spa tbl. V ten istý deň pacientka o 17:40 hod. vyhľadala ošetrovanie na chirurgickej ambulancii chirurgickej kliniky, kde bol jej zdravotný stav chirurgom hodnotený ako akútna apendicitída a pacientka bola odoslaná na urgentný príjem na chirurgickú kliniku. Ešte pred prijatím bola pacientka odoslaná na CT vyšetrenie abdomenu, t. j. dňa 25.05.2015 o 19:12 hod., so záverom: známky apendicitídy subcekálne uloženého apendixu, reaktívne zmeny okolia + susp. extraluminálne uložená vzduchová bublina – môže ísť o známky krytej perforácie. Pacientka bola prijatá na hospitalizáciu na chirurgickú kliniku dňa 25.05.2015 o 20:31 hod. s diagnózou akútna apendicitída s príznakmi rozvinutého klinického obrazu náhlejšej príhody brušnej. U pacientky bola indikovaná urgentná operačná intervencia, ktorá bola vykonaná dňa 26.05.2015 o 00:20 hod. po neodkladnej predoperačnej príprave. Operačným nálezom bol gangrenózne zmenený perforovaný apendix a cirkumskriptná sterkorálna peritonitída s abscesom ohraničeným kľúčkami terminálneho ilea. Operačným výkonom bola apendektómia a toaleta s drenážou dutiny brušnej. Výsledok histolog. vyšetrenia: gangrenózna apendicitída s periapendicitídou. Pooperačne bola pacientke podávaná ATB liečba v kombinácii Cefizox, Efloran, Gentamycín. Vzhľadom na vek, polymorbiditu a operačný nález bol u pacientky v pooperačnom období oneskorený nástup peristaltiky, s hojením rany per secundam. Pacientka bola prepustená z hospitalizácie z chirurgickej kliniky dňa 12.06.2015 a zostala v ďalšej ambulantnej starostlivosti v chirurgickej ambulancii chirurgickej kliniky. Následne pacientka odstúpila od dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti svojím VLPD.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

Pacientka bola dňa 22.05.2015 ošetrovaná lekárom LSPP pre bolesti dolného brucha trvajúce deň s nauzeou a vracaním, jej stav bol zhodnotený ako algický abdominálny syndróm, pacientke bola podaná No-Spa i. m. a bolo jej odporučené vyšetrenie v ambulancii VLPD. Dňa 22.05.2015 o 08:37 hod. pacientka vyhľadala ambulanciu VLPD, boli jej realizované odbery na hematologické a biochemické vyšetrenia s nálezom stredne elevovaných hodnôt CRP a Le. Pri palpačnom vyšetrení brucha popisovaná palpačná bolestivosť v pravom hypogastriu s hmatnou, palpačne bolestivou rezistenciou

v oblasti pravého mezo- až hypogastria, bez známkov peritoneálneho dráždenia. Pacientke bola podaná analgetická liečba, realizované sonografické vyšetrenie brucha s nálezom veľkého meteorizmu, bez prítomnosti zápalového infiltrátu a bez prítomnosti voľnej tekutiny v dutine brušnej. V dňoch 23.05.2015 a 24.05.2015 u pacientky pretrvávali bolesti brucha prevažne v dolnom podbrušku, pridružili sa zelené hnačkovité stolice a zvýšenie TT do 38 °C. Dňa 24.05.2015 bola pacientka ošetrená lekárom LSPP, kde bolo vyslovené podozrenie na salmonelózu. Dňa 25.05.2015 o 08:27 hod. pacientka znovu vyhľadala ambulanciu VLPD. Anamnesticky bol pozitívny údaj o pretrvávajúcej abdominálnej bolestivosti, teploty 38 °C a zelená hnačkovitá stolica. V náleze z tohto vyšetrenia pacientky nie sú uvedené žiadne ďalšie diagnostické údaje, nie je uvedený aktuálny palpačný nález v rámci objektívneho vyšetrenia. V ten istý deň, t. j. 25.05.2015 o 17:41 hod., pacientka vyhľadala ošetrovanie na chirurgickej ambulancii chirurgickej kliniky, kde bola následne prijatá na hospitalizáciu s diagnózou akútnej apendicitídy s príznakmi náhlej príhody brušnej a pacientke bola indikovaná operačná intervencia - apendektómia.

ZHODNOTENIE ÚRADOM

Výkonom dohľadu boli zistené nasledovné nedostatky:

- Dňa 25.05.2015 nebolo u pacientky realizované zo strany dohliadaného subjektu palpačné vyšetrenie brucha, a to napriek tomu, že pacientka mala piaty deň pretrvávajúce bolesti brucha, nauzeu, vracanie, TT 38 °C a pridruženú hnačkovitú stolicu.
- Dňa 25.05.2015 u dohliadaného subjektu nebola venovaná dostatočná pozornosť a dostatočné zhodnotenie priebehu zdravotného stavu. U pacientky nebolo dohliadaným subjektom indikované odborné konziliárne chirurgické vyšetrenie.

ZÁVER

Výkonom dohľadu úrad konštatoval, že zdravotná starostlivosť zo strany poskytovateľa zdravotnej starostlivosti nebola poskytnutá správne, nebola v súlade s ustanoveniami § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.

AKÚTNE ZLYHANIE OBLIČIEK PO CT VYŠETRENÍ S KONTRASTNOU LÁTKOU

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

40-ročný pacient bol dňa 23.08.2014 hospitalizovaný na chirurgickom oddelení ústavného zdravotníckeho zariadenia. Terajšie ochorenie: Pacient bol privezený RZP s bolesťami v lumbálnej oblasti, viac vľavo, od včera pobolievanie, dnes progresia. Osobná anamnéza bez vážnejších ochorení, hypertenzia v liečbe trojkombináciou antihypertenzív: betablokátor (Bisocard), ACE inhibítor (Prenessa) a blokátor kalciových kanálov (Amlodipin). Rodinná anamnéza bez pozoruhodností.

Pri vyšetrení bol pacient afebrilný, brucho mal prífúknuté, palpačne bola prítomná mierna citlivosť v mezogastriách, tapotement bol pozitívny viac vľavo.

Pacientovi bolo vykonané laboratórne vyšetrenie krvi s nálezom: hypokoagulačný stav - Quick 73 %, vysoké hodnoty zápalového markeru CRP 78,86 mg/l, zvýšené hodnoty renálnych parametrov: urea – 8,8 mmol/l, kreatinín 151,7 umol/l, zvýšené hodnoty bilirubínu 36,5 umol/l a ALT 0,69 ukat/l, GMT 1,42 ukat/l.

Moč chemicky: proteinúria++, hematúria++, močový sediment: erytrocyty 30 - 40, leukocyty 4 - 7, baktérie koky prítomné, ploché epitélie prítomné.

Pri vyšetrení USG abdomenu bolo zistené, že obličky boli primeranej veľkosti, parenchým bol bez redukcie obojstranne, v ľavom dolnom póle bola zistená cysta veľkosti 30 mm. V tesnej blízkosti cysty boli prítomné kalcifikáty, nebolo možné vylúčiť konkrement v oblasti dolného kalicha veľkosti 7 mm. Mestnanie bolo obojstranne neprítomné. Močovody sa nedali diferencovať.

RTG brucha: Obličky polohou a veľkosťou v norme. V ich oblastiach i v oblasti malej panvy sa nedali RTG kontrastné konkrementy diferencovať.

Stav pacienta pri prijíme bol hodnotený ako podozrenie na obličkovú koliku. Začatá bola spazmoanalgetická infúzna liečba, po ktorej

pacient podvečer uvádzal úľavu. Na druhý deň ráno sa pacient cítil lepšie, bolesti ustúpili, bol afebrilný, odber KBU pre nález v močovom sedimente (pôdy ostali sterilné). Tapot. bilat. negat. Počas dňa pacient 2x vracal. Dňa 25.08.2014 ráno bolo uskutočnené kontrolné laboratórne vyšetrenie s nálezom výraznej progresie CRP (241,8 mg/l), s úpravou bilirubínu (12,6 umol/l), pretrvával hypokoagulačný stav (Quick 68 %, INR 1,34), krvný obraz: Leu $6,3 \times 10^9/l$, Hb 131 g/l, Ery $4,47 \times 10^{12}/l$, Ht 0,41; Tr $316 \times 10^9/l$. Pacient uvádzal, že mal opakovane stolicu bez pocitu úľavy, sťažoval sa na bolesti v pravom mezogastriu a palpačne mal brucho citlivé v mezogastriu a pravom hypochondriu. Pre klinické zhoršenie stavu pacienta (bolesti brucha sa presunuli do pravého mezo- a hypogastria) a pre podozrenie na retrocekálnu appendicitídu a vysoký vzostup zápalových parametrov, bolo indikované akútne CT brucha. Pacientovi bolo vykonané interné predoperačné vyšetrenie, stav bol hodnotený ako KP kompenzovaný, dostatočne hydratovaný.

Dňa 25.08.2014 bola pacientovi podaná kontrastná látka Ultravist 370 s obsahom jódu v redukovanom množstve, t. j. 100 ml pri hmotnosti pacienta 90 kg. Nález CT brucha realizovaného o 18:00 hod.: Pečeň normálnej veľkosti, ľahko hypodenznejšia, bez patologických ložiskových zmien. Žlčník objemovo v norme, bez kontrastných konkrementov a bez dilatácie žľočových ciest. Pankreas nezväčšený, ostro ohraničený, natívne i postkontrastne bez ložiskových zmien. Slezina nezväčšená, homogénna. Obe obličky primeranej veľkosti, vľavo v dolnej tretine viackomorová cysta veľkosti cca $35 \times 65 \times 45$ mm, na okraji i v oblasti dolného kalicha dva konkrementy veľkosti 7 a 10 mm. Obojstranne bez mestnania. Močovody nedilatované. Črevné kľučky orientačne bez pozoruhodností. Appendix normálneho kalibru, je uložený ventrálne od veľkých ciev, pericekálna oblasť bez patologických ložiskových kolekcii. V renálnej oblasti paraaortálne drobné nodularity veľkosti 7 a 10 mm, voľnú tekutinu intraperitoneálne nepozorovať. Záver: Steatosis hepatis, cysta multil. et nefrolithiasis I. sin.

Vo večerných hodinách cca 2 hodiny po CT vyšetrení pacient uvádzal bolesti, podané mu bolo FR 1/1 100 ml + Algifen 1 amp. i. v. Po infúzii ústup ťažkostí.

Dňa 26.08.2014 pri laboratórnej kontrole CRP bol v sére zistený významný pokles koncentrácie (135 mg/l). Subjektívne sa pacient cítil dobre, len mal neurčitý dyskomfort v bruchu bez známok peritoneálneho dráždenia. Večer o 21:00 hod. pacient 2x vracal. Dňa

27.08.2014 kontrolné CRP bolo v poklese (76 mg/l). V ten istý deň bol pacient po vylúčení náhlejšej brušnej príhody prepustený do domáceho liečenia. Pacientovi bolo odporúčané piť doma dostatok tekutín, doplniť gastroenterologické a urologické vyšetrenie cestou obvodného lekára.

V ten istý deň (27.08.2014) pacient pri kontrole u všeobecného lekára uviedol, že má bolesti brucha. Výsledky laboratórneho vyšetrenia realizovaného nasledujúci deň (28.08.2014) boli s nálezom: urea v sére 29,28 mmol/l, kreatinín v sére 855,5 umol/l, K 6,22 mmol/l, FW 70/103, TK 130/90 mmHg.

Pacient bol v ten istý deň akútne prijatý na interné oddelenie ústavného zdravotníckeho zariadenia, kde mu bola začatá akútna hemodialyzačná liečba pre akútne zlyhanie obličiek.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

Dňa 23.08.2014 bol pacient hospitalizovaný na chirurgickom oddelení z dôvodu abdominálnej koliky. V dif. dg. bol vyšetrovaný pre suspektnú nefrolitiázu I. sin., ktorá bola potvrdená. Obličkové parametre boli vyšetrené pri prijatí so zvýšeným kreatinínom. Pre bolesti a zvýšené zápalové markery bolo pacientovi vykonané opakovane RTG a USG vyšetrenie bez jednoznačnej patológie v dutine brušnej. Dňa 25.08.2014 z dôvodu pretrvávania bolestí brucha viac vpravo bolo pacientovi indikované CT vyšetrenie s kontrastnou látkou bez nálezu výraznejšej patológie, ktorá by nútila chirurga operovať. Dňa 27.08.2014 bol pacient prepustený do domácej liečby po vylúčení náhlejšej príhody brušnej. Počas hospitalizácie bol pokles CRP bez nutnosti podávania ATB. Kontrolné laboratórne vyšetrenie urey a kreatinínu nebolo vykonané ani pred a ani po podaní kontrastnej látky, ani pred prepustením pacienta do domácej liečby.

Následne po prepustení do domácej liečby pacient v ambulancii všeobecného lekára uviedol bolesti brucha a po laboratórnej kontrole na druhý deň (28.07.2014) bol zistený prudký vzostup urey, kreatinínu a draslíka v sére, t. j. cca za 48 - 72 hodín od podania kontrastnej látky a pacient sa podrobil akútnej hemodialyzačnej liečbe.

ZHODNOTENIE ÚRADOM

Zdravotná starostlivosť na chirurgickom oddelení ústavného zdravotníckeho zariadenia nebola poskytnutá pacientovi správne v nasledovnom:

- Hydratačný stav pacienta počas dňa 25.08.2014 nebol dostatočne objektivizovaný, nebola uskutočnená bilancia príjmu a výdaja tekutín počas dňa.
- Zvýšená koncentrácia kreatinínu v sére (zo dňa 23.08.2014), ktorá u pacienta nebola skontrolovaná tesne pred podaním kontrastnej látky Ultravist 370, najvýznamnejším spôsobom prispela k vývoju uremického syndrómu tesne po jej aplikácii do terénu preexistujúceho, dovtedy nediagnostikovaného obličkového ochorenia. V tomto prípade bolo potrebné u pacienta opakovať vyšetrenia obličkových ukazovateľov v sére denne počas hospitalizácie, podobne ako bol kontrolovaný zápalový marker CRP.

Úrad za najväčší nedostatok dohliadaného subjektu pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientovi považuje skutočnosť, že laboratórne ukazovatele uremického syndrómu neboli skontrolované ani nasledujúci deň po podaní kontrastnej látky, t. j. 26.08.2014, ani pred prepustením pacienta z ústavného zdravotníckeho zariadenia, t. j. 27.08.2014 a nebola odporučená ani ich kontrola cestou všeobecného lekára.

ZÁVER

Úrad zistil pri poskytnutí zdravotnej starostlivosti pacientovi porušenie ustanovenia § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.

NESPRÁVNE VYHODNOTENIE VÝSLEDKOV PRI NÁHLEJ PRÍHODE BRUŠNEJ

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

43-ročný pacient bol dňa 26.08.2015 o 07:30 hod. vyšetrený na urgentnom príjme chirurgického oddelenia ústavného zdravotníckeho zariadenia pre náhle vzniknuté bolesti brucha. Vyšetrenie bolo ukončené o 11:00 hod. s následným prepustením pacienta domov s diagnózou Colica abdominalis.

V anamnestickej časti záznamu z vyšetrenia na urgentnom príjme mal pacient uvedené bolesti brucha trvajúce približne od 18:00 hod. predchádzajúceho dňa. Bolesti boli lokalizované najskôr v epigastriu, následne do oblasti pupka. Teploty a triašky pacient nemal, nevracal, stolicu mal naposledy včera večer s prímiesou čerstvej krvi, v. s. pri hemoroidoch, dyzurické ťažkosti neudával.

Pri objektívnom vyšetrení bolo brucho pacienta voľne priehmatné, palpačne citlivé v oblasti podbruška obojstranne, bez peritoneálnych príznakov, peristaltika slabo počuteľná, inguiny voľné, per rectum indagácia negatívna, na rukavici hnedá stolica, hemoroidy neboli popisované.

V laboratórnom obraze boli prítomné známky „zahustenia,“ hyperkaliémia 6,23, zvýšené S-CRP 29,4, WBC 9,28, na natívnej RTG snímke bolo brucho bez pneumoperitonea a hladín. Na USG brušnej dutiny: Hepar mierne zväčšený, mierne hyperechogénnejší, bez ložiskových zmien, cholecysta bez litiázy, žlčové cesty nedilatované, pankreas prekrytý, slezina mierne zväčšená, bez ložiskových zmien, obličky bez stázy, močový mechúr slabo naplnený. Prítomná bola menšia kolekcia voľnej tekutiny medzi črevnými kľučkami v pravom hypogastriu.

Na základe uvedených vyšetrení bol vyšetrujúcou lekárkou stanovený diagnostický záver Colica abdominalis s vylúčením náhlej príhody brušnej, bez nutnosti chirurgickej intervencie. Pacientovi bol aplikovaný Buscopan i. m. a bol prepustený do ambulantnej starostlivosti s odporúčaním diéty - sucháre, čaj a ľadové obklady. Na kontrolné vyšetrenie vrátane odberov krvi bol pacient objednaný

o 2 dni k všeobecnej lekárke, ale pri zhoršení zdravotného stavu bola odporučená kontrola chirurgom ihneď.

V ďalšom priebehu - ešte v ten istý deň (26.08.2015) o 15:30 hod. sa pacient pre progredujúce bolesti a teploty 38,1 °C dostavil na vyšetrenie na chirurgickú ambulanciu ústavného zdravotníckeho zariadenia v spádovej oblasti, kde bol neodkladne prijatý, teda cca 4,5 hod. po prvom vyšetrení. Po prijatí bola indikovaná operácia, ktorá bola vykonaná o 17:20 hod. laparoskopicky. Operačné diagnózy boli: Appendicitis acuta gangrenosa perforativa, Peritonitis circumscripta purulenta. V operačnom náleze operatér popisuje skalený výpotok pri céku, appendix obalený omentom, pri preparácii nachádza perforačný otvor do mezoappendixu, pri oddeľovaní s vytekaním hnisavého obsahu. Pooperačný priebeh bol bez komplikácií a pacient bol dňa 02.09.2015 prepustený do ambulantnej starostlivosti.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

Pri 1. vyšetrení dňa 26.08.2015 na urgentnom príjme chirurgického oddelenia ústavného zdravotníckeho zariadenia pacient udával typickú apendikálnu anamnézu - začiatok bolesti v epigastriu, s následným presunutím bolesti nižšie do oblasti pravého podbruška, ale v závislosti na pozícii appendixu to môže byť aj do iného miesta, napr. do oblasti pupka. Ďalšími typickými znakmi poukazujúcimi pre apendicitídu sú subfebrilita alebo aj žiadne teploty, elevácia CRP (29,4), leukocyty (9,28), ale hlavne nález na USG brušnej dutiny, kde bola popisovaná kolekcia tekutiny v ileocekálnnej oblasti.

Ošetrujúca lekárka nepopisovala známky peritoneálneho dráždenia pri palpačnom vyšetrení brucha. Je naozaj možné, že príznaky Blumberg, Rowsing, Plenies boli negatívne. Je totiž určité štádium vo vývoji apendicitídy, kedy pacient i pri pokročilom patologicko-anatomickom náleze na appendixe nemusí byť peritoneálny. Práve pri gangrenóznom zápale môžu byť „znecitlivené“ nervové zakončenia na pobrušnici červovitého príviesku a palpačný nález nemusí byť výrazný. Po tomto štádiu však nasleduje rýchly vývoj klinického obrazu, kedy dochádza k perforácii, rozvoju infekcie v dutine brušnej a následne buď k ohraničeniu a vzniku periapendikálneho abscesu, alebo pri neohraničení procesu a difúznom prieniku do brušnej dutiny vzniká purulentná peritonitída. Ošetrujúca lekárka u pacienta správne zdokumentovala anamnézu,

správne určila algoritmus vyšetrení, dokonca dala vykonať aj USG vyšetrenie brucha, ktoré nepatrí k štandardným vyšetreniam pri apendicitíde. Rozhodne však ošetrujúca lekárka nesprávne vyhodnotila ich výsledky. Nedala do súvislosti typickú anamnézu, známky zápalového procesu v brušnej dutine a pozitívny USG nález.

ZHRNUTIE ÚRADOM

Zdravotná starostlivosť pacientovi pri prvom vyšetrení na urgentnom príjme chirurgického oddelenia ústavného zdravotníckeho zariadenia nebola poskytnutá správne, pretože ošetrujúca lekárka pri vyhodnocovaní výsledkov vyšetrení nedala do súvislosti typickú apendikálnu anamnézu, známky zápalového procesu a pozitívny nález na USG brušnej dutiny, kde je popisovaná kolekcia tekutiny. Práve pri USG náleze tekutej kolekcie mal byť pacient hospitalizovaný a minimálne observovaný na chirurgickom oddelení, ak už nie hneď indikovaný k operácii. Uvedený postup dohliadaného subjektu bol neštandardný, čím došlo z chirurgického hľadiska k zanedbaniu a časovému oneskoreniu pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

ZÁVER

Výkonom dohľadu úrad zistil pri poskytnutí zdravotnej starostlivosti pacientovi porušenie ustanovenia § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.

NESPRÁVNE POSKYTNUTÁ ZS PO DOPRAVNEJ NEHODE

Podávateľka podnetu žiadala prešetrenie postupu pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti po dopravnej nehode. Podľa jej názoru nebola dostatočne vyšetrená a ošetrovaná, bola odoslaná do domáceho ošetrovania. Od ďalšieho dňa mala úporné bolesti krku, hlavy a chrbta. V inom zdravotníckom zariadení bola zistená distorzia krčnej chrbtice, s nutnosťou liečby 3 mesiace.

*ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ
ZHRNUTIE*

Pacientka, 30-ročná, podľa dostupnej zdravotnej dokumentácie je alergická na PNC. V tehotenstve užívala Magnerot tbl. Prítomnosť vážnejších ochorení sa v anamnéze odoberanej v zdravotníckych zariadeniach neudávala. V čase úrazu bola pacientka tehotná v 25. týždni tehotenstva.

Dňa 14.02.2014 cca o 18:00 hod. bola pacientka účastníčkou automobilovej nehody. Sedela nepripútaná na mieste spolujazdca, pri náraze zozadu auto narazilo do auta pred nimi. Airbagy sa neaktivovali, udrela si hlavu o opierku. Rýchlosť pri náraze nebola zdokumentovaná v zdravotníckych záznamoch.

Dňa 14.02.2014 o 18:03:20 hod. bola na zásah k autonehode vyslaná operačným strediskom ZZS posádka RZP, ktorá bola prevádzkovaná dohliadaným subjektom. Posádka typu RZP (bez lekára) po prijatí pokynu na výjazd do 1 min. vyštartovala. Dojazd na miesto bol 5 min. - o 18:09 hod., pričom posádka mala pacientku pod dohľadom vrátane transportu 26 min. Po príchode na miesto dopravnej nehody bola pacientka pri plnom vedomí, preto posádka odobrala od nej kompletnú anamnézu (OA, LA, AA). V rámci TO bolo v dokumentácii RZP zaznamenané, že pacientka je v 25. týždni tehotenstva, ako spolujazdkyňa bola účastníčkou dopravnej nehody, pričom si narazila hlavu o sedačku a udáva bolesti hlavy na temene, v bezvedomí nebola, brucho si neudrela, 1x pocítila sťah zo šoku. Iné subjektívne ťažkosti a ani známky vonkajších poranení na krku, hrudníku a končatinách neboli zaznamenané.

V dokumentácii bolo aj zaznamenané, že pacientka nemala bolesti, bola vyšetrená aj orientačne neurologicky so záverom GCS 15 bodov a ostatným nálezom v norme. Ďalej sú zaznamenané obehové parametre a vitálne funkcie: TK 150/100 mmHg, P 130/min., akcia srdca pravidelná, saturácia O₂ 99 %. Kontrolné hodnoty nie sú zaznamenané. Farba kože bola ružová, kapilárny návrat nebol zaznamenaný. Diagnosticky záchranárka zhodnotila stav ako susp. Comotio cerebri, účastníčka autonehody. Bolo zaznamenané zaistenie venózneho prístupu bez podania i. v. liečby. Následne bol stav pacientky označený ako nezmenený. V polohe so zvýšením hrudníka a hlavy, bez použitia imobilizácie krku, bola prevezená na ďalšie ošetrenie na chirurgickú pohotovosť dohliadaného subjektu.

V lekárskej správe z ošetrenia na chirurgickej ambulancii je zápis, že v bezvedomí nebola, nevracala. Z objektívneho vyšetrenia: GCS 15, izokoria, palpácia hlavy nebolestivá, bez patologickej neurologickej symptomatológie. TK 150/100 mmHg, P 92/min. Dg: S 00.00 povrchové poranenie vlasatej kože hlavy, druh poranenia bližšie neurčený. Odporúčená kontrola na OZS, konzílium gynekológa. Lekárska správa bola podpísaná pacientkou.

Pacientka bola odoslaná na vyšetrenie do gynekologickej ambulancie. Na bolesti si nesťažovala, uterus bol normotonický, nekrvácala, plodová voda neodtekala, počas sonografického vyšetrenia prítomná vitálna gravidita a placenta bola bez známok odlučovania. Záver: Gravidita v 26. týždni intaktná.

Po konziliárnom vyšetrení gynekológom pacientka na chirurgickej ambulancii prebrala správu o ošetrení a bola prepustená do domáceho liečenia.

Nasledujúce dva dni sa stav pacientky zhoršoval, pričom pociťovala nevoľnosť, pocit na vracanie, točenie hlavy, pretrvávali a zväzneli sa bolesti hlavy, pridružili sa bolesti krku a chrbta tak, že sa nevládala ráno zodvihnúť z postele. Pre uvedené ťažkosti a z vlastného uváženia bola 2 dni po nehode vyšetrená v inom zdravotníckom zariadení so záverom Contusio capitis reg. occipitalis, Distorsio columnae vertebralis (C a Th oblasť), povrchové poranenie vlasatej časti hlavy, vyvrtnutie a natiahnutie krčnej chrbtice, Whiplash injury. Vzhľadom ku gravidite nebolo RTG vyšetrenie realizované. Nasledovala ambulantná konzervatívna liečba (Schantzov golier, šetriaci režim, analgetiká a lokálne ošetrovanie s ohľadom na graviditu), pričom liečba trvala cca nasledujúce 3 mesiace do ustálenia stavu.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI A NEDOSTATKY

V prípade poskytovanej zdravotnej starostlivosti RZP, žiadanou k dopravnej nehode, išlo o nelekársku posádku, kde záchranárka odobrala anamnézu, pacientku vyšetrila, zaznamenala stav životných funkcií, avšak bez adekvátnej reflexie na zistenú patológiu (hypertenzia, tachykardia). Pacientka bola v starostlivosti posádky RZP cca pol hodinu bez sledovania dynamiky týchto parametrov, pričom išlo o úrazový mechanizmus nepripútej účastníčky dopravnej nehody v 25. týždni tehotenstva s úrazom hlavy. Hypertenzia a tachykardia mohla byť prejavom vystupňovanej

sympatikovej stresovej odpovede, ale rovnako mohla byť prejavom kompenzovanej fázy šoku pri skrytom vnútornom krvácaní.

Taktiež pri diagnostickom zhodnotení úrazu hlavy záchranárka nezohľadnila typický úrazový mechanizmus možného poranenia aj oblasti krku a potrebu imobilizácie krčnej chrbtice.

V tomto prípade imobilizácia krku bola nevyhnutná najmä z dôvodu prevencie sekundárnej spinálnej traumy. Posádka RZP pacientku transportovala bez stabilizácie krku Schantzovým golierom.

Pri vyšetrení na chirurgickej ambulancii ÚPS dohliadaného subjektu lekár vyšetřil pohmatom len temeno hlavy, vyšetřenie krčnej chrbtice absentuje úplne. Neurologické vyšetřenie bolo vzhľadom na charakter úrazu nedostatočné. Bolo potrebné vykonať orientačné neurologické vyšetřenie s popisom rozsahu hybnosti končatín, orientačné vyšetřenie citlivosti a orientačné vyšetřenie známk prípadného koreňového dráždenia.

Nemožnosť zhotovenia zobrazovacích vyšetření vzhľadom na tehotenstvo malo viesť k hospitalizácii z dôvodu sledovania stavu. Pacientka bola odoslaná domov bez stabilizácie krku Schantzovým golierom.

ZÁVER

Úrad výkonom dohľadu zistil, že pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti tehotnej pacientke po dopravnej nehode dohliadaný subjekt porušil ustanovenia § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.

DOPLNENIE

Účastníčka nehody bola vystavená predozadnému a zadoprednému strižnému pôsobeniu nárazových síl, ktoré býva často spojené s typickým poranením tzv. „šľahnutia bičom“ - Whiplash injury (WI):

WI je spôsobené mechanizmom zadopredného nárazu a/alebo naopak, jeho následkom sú nezvyčajné pocity tlaku a bolesti v oblasti krku, pliec a hlavy. Pritom býva poškodený najmä svalovo-väzivový aparát krčnej chrbtice. Okrem týchto príznakov sa môže prejaviť aj bolesť v spodnej časti chrbta ako následok nátlaku na miechu. Uvádza sa, že až 50 % účastníkov dopravnej nehody utrpí toto poranenie v rôznom stupni závažnosti. Nevypočítateľnosťou je, že príznaky sa nemusia prejaviť hneď, môžu byť s prechodnou úľavou,

ale môžu sa prejaviť až s odstupom času. Pri nárazoch silnej intenzity a prudkých pohyboch hlavy môže dôjsť až k poškodeniu C chrbtice (luxácie, fraktúry). Úlohou posádky pri dopravnej nehode je rozpoznať a zohľadniť úrazové mechanizmy s vysokou kinetickou energiou. Nie je úlohou posádky stanovenie exaktnej diagnózy spinálnej traumy na mieste nehody, ale vyslovenie podozrenia a následné zaistenie zodpovedajúcej imobilizácie, liečby podľa kompetencií a transportu až do potvrdenia alebo vylúčenia spinálnej traumy. To, že pacient neudáva bolesti v oblasti krku a nemá neurologický výpadok bezprostredne po traume v oblasti hlavy a krku, ešte nevyklučuje poranenie krčnej chrbtice. V literatúre sa uvádza, že až 50 % poranení krčnej chrbtice nemá zo začiatku žiadne neurologické príznaky.

NESPRÁVNE POSKYTNUTÁ ZS POLYMORBÍDNEMU PACIENTOVI

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE, ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

Podľa písomného vyjadrenia všeobecnej lekárkou bol 57-ročný pacient dlhodobou dispenzarizovaný diabetológom a internistom pre ICHS, hypertenziu, poruchu glukózovej tolerancie s hyperlipoproteinémiou a recidivujúce infekty dýchacích ciest.

Dňa 11.02.2015 bol pacient vyšetřený všeobecnou lekárkou pre kašeľ, nádchu, dýchavicu. Objektívne – TK 150/80 mmHg, pulz 80/min., TT 38 °C, krk - tonsilopharyngitis acuta, pľúca - zostrené dýchanie, ojedinelé chropy bazálne. Vzhľadom na polymorbiditu pacienta boli aj pri nožnej viróze ordinované ATB - Azithromycin 500 mg a vyšetřenie RTG hrudníka. Pri neznižení TT, prípadne dýchavici bola odporúčaná hospitalizácia na internom oddelení. Dňa 12.02.2015 popis RTG hrudníka - záver: Zmnožená kresba perihilózne bilaterálne, aj zatienený kardiofrenický uhol vľavo. Pacient bol všeobecnou lekárkou odoslaný na hospitalizáciu s diagnózou: Hyperpyrexia, bronchopneumónia susp.

Podľa záznamov v zdravotnej dokumentácii bol pacient prijatý na interné oddelenie dohliadaného subjektu dňa 12.02.2015 o 12:30 hod. s diagnózami: akútna respiračná insuficiencia,

pneumónia vľavo, arteriálna hypertenzia, porucha glukózovej tolerancie, hyperlipidémia, obezita, metabolický syndróm, Bronchitída chronica, stav po operácii hernie supraumbilikálnej, stav po operácii Bakerovej cysty vpravo. Ordinovaná liečba: Axetine 750 mg i. v. á 8 hod., kyslík, Bisoprolol/HCT 5/12,5 mg 1-0-0, Lacipil 4 mg 0-0-1, Milurit 300 mg 1-0-0, Stadapyrin 100 mg 0-1-0. Pacient bol sledovaný, vykonané odbery krvi, výter z hrdla, spútum na kultiváciu a citlivosť, o 13:00 hod. TK 140/90 mmHg., TT 37,7 °C, o 15:00 hod. TT 38 °C, o 19:50 hod. TT 38,4 °C, podaný bol fyziologický roztok 500 ml chladený s 1 amp. Novalginu i. v., o 21:00 hod. TT 37,4 °C. V noci sledovaný službukonajúcou sestrou. Z laboratórnych výsledkov: glukóza 6,24 mmol/l, CK celk. 7,71 ukat/l, Tro 144, Ly 15,7 %, CRP 120,5 mg/l. Dňa 13.02.2015 (piatok) o 08:00 hod. zápis sestrou o podaní terapie.

Ďalší záznam - subjektívne: celková slabosť, nevládnosť, objektívne: bez pokojového dyspnoe, dýchanie... (text nečitateľný), podpis bez pečiatky. V ďalších zápisoch je uvedené sledovanie TT a podávanie ordinovanej liečby. Posledný záznam dňa 13.02.2015 je o 22:00 hod.: TT 37,7 °C, podpísaný sestrou. Dňa 14.02.2015 (sobota) o 05:00 hod. zaznačená TT 38,7 °C, podané 2 tbl. Paralenu a podpis. O 09:30 hod. 38,8 °C, popis subjektívneho aj objektívneho nálezu nečitateľný, pečiatka lekára. V ordinácii Paralen 500 mg pri TT nad 38 °C, Novalgin inj. pri pretrvávaní teploty. O 09:40 hod. TT 38,1 °C, podaný Paralen + chladený FR 1/1 500 ml + Novalgin i. v., ďalej zaznamenaná TT a podaná ordinovaná liečba. Posledný zápis o 22:00 hod.: TT 37,4 °C, pacient spal.

Dňa 15.02.2015 (nedeľa) o 05:30 hod. TT 38,2 °C – podaný Paralen, o 08:45 hod. vizita, TT 36,8 °C, v zápise - subjektívne: cíti sa slabý, vykašľava spútum aj s prímiesou krvi, objektívne: febrilné stavy, eupnoický, dýchanie alveolárne, vľavo v inšpirii krepitácie, pečiatka lekára. V ordinácii - inhalácie O₂ + lieky. V dekurze zápisy o podanej liečbe. TT večer o 20:30 hod. 37,5 °C. Dňa 16.02.2015 (pondelok) o 05:00 hod. TT 37,8 °C, podané lieky, aj Paralen o 08:00 hod., o 15:00 hod. pri TT 38,4 °C. Zápis z vizity o 08:00 hod. je nečitateľný, bez pečiatky lekára. O 21:30 hod. zápis (s nečitateľným podpisom, bez pečiatky): stav pacienta sa zhoršil, uvádza sťažené dýchanie, záchvatový kašeľ. Bolesť hlavy, na hrudníku ani brucha nemá. Objektívne: Cyanóza pier a nosa, pokojové tachypnoe, pulmo dýchanie tiché, obojstranne praskoty a piskoty, nad bázou chropky a krepitácie, ozvy ťažko hodnotiteľné pre bronchitický nález.

TK 110/60 mmHg, pulz 100/min., glykémia 8,6 mmol/l. Podané - inhalácia kyslíka 8 l/min., HCT i. v., Furosemid 20 mg i. v. 2 amp., Ventolin, zavedenie permanentného katétra, EKG. Pacient napojený na monitor. V ďalších zápisoch, v intervaloch cca 5 - 10 - 15 minút, informácie o aktuálne podanej liečbe a hodnotách vitálnych funkcií. O 23:00 hod. saturácia kyslíka 50 %, diuréza 900 ml. Dňa 16.02.2015 o 23:45 hod. bol pacient preložený na OAIM do iného zdravotníckeho zariadenia.

Podľa kópie prijímacej správy bol pacient prijatý na OAIM dňa 17.02.2015 o 00:14 hod. s diagnózami: Bronchopneumónia bilat., akútna respiračná insuficiencia s potrebou intubácie a umelej pľúcnej ventilácie, ľavokomorové zlyhávanie, chronická ICHS NYHA II - III, artériová hypertenzia 2. št ESH/ESC, metabolický syndróm s hyperlipoproteinémiou, obezita - BMI 36, chronická bronchitída, porucha glukózovej tolerancie. V priebehu hospitalizácie bol u pacienta potvrdený vírus chrípky H1N1 typ A. Aj napriek intenzívnej liečbe dňa 24.02.2015 pacient exitoval na následky zápalu pľúc vyvolaného vírusom chrípky A/H1N1. Pitva diagnózu potvrdila.

ZHRNUTIE ÚRADOM

Dňa 12.02.2015 o 12:30 hod. bol prijatý na hospitalizáciu polymorbídny pacient s diagnózou akútna respiračná insuficiencia a pneumónia vľavo. Zdravotný stav pacienta bol v priebehu hospitalizácie v dňoch 13.02.2015, 14.02.2015 a 15.02.2015 službukonajúcim lekárom dohliadaného subjektu hodnotený len jedenkrát v dopoludňajších hodinách aj napriek tomu, že stav pacienta sa nezlepšil a horúčka pretrvávala aj pri intravenózne antipyretickej liečbe, podávaní antipyretík intravenózne a chladených infúzií. Zdravotný stav pacienta nebol konzultovaný s pneumológom alebo infektológom ani vtedy, keď sa dňa 15.02.2015 pridružilo vykašľavanie spúta s prímiesou krvi.

ZÁVER

Úrad výkonom dohľadu zistil, že poskytovanie zdravotnej starostlivosti dohliadaným subjektom 57-ročnému polymorbídnemu pacientovi nebolo v súlade s § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.

OMYL PRI EXTRAKCII ZUBA

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

Pacientka bola dňa 03.05.2014 ošetrovaná v stomatologickej ambulancii klinického pracoviska v rámci stomatologickej lekárskej služby prvej pomoci pre bolesti zuba múdrosti – zuba č. 48. Na základe objektívneho vyšetrenia a nálezu aktuálne zrealizovaného RTG vyšetrenia bola lekárom indikovaná extrakcia zuba č. 48. Pacientka dňa 03.05.2014 o 16:30 hod. podpísala informovaný súhlas s extrakciou zuba č. 48 v lokálnej anestézii Supracainom a Marcainom. Pri následne realizovanej extrakcii bol podľa dostupných údajov extrahovaný zub č. 48 a omylom aj zub č. 47, ktorý bol následne replantovaný. Popis vyšetrenia: „48 bolesť. Obj.: afebrilná, 48 deštruovaná korunka zuba, poklopová bolestivosť. Dg.: Parodontitis apicalis chronica ac. exacerbans, d.no.: 48. Th: Supracain 1 ml, Marcaine 2 ml, extractio dens no: 48. Pacientka sa lieči na sklerózu multiplex, liečba bola konzultovaná s... Pri extrakcii 48 sa extrahovala 47, následne ihneď replantovaná, lokálne ošetrovaná, nasadené ATB. Prosím o dosledovanie vitality daného zuba... Ďakujem.“ Pre pretrvávajúce bolesti po extrakcii bola pacientka dňa 05.05.2014 opäť vyšetrená v stomatologickej ambulancii daného klinického pracoviska. Otváranie úst bolo bolestivé, replantovaný zub č. 47 bol poklopovo bolestivý, nereagoval na skúšku vitality, bol kývavý, okolie bolo bez opuchu a hnisu. Extrakčná rana po zube 48 bola pokojná. Realizované bolo kontrolné RTG vyšetrenie, ktorým bola zistená prítomnosť amalgamu v oblasti distálneho koreňa. Nález bol hodnotený ako stav po extrakcii zuba 48, stav po extrakcii a replantácii zuba 47, parodontitis apicalis na zube 47 a corpus alienum v oblasti apexu zuba 47. Následne bola v lokálnej anestézii vykonaná extrakcia replantovaného zuba 47 a exkochleácia lôžka.

Dohliadaný subjekt v rámci svojho vyjadrenia potvrdil, že k extrakcii zuba č. 47 došlo omylom v domnienke, že ide o zub č. 48, ktorý nebol dobre rozpoznateľný.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

Zub č. 48 bol u pacientky správne indikovaný na extrakciu. Pacientka bola o plánovanom postupe informovaná a svojím podpisom

potvrdila, že súhlasí s extrakciou zuba č. 48 v lokálnej anestézii. Zub č. 47 bol extrahovaný omylom. Extrakciu nesprávneho zuba je nutné považovať za pochybenie pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Rozhodnutie okamžite replantovať omylom extrahovaný zub č. 47 bolo správne. Replantácia však nebola vykonaná správne, pretože nebola správne zrevidovaná extrakčná rana po extrakcii zuba č. 47, kde sa podľa RTG nálezu zo dňa 05.05.2014 v oblasti distálneho apexu replantovaného zuba č. 47 nachádzalo cudzie teleso (zvyšok amalgámu), čo bolo správne diagnostikované pri kontrolnom vyšetrení dňa 05.05.2014. Práve toto cudzie teleso mohlo byť pôvodcom následných bolestí a zápalovej reakcie u pacientky. Liečebný postup u pacientky u dohliadaného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti nebol realizovaný správne.

ZHRNUTIE ÚRADOM

Výkonom dohľadu na mieste u dohliadaného subjektu boli zistené nedostatky:

- U pacientky bol dňa 03.05.2014 omylom extrahovaný nesprávny zub č. 47.
- Pri replantácii omylom extrahovaného zuba č. 47 dňa 03.05.2014 nebola správne zrevidovaná extrakčná rana, v ktorej podľa následne vykonaného RTG nálezu ostalo cudzie teleso.

ZÁVER

Výkonom dohľadu úrad u dohliadaného subjektu pri poskytnutí zdravotnej starostlivosti pacientke zistil porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.

PODCENENIE KLINICKÉHO STAVU A VÝSLEDKOV LABORATÓRNYCH VYŠETRENÍ

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

34-ročný pacient bol opakovane vyšetřovaný v chirurgickej ambulancii klinického pracoviska od r. 2012 pre bolesti brucha a bol opakovane hospitalizovaný na klinickom pracovisku od r. 2013 pre akútne exacerbovanú chronickú pankreatitídu, mechanický ikterus, dilatáciu žilčových ciest, pseudocystu hlavy pankreasu, hepatosplenomegáliu, akútnu trombózu v. portae a podozrenie na trombózu v. mesenterica sup. Dňa 12.08.2015 bol vyšetřený v ambulancii VLPD pre bolesti a opuch palca na pravej nohe, v rámci kontrolných laboratórnych vyšetření krvi boli hodnoty AST 0,48 ukat/l, ALT 0,56 ukat/l, GMT 9,03 ukat/l, k. močová 619,53 umol/l, CRP 8,09 mg/l.

Dňa 18.08.2015 bol odoslaný všeobecnou lekárkou pre dospelých na odborné vyšetřenie do chirurgickej ambulancie pre druhý deň trvajúce bolesti v epigastriu, opakované vracanie a ikterus sklér. Záznam z vyšetřenía dňa 18.08.2015 v chirurgickej ambulancii chirurgickej kliniky o 18:43 hod.: 3x hospit. v minulosti pre pankreatitídu. Teraz prišiel pre bolesti. Subj.: Brucho ho bolí v epigastriu po pupok. Obj.: Subicterus sklér, brucho voľné, mäkké, priehmatné, bez rezist., def., palp. cilt. v epigastriu. P. r. – svetlo žltohnedá stolica... Nasleduje zápis realizovaného USG vyšetřenía dutiny brušnej (dňa 18.08.2015): Pečeň je výrazne zväčšená – jej kraniokaudálny rozmer dosahuje 21,5 cm (+ 15,5 cm), intrahepatálne a extrahep. žilčové cesty bez konkrémentov. Žlčník je širší – jeho šírka je do 4,4 cm, obsah je zahustený, bez konkrémentov. Pancreas – oblasť bolestivá na dotyk sondy, je zväčšený, neostrý, v zachytenom úseku je štruktúra nehomogénna – zápal?... Splenomegália... Statim boli realizované laboratórne vyšetřenía krvi: Biochémia - Glu 4,02 mmol/l, Bi 151,4 umol/l, AST 80,53 ukat/l, ALT 39,65 ukat/l, GMT 11,18 ukat/l, ALP 2,28 ukat/l, AMS 1,18 ukat/l, LPS 3,83 ukat/l, CRP 14,49 mg/l, KO - Le 12,33 x 10⁹/l, ostatné v norme. Bol stanovený diagnostický záver: R10.4 iná a bližšie neurčená bolesť brucha. Irritatio pancreatis. Aplikovaná liečba: Novalgín 1 amp. i. m.

Odporúčanie: diéta - neslad. čaj, suchár; kontrola ráno, pri zhoršení ihneď.

Dňa 19.08.2015 v skorých ranných hodinách bol pacient vozidlom RZP privezený na neurologickú ambulanciu v rámci ÚPS pre vertigo, nauzeu, opakovaný vomitus, prekolapsový stav, hypotenziu (TK 69/38.. 63/30.. 60/30 mmHg), sťažené dýchanie, doma si nameral teplotu 37,9 °C. Po vylúčení neurologickej príčiny ťažkostí bol pacient odoslaný na internú ambulanciu. Začiatok vyšetřenía v internej ambulancii bol o 04:00 hod. Počas vyšetřenía bol TK 80/50 mmHg, glykémia glukomerom 1,0 mmol/l, pacient bol afebrilný, pri vedomí, orientovaný, nepokojný, dysartrický, hyperventiloval, objektívny nález bol bez významnejšieho patologického nálezu. Počas pobytu v ambulancii došlo u pacienta cca 5x ku krátkodobej poruche vedomia s kŕčmi (susp. epi paroxyzmus), po poslednej o 04:20 hod. však nedošlo k obnove lucídneho stavu vedomia, bolo konštatované apnoe, asystólia, bolo privolané anestéziologické konzílium, okamžite bola začatá KPCR, ktorá však ani po 40 min. nebola úspešná a o 05:03 hod. bol konštatovaný exitus letalis.

Podľa pitevného protokolu bolo príčinou smrti zlyhanie srdcovej a dýchacej činnosti v epileptickom záchvate pri akútnom zlyhávaní pečene. Komplikáciou základnej choroby bola hypoglykémia (klinický údaj), základná choroba bola drobnouzlová cirhóza a steatóza s nekrózou pečene ťažkého stupňa a epilepsia (klinický údaj), bola zistená aj akútne exacerbovaná chronická pankreatitída, hepatosplenomegália, hemoragické erózie v sliznici žalúdka, početné krvné výronky na pohrudnici obojstranne, v tukovom tkanive medzihrudia, v popľúcnici obidvoch pľúc a v alveoloch pľúc, ľahké zakrvácanie do tenkého a hrubého čreva, meléna, začínajúce šokové zmeny obličiek, akútny emfyzém pľúc, edém pľúc ťažkého stupňa a edém mozgu ťažkého stupňa.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

34-ročný pacient bol evidovaný pre chronickú pankreatitídu s akútnymi exacerbáciami a hepatopatiu, pre ktoré bol opakovane ambulantne vyšetřovaný a hospitalizovaný na chirurgickom klinickom pracovisku. Dňa 18.08.2015 bol o 18:45 hod. vyšetřený v chirurgickej ambulancii pre bolesti brucha v epigastriu a vracanie. Podľa stručného záznamu vyšetřenía mal pacient subikterické skléry, brucho bolo ťažšie priehmatné, bola popisovaná citlivosť v epigastriu

(potvrdená aj pri USG vyšetrení – oblasť pankreasu bola citlivá na dotyk sondy). Pri správne indikovanom USG vyšetrení brucha bol popisovaný zväčšený, neostrý, štruktúrne nehomogénny pankreas (podozrenie na zápal), výrazne zväčšená pečeň, výrazne dilatovaný žalúdok a splenomegália. Laboratórne boli rádovo zvýšené hodnoty hepatálnych enzýmov a bilirubínu, zvýšená bola aj amyláza, lipáza a CRP. Bol podaný Novalgín i. m. a následne bol pacient odoslaný domov s odporúčaním chirurgickej kontroly na ďalší deň, v prípade zhoršenia ťažkostí ihneď. V rámci vyšetrenia klinického stavu chirurgom absentuje v objektívnom náleze popis celkového stavu pacienta, chýba popis palpačného vyšetrenia pečene, sleziny a dolných končatín, nebol vyšetrený tlak, pulz ani telesná teplota. USG vyšetrením popisované organické zmeny pankreasu a hepatosplenomegália v kontexte s hyperbilirubinémiou a extrémne elevovanými hodnotami hepatálnych enzýmov a známami akútnej exacerbácie chronickej pankreatitídy boli jednoznačnou indikáciou na akútnu hospitalizáciu, čo však nebolo realizované. Taktiež nebolo indikované ani vyšetrenie internistom, ktorý by ev. indikoval hospitalizáciu na internom pracovisku. Realizovaný postup chirurga nebol ani zdôvodnený v zdravotnej dokumentácii. Nemuselo ísť bezpodmienečne o hospitalizáciu na chirurgickom pracovisku, pretože boli prítomné evidentné príznaky pečeneňového zlyhávania a exacerbácie chronickej pankreatitídy, ale jednoznačne nemal byť pacient po chirurgickom vyšetrení prepustený do domácej starostlivosti. Pacient bol však odoslaný domov a bola mu odporúčaná chirurgická kontrola ráno, pri zhoršení ťažkostí ihneď. Dňa 19.08.2015 v skorých ranných hodinách bol privezený cestou RZP prakticky v stave ante finem pre progresiu zlyhávania vitálnych funkcií do nemocnice, kde bol akútne vyšetrený v neurologickej a následne v internej ambulancii, kde opakovane došlo k poruchám vedomia s nutnosťou resuscitácie, ktorá nebola úspešná a pacient o 05:03 hod. zomrel. Možno teda konštatovať, že chirurgická zdravotná starostlivosť nebola pacientovi poskytnutá štandardným spôsobom, v dostatočnom rozsahu a správne. U pacienta nebola správne a včas vyhodnotená závažnosť jeho aktuálneho zdravotného stavu, pričom výsledky správne ordinovaných vyšetrení poukazovali na jednoznačné príznaky hepatálneho zlyhania a recidívy pankreatitídy, čo malo byť pre chirurga indikáciou pre odoslanie na akútnu hospitalizáciu na internej alebo metabolickej JIS.

ZHRNUTIE ÚRADOM

- V rámci vyšetrenia klinického stavu chirurgom dňa 18.08.2015 absentuje v objektívnom náleze popis celkového stavu pacienta, chýba popis palpačného vyšetrenia pečene, sleziny a stavu dolných končatín, nebol vyšetrený tlak, pulz ani telesná teplota. Bez týchto údajov nie je možné adekvátne vyhodnotiť stav pacienta s dokumentovaným ochorením pečene a pankreasu, obzvlášť v kontexte s významne patologickými výsledkami laboratórných vyšetrení a USG vyšetrenia zo dňa 18.08.2015.
- U pacienta nebola pri chirurgickom vyšetrení dňa 18.08.2015 správne vyhodnotená závažnosť jeho aktuálneho zdravotného stavu, pričom výsledky správne ordinovaných vyšetrení poukazovali na jednoznačné príznaky hepatálneho zlyhania a recidívy pankreatitídy, čo malo byť pre chirurga indikáciou pre odoslanie na interné vyšetrenie, resp. akútnu hospitalizáciu na internej alebo metabolickej JIS.

ZÁVER

Výkonom dohľadu úrad u dohľadaného subjektu pri poskytnutí zdravotnej starostlivosti zistil porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.

INDIKÁCIA GASTREKTÓMIE V DÔSLEDKU NESPRÁVNEHO VYHODNOTENIA

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

Pacient, nar. 1948, s anamnézou seminómu ľavého testis – po operačnej liečbe, rádioterapii a chemoterapii v r. 2001 - 2002, s CT nálezom na brušných orgánoch (09.02.2005) poukazujúcim na susp. difúzny lymfóm žalúdka následne absolvoval gastroskopické vyšetrenie (11.02.2005) s nálezom vyhladenej tuhej celistvej sliznice na prednej stene žalúdka v distálnej časti mezogastria a v antre,

s dg.: Chronická atrofická gastritída, varixy ezofagu, iritácia bulbu duodena, s cieľným odberom bioptických vzoriek sliznice žalúdka. Histologickým vyšetrením bioptického materiálu zo dňa 18.02.2005 bol stanovený záver patológa: Histologicky v troch preparátoch je ťažká dysplázia epitelu sliznice s črevnou metapláziou a s prítomnosťou HP-like organizmov. V ostatných troch preparátoch ide o dobre diferencovaný adenokarcinóm žalúdka (dohliadaný subjekt č. 1 – inštitút laboratórnej diagnostiky).

Dňa 01.03.2005 bol pacient s histologicky verifikovaným dobre diferencovaným adenokarcinómom žalúdka prijatý na hospitalizáciu na chirurgické oddelenie nemocnice (dohliadaný subjekt č. 2 - nemocnica) na operačné riešenie. Po predoperačnej príprave, internom predoperačnom vyšetrení (Z: kardiopulmonálne komp.) a kontrolnom gastrokopickom vyšetrení na endoskopickom pracovisku nemocnice (03.03.2005, nález: tubulárny pažerák – bpn, kardia voľná, subkardiálna oblasť prezretá inverziou bpn, sliznica žalúdka v distálnej tretine tela žalúdka a v antrálnej oblasti prítomná tuhá, vyhladená sliznica – bioptické vzorky odobraté pri predchádzajúcom vyšetrení, pylorus voľný, bulbus duodena a D2 bpn...) bol u pacienta dňa 03.03.2005 v celkovej anestézii realizovaný operačný výkon: laparotomia, revisio, gastrectomia, PVC drén. Popis výkonu: „V celkovej ET narkóze hornou mediálnou laparotómiou otvorená dut. brušná. Pri revízii nachádzame oblasť pyloru a prepylorickú oblasť žalúdka zhrubnutú a taktiež nachádzame výrazne zväčšené LU v oblasti malej kurvatúry, parakardiálne vpravo aj vľavo a v tripus Halleri. Tieto uzliny odoberáme aj na histol. vyš. Aj keď nie je postihnutý celý žalúdok, vzhľadom na výrazný uzlinový sy. sa rozhodujeme pre totálnu gastrektómiu. Pahýl duodena uzatvárame staplerom lineárnym č. 30. Pasáž GIT-om obnovená anast. sec. Roux-Y a použitý stapler cirk. č. 30. Do oboch subfrénií vložené PVC drény. Sutura oper. rany v anat. vrstvách.“ V bezprostrednom pooperačnom období došlo u pacienta k rozvoju hemoragického šoku, preto bol indikovaný a realizovaný urgentný operačný výkon: relaparotomia, revisio, evacuatio haematomae, opich a. gastroduodenalis, a. gastricae breves, a. pancreaticae – haemostasis. Po výkone bol pacient dňa 03.03.2005 preložený na OAIM nemocnice na intenzívnu liečbu a monitoring. Po aplikácii komplexnej liečby vrátane transfúznej a infúznej liečby (UPV, Cefizox, Quamatel, Fraxiparine, erymasy, Voluven, Calcium gluconicum, Paralen, Tramal, Manitol, FR 1/2, 10 % Glu, do epidurálneho katétra: Morfín, Mesocain) došlo ku stabilizácii cirkulácie a úprave anémie,

pacient bol po 3 hodinách extubovaný. Následne bol pacient pri vedomí, spolupracoval, bol eupnoický, inhaloval kyslík maskou, bolesti boli tlmené epidurálnou analgéziou. Dňa 04.03.2005 bol pacient preložený na chirurgickú JIS nemocnice. Počas hospitalizácie pacienta na chirurgickom oddelení nemocnice (od 04.03.2005 do 14.03.2005) bol jeho stav stabilizovaný, pokračovalo sa v komplexnej liečbe (infúznej, antibiotickej, analgetickej, LMWH), pacient bol vyživovaný parenterálne v kombinácii s enterálnou výživou do nazojejunálnej sondy. Na 7. deň bolo realizované RTG vyšetrenie horného GIT-u (Z: „Pasáž celým úsekom až do tenkého čreva je voľná, únik mimo lúmen nepozorovať...“) a následne bol postupne realizovaný prechod na perorálny príjem stravy. Operačná rana bola pokojná, liečená per primam intentionem, stehy boli odstránené. Dňa 14.03.2005 bol pacient v dobrom stave prepustený do ambulantnej starostlivosti. Histologickým vyšetrením materiálu získaného počas operácie sa však pôvodná histologická diagnóza - dobre diferencovaný adenokarcinóm žalúdka - nepotvrdila. Biopsia zo dňa 07.03.2005 - záver patológa - zhrnutie: Makroskopická a mikroskopická štúdia operačných materiálov s absenciou uvádzanej klinickej diagnózy: dobre dif. adenokarcinóm, 18.02.2005.

ZHODNOTENIE ÚRADOM

šlo o pacienta s dokumentovaným seminómom ľavého testis – po operačnej liečbe, rádioterapii a chemoterapii v rokoch 2001 – 2002, u ktorého bolo pre CT nález na brušných orgánoch poukazujúcich na susp. difúzny lymfóm žalúdka následne realizované gastrokopické vyšetrenie (nález: vyhladená tuhá celistvá sliznica na prednej stene žalúdka v distálnej časti mezogastria a v antre, dg: chronická atrofická gastritída) s cieľným odberom bioptických vzoriek. Histologickým vyšetrením bioptického materiálu bol diagnostikovaný dobre diferencovaný adenokarcinóm žalúdka. Prehodnotením histologického vyšetrenia materiálu úradom bolo zistené, že histologický obraz dokumentoval stredne ťažký chronický, akútne aktivovaný zápalový proces vyvolaný prítomnosťou masívnej infekcie mikróbom Helicobacter pylori, ktorého dôsledkom boli reaktívne dysplastické zmeny stredného až ťažkého stupňa v bunkách žalúdočných žliazok. Dohliadaným subjektom č. 1 boli nesprávne vyhodnotené slizničné vzorky žalúdka zo dňa 18.02.2005. Nesprávne vyhodnotenie predmetných histologických preparátov v ďalšom období indikovalo operačný výkon v zmysle odstránenia

žalúdka. Zdravotná starostlivosť nebola pacientovi dohliadaným subjektom č. 1 poskytnutá štandardným spôsobom, v dostatočnom rozsahu a správne. Nesprávne boli vyhodnotené slizničné vzorky žalúdka zo dňa 18.02.2005 so stanovením diagnózy dobre diferencovaného adenokarcinómu žalúdka. Nesprávne vyhodnotenie predmetných histologických preparátov v ďalšom období indikovalo operačný výkon – gastrektómiu.

Pre histologicky potvrdené malígne ochorenie žalúdka bola u pacienta indikovaná elektívna operácia. Dňa 01.03.2005 bol prijatý na chirurgické pracovisko nemocnice pre realizáciu operačného výkonu. Dňa 03.03.2005 bol realizovaný plánovaný operačný výkon (laparotomia, revisio, gastrectomia, drain) a dňa 03.03.2005 reoperácia pre rozvoj hemoragického šoku v bezprostrednom pooperačnom období. Po výkone bol pacient preložený na OAIM nemocnice na intenzívnu liečbu a monitoring. Po stabilizácii stavu bol preložený späť na chirurgické pracovisko nemocnice. V ďalšom pooperačnom období bol pacient stabilizovaný a po rádiologickej kontrole suficiencie ezofago-jejuno- anastomózy prevedený na plný perorálny príjem. Dňa 14.03.2005 bol pacient v dobrom stave prepustený do ambulantnej starostlivosti. Histologickým vyšetrením materiálu získaného počas operácie sa však pôvodná histologická diagnóza - dobre diferencovaný adenokarcinóm žalúdka - nepotvrdila. Tým vznikol rozpor medzi histologickou diagnózou stanovenou vyhodnotením materiálu odobratého pri gastroscopickom vyšetrení a materiálu získaného počas operácie. Elektívna operácia bola indikovaná na základe histologicky verifikovaného malígneho ochorenia žalúdka. Indikácia, ale aj rozsah a charakter chirurgického výkonu boli primerané pred operáciou stanovenej, histologicky potvrdenej diagnóze. Komplikácia v bezprostrednom pooperačnom období v zmysle hemoragického šoku bola chirurgom v spolupráci s anesteziológom adekvátne zvládnutá. Operačný výkon dňa 03.03.2005 (laparotomia, revisio, gastrectomia, PVC drén), ako aj reoperácia dňa 03.03.2005 pre rozvoj hemoragického šoku v bezprostrednom pooperačnom období boli indikované a realizované správne. Chirurgická zdravotná starostlivosť bola pacientovi v nemocnici poskytnutá štandardným spôsobom, v dostatočnom rozsahu a správne. Prehodnotením histologického vyšetrenia materiálu z totálnej gastrektómie, s omentom, parakardiálnymi lymfatickými uzlinami, lymfatickými uzlinami z tripus Halleri, prstencom resekčných okrajov ezofagu a tenkého čreva pacienta zo dňa 07.03.2005 bolo zistené, že histologický obraz dokumentoval

stredne ťažký až ťažký chronický, akútne aktivovaný zápalový proces v žalúdočnej sliznici. Dôsledkom zápalového procesu boli reaktívne dysplastické zmeny stredného až ťažkého stupňa v bunkách žalúdočných žliazok, s ložiskovou črevnou metapláziou, ložiskovo s papilárnou hyperpláziou foveolárneho epitelu so zvýšenou hlienotvorbou. Histologické vyšetrenie operačného materiálu zo dňa 07.03.2005 nádorový proces nepotvrdilo. Vyhodnotenie nálezu z preparátov z operačného materiálu zhotovených na oddelení patológie nemocnice bolo realizované správne. Zdravotná starostlivosť bola pacientovi dohliadaným subjektom č. 2 poskytnutá štandardným spôsobom, v dostatočnom rozsahu a správne.

ZÁVER

Vyhodnotením informácií získaných výkonom dohľadu úrad u dohliadaného subjektu č. 1 pri poskytnutí zdravotnej starostlivosti pacientovi zistil porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.

Vyhodnotením informácií získaných výkonom dohľadu úrad u dohliadaného subjektu č. 2 pri poskytnutí zdravotnej starostlivosti pacientovi nezistil porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.

MOŽNÁ KOMPLIKÁCIA VÍRUSOVEJ GASTROENTERITÍDY U DETÍ

Úradu bol doručený podnet zákonného zástupcu dieťaťa, ktorý žiadal prešetriť postup lekárov na detskom oddelení, pretože, keby jeho dieťaťu urobili kompletné vyšetrenia, mohla byť životu nebezpečná diagnóza stanovená skôr a dieťa nemuselo podstúpiť operáciu.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

Dieťa bolo dňa 12.03.2015 o 12:23 hod. prijaté na detské oddelenie s diagnostickým záverom pri prijatí: Gastroenteritis acuta. Podľa udania bolo choré od 09.03.2015, kedy v popoludňajších hodinách opakovane vracalo, v úvode ťažkostí vracalo 10x, v nasledujúcich dňoch ešte 2x denne. Teplotu nemalo zvýšenú, 2x v priebehu trvania ťažkostí malo riedku hlienovú stolicu s prímiesou krvi. Liečbu viedol

VLPDD, ordinoval probiotiká, diétu (podávali piškóty, pečivo, dieťa bolo dojčené), odobral výter; pre pretrvávanie ťažkostí, 24 hod. pred hospitalizáciou, pridal do liečby ATB (Duomox 2x 250 mg). Klinický stav sa nelepšil, dieťa menej močilo, a tak prišli priamo do nemocnice.

Pri prijatí bolo dieťa afebrilné, počas vyšetrenia nevracalo. Bruško bolo meteoristické, voľne priehmatné, palpačne dieťa nereagovalo bolestivo, peristaltika bola auskultačne prítomná, poklop dif. bubienkový, bez hmatnej rezistencie. Turgor kože bol znížený. Ostatný klinický nález bol v norme. Zákonný zástupca dieťaťa bol informovaný o nasledujúcom diagnostickom a terapeutickom postupe, podpísal informovaný súhlas. Bezprostredne pri prijatí bol odobratý biologický materiál na vyšetrenie (FW, KO + dif. KO, biochemický profil, základný ionogram, CRP, kapilárna glykémia a ABR). Odobral sa aj materiál na mikrobiologické vyš. (TT, TN, TR). Po uložení dieťaťa na lôžko bola zavedená i. v. linka, napojená infúzia. Ordinoval sa Paralen 4x 125 mg p. p. o. a Probiofix 1x 5 gtt p. o. Matka bola poučená o postupnom zvyšovaní p. o. príjmu, prechodne nebolo odporúčané dojčenie. O 17:30 hod. začal mierny vzostup TT 37,6 °C; po ponúknutí tekutín malo dieťa nauzeu, 1x vyvrátilo trochu čaju. Stolicu nemalo, nemočilo. Od 19:00 hod. do 21:00 hod. pokojne spalo, vtedy sa vymočilo, bolo afebrilné, bez nauzey a vracania. Až do 23:30 hod. znova spalo. O 23:30 hod. bol zaznamenaný výstup TT do 38 °C rektálne, podal sa paralenový čapík s dobrým efektom. Dieťa vtedy 1x vracalo a malo malé množstvo riedkej stolice bez patol. prímiesí.

Dňa 13.03.2015 až do 05:30 hod. dieťa pokojne spalo bez nauzey a vracania, stolicu nemalo. O 05:30 hod. bolo dieťa subfebrilné, 1x vracalo po podaní probiotík. Močilo. O 09:30 hod. pri vizite bolo bruško priehmatné, palpačne nebolestivé, bez rezistencie. Ostatný nález bol v norme. Do 12:00 hod. bolo dieťa v opatere zákonného zástupcu, žiadne ťažkosti neboli udané, stravu odmietalo, tekutiny tolerovalo v malých množstvách. Od 12:00 hod. až do 14:00 hod. pokojne spalo. O 17:00 hod. bola odobratá kontrolná vzorka ABR (parametre boli plne v norme). O 18:17 hod. bol v zdravotnej dokumentácii záznam službukonajúceho lekára: „Dieťa v priebehu dňa len minimálne jedlo tuhú stravu, tekutiny tolerovalo, naposledy vracalo o 14:30 hod., stolica naposledy dopoludnia, riedka s vláknkami krvi. Vetry odchádzajú. Je subfebrilné, nepokoje. Obj.: pri vedomí, plačlivé, na lícach erytém, KP komp., brucho nad niveau, výrazne meteoristické, priehmatné, bolestivosť reakcie sporná.“

Odporúčaná bola natívna RTG snímka brucha a chirurgické vyšetrenie. O 18:30 hod. bolo realizované RTG vyšetrenie: vyššia plynatosť črevných kľučiek, patol. hladinky v kľučkách TČ, bez voľného vzduchu pod bránicami. O 18:57 hod. dieťa absolvovalo chirurgické vyšetrenie so záverom: Status ileosus a bol indikovaný preklad na kliniku detskej chirurgie. O 19:00 hod. bola na detskom oddelení zavedená dieťaťu NGS. O 19:20 hod. bolo úspešne kontaktované vyššie pracovisko a bol odporúčaný preklad dieťaťa. O 19:30 hod. bolo kontaktované KOS, dohovorovaný preklad vozidlom RZP. Cca o 20:30 hod. dieťa prebrala posádka RZP.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

15-mesačné dieťa, s negatívnym predchorobím, dňa 09.03.2015 ochorelo s príznakmi vracania, kŕčov v brušku a následne aj vodnatými stolicami, podľa anamnézy aj s prímiesou krvi. V liečbe dostalo od VLPDD Hylac, pre nelepšenie stavu ďalší deň bol ordinovaný aj Duomox. Pretože riedke stolice napriek liečbe a perorálnemu príjmu potravy (matka dojčila + pridávala piškóty, vodu) stále perzistovali a dieťa menej močilo, bolo dňa 12.03.2015 o 12:23 hod. prijaté na detské oddelenie na intravenóznou liečbu ochorenia a dehydratácie s diagnózou akútnej gastroenteritídy. V objektívnom náleze pri prijatí bolo dieťa eutrofické, malo suchšie sliznice, iné známky dehydratácie neboli uvedené. Brucho bolo meteoristické, ale voľne priehmatné, bez rezistencie či bolestivosti. Ostatný klinický nález bol v norme. V laboratórnych vyšetreniach bol nález nízkej zápalovej aktivity, normálne hodnoty acidobázickej bilancie, bez známok prenenálneho zlyhávania pri dehydratácii, iba nález ketónov v moči poukazoval na katabolický stav. Dieťa malo naordinované infúzie ½ fyziologického roztoku s 5 % glukózou, paracetamol a probiotiká. Prvý deň dieťa 2x vracalo a 1x malo riedku stolicu bez patologických prímiesí. Druhý deň hospitalizácie (dňa 13.03.2015) sa v priebehu dňa objavil výraznejší nepokoj dieťaťa, odmietanie stravy, bruško bolo pri rannej vizite priehmatné, palpačne nebolestivé, bez hmatnej rezistencie. Počas dňa dieťa 2x vracalo (ráno po probiotikách a o 14:30 hod.). Stolicu malo naposledy dopoludnia, riedku s vláknkami krvi. V poobedňajších hodinách bol pozorovaný nástup výrazného meteorizmu, robený RTG brucha s nálezom ileózneho stavu, ktorý potvrdilo aj chirurgické konzílium ako status ileosus. Po dohovore s klinikou detskej chirurgie prevzala dieťa na prevoz RZP o 20:30 hod.

Na chirurgickej klinike bolo dieťa prijaté dňa 13.03.2015 o 22:05 hod. s nálezom vyčerpanosti, bledosti, negativizmu, pri vedomí. Bruško bolo meteoristické, avšak priehmatné a bez hmatnej rezistencie. Na RTG snímke bol nález hladiniek v epimezogastriu - ileózny stav bez nálezu eventuálnej perforácie čreva. V USG vyšetrení bol prakticky rovnaký nález, avšak bola zistená kokarda, charakteristická pre invagináciu v sublienálnej oblasti. Bol prítomný aj malý výpotok v peritoneálnej dutine (cca 10 ml). Stav bol uzatvorený ako invaginácia v ileo-kolickej oblasti. Po predoperačnej príprave bola realizovaná operácia (dňa 14.03.2015 o 02:00 hod.) - laparotómia s nálezom invaginácie v uvedenom rozsahu. Črevná kľučka javila známky hemorágie, avšak po enterotómii sa dala urobiť dezinvaginácia a črevo následne javilo známky vitality. V pooperačnom období si stav ešte vyžadoval korekciu dysbalancie vnútorného prostredia s forsírovanou diurézou, dvojkombináciou antibiotického krytia. Následne prišlo k úprave peristaltiky, dieťa prijímalo potravu a v stabilizovanom stave, po kontrolách a vylúčení recidívy USG vyšetrením bolo dňa 25.03.2015 prepustené do ambulantnej starostlivosti.

U dieťaťa počas hospitalizácie na detskom oddelení dohliadaného subjektu boli prvými príznakmi bolesti bruška, opakované vracanie, riedka hlienová stolica s prímiesou krvi.

Symptómy boli najkompatibilnejšie s hnačkou typu rotavírusovej infekcie. Prúžky krvi na stolici nie sú masívnejšia krv v stolici (ako je typické pre invagináciu). Surčitosťou možno vylúčiť invagináciu v prvých dňoch - počas liečby u VLPDD ambulantne. Aj dňa 12.03.2015, kedy bolo dieťa prijaté na hospitalizáciu, dominoval obraz dehydratácie a hnačky. Brucho bolo v ten deň meteoristické a priehmatné, bez zistenej rezistencie; stolica bola raz, riedka, bez prímiesy krvi. Liečba bola zameraná na hnačku, dehydratáciu a bola aj podľa výsledkov vyšetrení - správny postup.

K zhoršeniu došlo až dňa 13.03.2015 v odpoledňajších hodinách, kedy sa opäť objavili prúžky krvi, ale hlavne obraz ilea potvrdený RTG vyšetrením a chirurgickým konzíliom. Správne bol zorganizovaný bezodkladný preklad na kliniku detskej chirurgie, pretože bez ohľadu na to, čo spôsobilo ileózny stav, bolo potrebné chirurgické riešenie. To sa v optimálnom čase aj zrealizovalo. Veľmi dôležitou skutočnosťou bolo, že dezinvaginované črevo - ileum bolo ešte vitálne, hoci si stav vyžadoval urobiť enterotómiu. Tento nález, ako aj priaznivý priebeh hojenia bez vzniku recidívy ilea a perforácie čreva

poukazoval na relatívne skoré riešenie invaginácie. Stále platí klasické chirurgické riešenie, že „nad invagináciou nesmie zapadnúť alebo výjsť slnko,“ teda, že táto porucha musí byť riešená do 24 hod., inak dochádza ku komplikáciám.

Podľa nálezu na čreve a úpravy stavu dieťaťa bolo možné konštatovať, že:

1. Ochorenie, ktoré začalo dňa 09.03.2015, bolo možné s istotou považovať za vírusovú gastroenteritídu. Podľa charakteru stolíc, priebehu a aj laboratórných vyšetrení, urobených dňa 12.03.2015 na oddelení, takmer s istotou išlo o rotavírusovú etiológiu.
2. V tejto dobe s istotou možno vylúčiť prítomnosť invaginácie, pretože by do operácie s istotou došlo k perforácii čreva a septickej peritonitíde.
3. Zhoršenie stavu, zrejme v dôsledku vzniknutej invaginácie, nastalo dňa 13.03.2015 v odpoledňajších hodinách. Bolo vyslovené podozrenie (vzhľadom k rozvoju výrazného meteorizmu), následne realizovaná RTG snímka brucha vo vise a chirurgické konzílium, ktoré potvrdili ileus. Následne bol indikovaný urgentný preklad na kliniku detskej chirurgie. Správne sa na detskom oddelení nezdržovali dodatočným vyšetrovaním USG - ileózny stav bol jasným dôvodom k riešeniu a diagnóza by sa stanovila na mieste riešenia, resp. pri operácii. Stav bol riešený do 24 hod. od prvých jasných príznakov, čo bol postup lege artis.
4. Hypoteticky možno uvažovať o skoršej diagnostike, s istotou však nie skôr ako dňa 13.03.2015 dopoludnia, ale zrejme by v tejto dobe bol negatívny aj sonografický nález.

Zdravotná starostlivosť bola poskytnutá správne a štandardným spôsobom. Nedošlo k omeškaniu diagnózy a liečebný postup bol lege artis. Invaginácia sa objavila nie ako základné ochorenie, ale ako komplikácia prebiehajúcej vírusovej gastroenteritídy u dieťaťa.

ZÁVER

Výkonom dohľadu úrad nezistil porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z., zdravotná starostlivosť bola poskytnutá správne.

POOPERAČNÝ PRIEBEH PO KAROTICKEJ ENDARTEREKTÓMII

Vo svojom podnete zaslanom úradu v roku 2015 pacientka uviedla, že od operácie v roku 2010 v špecializovanej nemocnici, ktorá mala veľmi komplikovaný priebeh, jej zostali trvalé pooperačné následky. Po operácii bola pacientka opuchnutá šesť mesiacov, nevedela otáčať hlavou.

V neskoršom období po operácii začala pacientka cítiť, že má znecitlivenú a meravú pravú stranu tváre, krku a spodnú časť ucha, čo dávala do priamej príčinnej súvislosti s operačným výkonom.

Nakoľko operujúci lekár po piatich rokoch sledovania v angiochirurgickej ambulancii špecializovanej nemocnice vyradil pacientku z evidencie a nebol ochotný s ňou ďalej hovoriť, pacientka nenašla spoločnú reč ani s riaditeľstvom tejto nemocnice, bola nútená domáhať sa svojich práv na úrade.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

TO: 51-ročná polymorbídna, vysoko riziková pacientka bola hospitalizovaná dňa 15.11.2010 v špecializovanej nemocnici s USG diagnostikovanými stenózami ACI bilat. 55 – 60 %. V popredí bolo vertigo a cefalea. Vzhľadom na pretrvávajúcu závažnú symptomatológiu vertebrobasilárnej ischémie bola indikovaná CEA vpravo.

OA: celiakia, chronická gastritída, stav po HYE, mikrovaskulárna leukoencefalopatia, depresívny syndróm, myopatia, refluxná ezofagitída, struma, porucha tolerancie glukózy, benígna lipomatóza - Madelungova choroba, recidívujúci cervikokraniálny syndróm, VAS C a LS chrčtice. Operácie: st. p. CHE, APE, HYE, st. p. extirpácii cýst z oboch prsníkov, st. p. operácii haluxov, st. p. operácii hemoroidov, st. p. opakovaných plastikách brušnej steny pre benígnu lipomatózu.

Dňa 16.11.2010 bola pacientka po podpise informovaného súhlasu operovaná. Z operačného protokolu: „V CA, za monitorovania vit. funkcií, esovitá incízia v oblasti trigonum caroticum dx. Bifurkácia ACC je uložená nezvyklo nízko. AS zmeny vyznačené najmä

na dorzálnnej stene ACC, čo spôsobuje orificiálnu stenotizáciu ACI dx. ACI dx. je gracilná (diameter cca 3 mm), je tortuózna a mierne zalomená. Po vypreparovaní a obídení ciev podaný heparín, po recirkulácii šikmá discízia, nastrihnutá ACI na mediálnej ploche smerom distálnym asi 20 mm, ACC na korešpondujúcom mieste proximálne asi 1 cm. Resekujeme asi 15 mm ACI, stenotizované miesto riešime plastikou pri reinzercii do ACC.“

Výkon prebehol bez komplikácií, neurologicky bola bez deficitu, bez neuropatologickej symptomatológie, lateralizácie. Rana je pokojná, bez retencie. Následný priebeh hospitalizácie bol bez komplikácií, operačná rana sa hojila primárne, efekt rekonštrukcie bol overený sonograficky dňa 18.11.2010 na odd. diag. a interv. Rádiológie - CCDS: ACC/ACI I. dx. - st. p. CEA, bez včasnej stenózy, kvant. dopplerovské parametre primerané.

Dňa 19.11.2010 o 09:00 hod. bola pacientka kardiopulmonálne kompenzovaná, v dobrom klinickom stave, prepustená domov.

V období od 08.12.2010 do 03.06.2015 (obdobie takmer 5 rokov) absolvovala pacientka 17 pravidelných kontrolných ambulantných vyšetrení v angiochirurgickej ambulancii špecializovanej nemocnice, ktoré boli opakovane dopĺňané USG vyšetreniami v ambulancii odd. diagnostickej a intervenčnej rádiológie tohto pracoviska. Tieto ambulantné kontroly opakovane potvrdili dobrý efekt cievnej rekonštrukcie bez hemodynamicky závažnej restenózy.

V rámci tohto obdobia, počas ktorého bola pacientka pravidelne ambulantne sledovaná, bola iba jediná zmienka o intermitentných bolestiach za ušným lalokom, a to v ambulantnej správe zo dňa 09.02.2011 a v správe z ambulantného vyšetrenia zo dňa 04.04.2012 bolo uvedené: „...t. č. afebrilná, bez neurol. symptomatol., pretrvávajúce parestézie pravého líca, ...neurol. orient. v norme... Odpor. pokračovanie v nastavenej th. lymphodrenáž, odpor. kúpeľnú liečbu.“

Po dohliadanom období navštívila pacientka v roku 2015 spádovú neurologickú ambulanciu, v ktorej bola sledovaná podľa vyjadrenia neurologičky už od roku 2004 pre postupný rozvoj slabosti a trpnutia oboch DK, ako aj pre ubúdanie svalstva DK prevažne vpravo. Ako ďalej vyplývalo z vyjadrenia spádovej neurologičky, pacientke bola na pracovisku v ČR v minulosti diagnostikovaná progresívna pletencová svalová dystrofia. Pri vyšetrení pacientka uviedla, že od operácie CEA pociťuje zmeny citlivosti v dolnej časti sánky a na laterálnej strane krku. Pri kašli a pri prehltaní má pocit

dreveného hrdla. Neurologička diagnostikovala plochú mimiku a hypestéziu ramus mandibularis n. V. l. dx.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

Úrad nezistil u dohliadaného subjektu v rámci predmetu dohľadu nedostatky. Zdravotná starostlivosť bola pacientke poskytnutá správne, v adekvátnom rozsahu a v súlade s odporúčanými medicínskymi postupmi. Počas jej poskytovania nedošlo k pochybeniu zo strany lekárov.

Chirurgický výkon bol realizovaný správne. V dokumentácii neboli žiadne údaje o pooperačnej komplikácii zo strany cievneho alebo nervového systému.

Počas opakovaných dlhoročných ambulantných pooperačných kontrol, klinických, tak aj sonografických, si pacientka iba jedenkrát sťažovala na intermitentné bolesti za pravým ušným lalokom. Zo zdravotnej dokumentácie vyplýva, že žiadne iné ťažkosti súvisiace s výkonom CEA realizovaným v roku 2010 v špecializovanej nemocnici pacientka nemala.

Až v roku 2015 navštívila pacientka pre poruchy citlivosti v oblasti tváre, krku a ušného laloka spádovú neurologickú ambulanciu, kde jej bola po prvýkrát záverovaná plochá mimika pravej polovice tváre a hypestézia r. mandibularis n. V., ktorú pacientka spájala s operačným výkonom pred piatimi rokmi.

Vo vyjadrení operátora bolo uvedené, že ho pacientka v tom istom období telefonicky kontaktovala a domáhala sa vystavenia lekárskeho potvrdenia o tom, že sa v pooperačnom období vyskytli predmetné komplikácie, a že pretrvávajú dodnes, čo operátor odmietol s tým, že všetky údaje o trvalom poškodení zdravotného stavu pacientky sú nepravdivé a účelovo vykonštruované.

Léziu hlavového nervu, ktorá sa prejaví až takmer 5 rokov po operácii, nie je možné kauzálne spájať s chirurgickým výkonom. Klinická symptomatológia lézie hlavových nervov má zostupný charakter, to znamená, že lézia je zrejme okamžite po operácii a v čase sa skôr zlepšuje.

Najčastejšie poraneným nervom je n. hypoglossus, n. laryngeus recurrens a n. laryngeus sup. Lézia ramus marginalis mandibulae n. V. patrí k zriedkavým poraneniam a vzniká ťahom retraktora za mandibulu. Lézia tohto nervu sa prejaví bezprostredne po operácii

poklesom ipsilaterálneho ústneho kútika, čo takisto nie je nikde v dokumentácii pacientky zaznamenané.

Intermitentné bolesti za pravým ušným lalokom, ktoré pacientka uvádzala pri ambulantnom vyšetrení dňa 09.02.2011, boli spojené skôr s léziou kožných senzitivných nervov - n. auricularis magnus a n. transversus colli. Výskyt takejto lézie je relatívne častý (60 – 70 %), čo vyplýva z povahy chirurgického výkonu, avšak ide vždy o prechodnú poruchu s úpravou do 6 - 12 mesiacov.

Výkonom dohľadu podľa zákona č. 581/2004 Z. z. u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti - z údajov zaznamenaných v dostupnej zdravotnej a súvisiacej dokumentácii, ako aj z vyjadrenia dotknutého subjektu a na základe odborného stanoviska prizvanej osoby sa preukázalo, že zdravotná starostlivosť zo strany poskytovateľa zdravotnej starostlivosti bola poskytnutá správne.

ZÁVER

Výkonom dohľadu úrad nezistil porušenie §4 ods.3 zákona č. 576/2004 Z. z., zdravotná starostlivosť bola poskytnutá správne.

KOMPLIKÁCIE A MULTIDISCIPLINÁRNA SPOLUPRÁCA PRI FESS OPERÁCII

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

29-ročná pacientka bola v októbri 2014 vyšetrená alergológom, stav záverovaný ako Rhinitis allergica perennis, Tonsillitis chronica. 24.11.2014 bola vyšetrená u všeobecnej lekárky s údajom 2 dni upchatého nosa, zvýšenou telesnou teplotou. CRP bolo 37 mg/l. Pacientka bola odoslaná na ORL vyšetrenie.

V dňoch 24.11.2014 a 28.11.2014 bola vyšetrená ambulantným otorinolaryngológom pre opuch slizníc a zhoršené dýchanie nosom, bola afebrilná. V objektívnom náleze rinoskopicky lividne lastúry, v nose vodnatý sekrét. RTG vyšetrenie PND bez nálezu patológie, odporúčané nosové kvapky, lokálne glukokortikosteroid – spray, Vincentka, od 25.11.2014 v liečbe ATB Klacid (alergia na ampicilín). Po rekonvalescencii v pláne zvaženie mukotómie.

Pri ďalšom kontrolnom vyšetrení dňa 01.12.2014 u pacientky napriek uvedenej liečbe pretrvávalo sťažené dýchanie cez nos, subfebrilita 37,5 °C, CRP bolo 105 mg/l, orofarynx: sliznica bez povlakov, ružová, nos: sliznica opuchnutá, riedky vodový sekrét. Otorinolaryngológom bolo odporučené vyšetrenie nosa optikou na ORL oddelení.

Od 01.12.2014 do 05.12.2014 bola pacientka hospitalizovaná na ORL oddelení NsP pre akútnu purulentnú rinosinuitídu, v prijímačej správe bolo zaznamenané, že asi pred mesiacom začali problémy s dýchaním cez nos, dýchanie cez nos výrazne sťažené až znemožnené, v posledných dňoch s bolesťami v oblasti nosa a febrilitami. Indikované bolo podávanie parenterálnej ATB liečby. Ordinovaný bol parenterálne Ciprinol 200 mg/12 hod., liečba doplnená o dexametazón i. v. Po aplikácii tejto liečby bol zaznamenaný ústup teplôt, zlepšenie dýchania cez nos, pretrvával opuch dolných nosových lastúr, zaznamenaný pokles zápalových parametrov (CRP pokles zo 100,3 mg/l na 10,7 mg/l). Dňa 05.12.2014 bola pacientka prepustená s vypísanou žiadankou na CT vyšetrenie PND, naplánovaný bol operačný výkon – turbinoplastika v CA na 14.01.2015, medikamentózne odporučené: lokálne Avamys, Aerius tbl., Ciphin, analgetiká.

Dňa 12.12.2014 (v piatok) bolo realizované CT vyšetrenie PND so záverom: Difúzne kompletne obturované PND a nosové prieduchy aj s hladinkami sekrétu v oboch maxilárnych sínusoch, septum bez deviácie, skelet bez uzurácie. Podľa primára ORL oddelenia bol o výsledku CT vyšetrenia PND oboznámený telefonicky dňa 13.12.2014, preto odporučil na 14.12.2014 (nedeľa) vyšetrenie na ORL oddelení.

Dňa 14.12.2014 bola pacientka opakovane hospitalizovaná na ORL oddelení NsP. Pred 4 dňami ukončená ATB liečba, opätovné zhoršenie dýchania, pozitívny nález na CT prínosových dutín (tekutý obsah vo všetkých dutinách), febrility do 39 °C, bolesť hlavy a telesná slabosť, zväčšené submandibulárne uzliny. Na lôžko bola prijatá v čase 10:29 hod., indikovaná urgentná operačná liečba (FESS), ordinovaná predoperačná príprava (laboratórne odbery, konziliárne interné a anesteziologické vyšetrenie). Merané vitálne funkcie (telesná teplota 39 °C, FW 110/120, P 72/min., TK 100/77 mmHg), z lab. vyšetrení: CRP 234,5 mg/l, Le 17,7 x 10⁹/l, hepatopatia v mierne zvýšenej metabolickej aktivite. Aplikovaná úvodná ATB liečba Klimicin 600 mg/12 hod. i. v. a antihistaminikum Dithiaden. O 11:58 hod. bolo volané interné predoperačné a anesteziologické konzílium. V čase o 12:28 hod. rozhodnuté lekármi ORL o potrebe

urgentného operačného výkonu. V čase o 13:43 hod. realizované vyšetrenie internistom – z interného hľadiska bez špecifickej predoperačnej prípravy. V čase o 15:09 hod. realizované vyšetrenie anesteziologičkou - pacientka mierne obézna (hmotnosť 73 kg, výška 165 cm), pacientka o 12:00 hod. požila stravu, febrilná, iné patologické nálezy neprítomné; záver anesteziológa: kardiopulmonálne kompenzovaná, hepatopatia v miernej metabolickej aktivite, akútna pansinuitída, možný septický stav, alergia na ampicilin. Anesteziológ hodnotil pacientku ako ASA 3E (emergentná operácia), navrhnutá celková anestézia, premedikácia: navrhnutý atropín 0,75 mg + Dormicum 5 mg, ak výkon znesie odklad, podať o 17:30 hod. i. m. Pacientka podpísala informovaný súhlas s celkovou anestéziou. Anesteziológ určil najbližší možný termín operácie po najdlhšom časovom intervale hladovania, aký sa uvádza v odbornej literatúre – 6 hodín.

V čase o 18:00 hod. bola realizovaná FESS operácia. V náleze operatér popisuje polypoidne zmenenú sliznicu v strednom priechode obojstranne. Na oboch stranách vykonaná antrostómia čelustných dutín, odsatý hnis, pre intenzívne difúzne krvácanie a úzke pomery operatér nepokračoval v otváraní ďalších dutín. Výkon ukončený prednou tamponádou vazelínovou longetou.

Z priebehu anestézie: Pacientka intubovaná kanylou č. 7, zavedená na 20 cm, posluchom detekované dýchacie fenomény obojstranne aj ETCO₂. V úvode podaný i. v. Thiopental 400 mg, vedenie hypnózy inhalačné - Sevofluran na MAC 6, postupne 4, analgézia - Sufentanil 2x po 1 ml, Novalgin. Pre potrebu rýchleho úvodu podaný Sukcinylcholín 75 mg i. v., iné relaxancie počas anestézie nepodané, podaných 1 570 ml i. v. tekutín. V čase o 19:20 hod. podaný Thiopental 400 mg ako potreba k urgentnej toalete DC po aspirácii a následnej intubácii. V čase o 18:45 hod. podaný Novalgin 1,0 g.

Pacientka na konci anestézie pri MAC 0,1 mala prítomné spontánne dychy, prítomný hltací a kašľací reflex. Extubovaná na 100 % O₂, na odsávačke, pravdepodobne za súčasného odsávania hlienov a krvi z dýchacích ciest, extubácia o 19:10 hod., pacientka inhalovala O₂, asi po 20 minútach aspirácia veľkého množstva hnisavého obsahu, ktorý stekal z nosa a hypofaryngu, následne došlo k reflexnému laryngospazmu, problém s predýchavaním, nízka saturácia O₂, nutná znovu intubácia, o 19:30 hod. napojené USO (systém uzatvoreného odsávania z DC), privolaná ďalšia kvalifikovaná anesteziologička. Konštatovaný návrat primeraných

parametrov oxygenácie. Pre komplikáciu laryngospasmus, respiračná insuficiencia s potrebou toalety DC, dohodnutý preklad na OAIM, na uľahčenie bezpečného transportu podaný Apaurin 10 mg.

Hospitalizácia na OAIM 14.12.2014 - 08.01.2015:

Z operačnej sály bola pacientka prijatá na OAIM o 19:40 hod., napojená bola na UPV – PSIMV s tlakovou podporou 25/22, PEEP 10 cm H₂O, FiO₂ 0,75 v úvode. Postupne znižované FiO₂ na 0,55 so saturáciou nad 90 %. Napojený 24-hodinový odsávač, aby pacientka pri agresívnej ventilácii nemusela byť opakovane odpájaná z dýchacieho okruhu. Pre nutnosť riadenej ventilácie a zaistenia tolerance pacientky bola začatá kontinuálna sedácia Propofolom i. v. V dôsledku sedácie pokles TK, začatá nutná minimálna vazopresorická podpora obeh (noradrenalin), pokračované v ATB terapii klindamicínom podľa odporúčenia ORL lekára, do liečby pridaný cefotaxim, metronidazol i. v., ďalej do liečby pridaná bronchodilatačná, nebulizačná terapia s dobrým efektom. Odobratý materiál na kultivačné vyšetrenie na operačnej sále, hemokultúry doplnené na OAIM. Realizované RTG vyšetrenie hrudníka. Pri prijíme pacientka febrilná, napriek analgosedácii kontaktná, pokojná. Druhý deň ráno o 08:00 hod. bola analgosedácia zastavená, s postupným vysadením vazopresorickej podpory. Pri odovzdávaní služby pacientka pri vedomí, spolupracovala, plne kontaktibilná, ventilácia bez zmeny, saturácia O₂ 94 %, subjektívne bez ťažkostí, už afebrilná.

Na druhý deň pacientka bolesti a pocit nedostatku vzduchu negovala. Tamponádu v nose odporučil operatér zrušiť až po extubácii, nakoľko sa mu vtedy problém nezdal dlhodobým. Zavedenou orogastrickou sondou podávaná 5 % glukóza a následne sondová definovaná strava (Fresubin, Survimed, pre obstipáciu vymenený za Isosource fibre energy, neskôr pri podozrení na rozvoj ARDS Oxepa). Sprievodne bronchodilatancia, hepatoprotektíva, vitamínoterapia. Ventiláčny PSIMV režim bol 16.12.2014 zamenený za CPAP.

V dňoch 17.12.2014 a 18.12.2014 bolo realizované pľúcne konzílium s bronchoskopickou toaletou DC, pritom odber materiálu na kultiváciu. Opakovane bol zistený výskyt Staphylococcus koaguláza negatívny a Enterococcus faecalis. Kultivácie materiálu z nosa vyšli negatívne. Keď sa dňa 22.12.2014 objavila v spúte Candida albicans, bol pridaný flukonazol, ktorý bol v neskoršom intervale zmenený za vorikonazol.

Liečba bola takmer denne konzultovaná s oddelením klinickej mikrobiológie FNŠP, neskôr s infekčnou klinikou vyššieho pracoviska, odporúčenia v liečbe boli rešpektované.

Pacientka bola pri vedomí, spolupracovala, intermitentne udávala citlivosť v oblasti PND a zhoršenie sluchu. CT vyšetrenie zo dňa 22.12.2014 bolo so zhoršeným nálezom PND a nosových dutín, ktoré boli kompletne obturované hypodenznými hmotami. ORL konzílium stav záverovalo ako Pansinusitis acuta a Otitis media catarrhalis I. utr. cum hypacusis conductiva. Postupne bol zaznamenaný pokles zápalovej aktivity so zlepšením klinického ORL i pľúcneho nálezu, s možnosťou zníženia ventilačnej podpory a PEEP, saturácia O₂ 97 % pri FiO₂ 0,35.

Pri spontánnej ventilácii bola pacientka dňa 25.12.2014 extubovaná, dýchala so saturáciou O₂ 98 % cca 35 hodín, následne nutnosť NIV a opäť zlepšenie klinického stavu so spontánnym dýchaním so saturáciou O₂ 95 – 97 % pri oxygenoterapii, zlepšenie auskultačného nálezu na pľúcach, pacientka bola afebrilná, obehovo stabilizovaná.

Dňa 28.12.2014 podľa kultivácií bol k liečbe pridaný Avelox. Do 12 hodín sa na koži objavil hemoragický exantém, sprievodne tachykardia, subfebrilie, z laboratórnych výsledkov: stúpla hladina eozinofilov.

Nad ráno 29.12.2014 pacientka znovu intubovaná a napojená na UPV – BiPAP s podporou 20/18, PEEP 8 cmH₂O. Zmena ATB clony: Avelox z liečby vysadený, pridaný linezolid podľa citlivosti, konzultovaný dermatovenerológ a hematológ s odporúčením liečby a následným ústupom kožnej reakcie.

CT vyšetrenie hrudníka 30.12.2014: obojstranne pruhovité infiltráty na pľúcach s menšími konsolidáciami parenchýmu, bez fluidothoraxu, zmnoženie lymfatických uzlín v mediastíne. Realizované bolo pľúcne konziliárne vyšetrenie - fibroskopický nález: Stav výrazných zápalových zmien vo veľkých DC – viac vľavo suspekcia mykotickej infekcie, preto nasledovala úprava ATB liečby (linezolid, Meronem) a antimykotickej liečby (flukonazol, vorikonazol) podľa rezistogramu.

Dňa 01.01.2015 pre zjavný recidivujúci septický vývoj (okrem doteraz nebulizačne podávaných glukokortikoidov podľa odporúčení SSAIM) bol pridaný Hydrokortizon i. v. v pravidelných intervaloch. Pokus

o inverzný ventilačný režim bol opakovane neúspešný. Znovu minipodpora obehu vazopresormi, podpora funkcie obličiek s dobrou odozvou, ale bilančnou pozitivitou. Glukózový metabolizmus ovplyvňovaný kontinuálnou inzulínoterapiou.

Dňa 03.01.2015 pacientka spontánne ventilovala cez OT kanylu so sat. O₂ 98 % pri oxygenoterapii; pacientka si ju žiadala zrušiť, preto bola dňa 05.01.2015 extubovaná – počas dňa spokojná, chutilo jej jesť – prijímala stravu per os bez ťažkostí; močila dobre, bilancia tekutín negatívna. Stolica bez ťažkostí 1x denne.

Dňa 07.01.2015 v ranných hodinách znovu obehová i respiračná insuficiencia s nutnosťou OTI a UPV, nástup febrilií. Konzultovaný infektológ, ktorý konzultoval aj infekčné oddelenie FNŠP vyššieho pracoviska, ordinovaná liečba bola vyšším pracoviskom potvrdená. Pokus o zmenu polohy na brucho pacientka odmietala, nakoľko ju už predtým neznesla, preto len vysadená. Inverzný režim UPV len s prechodným pozitívnym účinkom.

Pri pľúcnom konzíliu dňa 07.01.2015 v čase o 10:20 hod. odporučené CT vyšetrenie (hrudník, PND a brucho) s cieľom pátrať po ďalších zápalových ložiskách v tele. Konzultovaný hematológ pri zmenách hemokoagulačného statusu. Pľúcnym konziliárom zvažovaná bronchoskopia pre koagulá odsávané z DC; konzultované vyššie pracovisko. Podľa odporúčenia vyššieho pracoviska bolo s tracheostómiou vhodné počkať do druhého dňa, kedy bol plánovaný preklad na uvedené pracovisko. Vyžiadané aj CT vyšetrenie pľúc.

Pacientka bola pripravovaná k hemodialyzačnej liečbe, nakoľko stúpala hladina dusíkatých látok, zatiaľ diuréza dostatočná; zároveň stúpala aj zápalová aktivita. Konzultovaný infektológ, odporučené ponechať ATB clonu (Meronem, linezolid), zároveň odporučené konzultovať imunológa pre nutnosť imunomodulačnej liečby. Doplnený imunopreparát KIOVIG.

Klinický stav pacientky sa napriek uvedenej liečbe zhoršoval, konzultované preto vyššie pracovisko, kde bola pacientka dňa 08.01.2015 preložená. Prevoz bol zaistený RLP. Po krátkodobej hospitalizácii na KAİM pacientka do 24 hodín zomrela na komplikácie stafylokokovej sepsy s rozvojom ARDS a multiorgánovým zlyhaním.

ZHODNOTENIE ÚRADOM

V dohliadanom prípade išlo o 29-ročnú pacientku, ktorá prežila posledné mesiace pred dohliadaným obdobím v nepriaznivom prostredí, celú jeseň laborovala s „upchatým nosom.“ Bolí u nej popisované opakované infekcie DC, ktoré mohli byť zapríčinené nediagnostikovaným sekundárnym imunodeficientným stavom, ktorý ich zvyčajne sprevádza. Tento stav sa vyskytuje v bežnej populácii až v 20 %. V predpokladanom teréne, s dokázanými protilátkami proti respiračným vírusom a vírusom chrípky, v súčinnosti so sekundárnou imunodeficienciou je výskyt recidivujúcej a chronickej bronchopneumónie pravdepodobný (Pfeifer Y., Meisinger I., Microb Drug Resist, 2013, 19, 1-5).

Klinický stav pacientky bol spojený s recidívou pansinusitídy. Pacientka bola v dohliadanom období opakovane hospitalizovaná na ORL oddelení NsP, kde pri prvej hospitalizácii (v čase od 01.12.2014 do 05.12.2014) poskytli pacientke parenterálnu antibiotickú liečbu, po ktorej sa stav výrazne zlepšil. V domácej liečbe však znova došlo k zhoršovaniu stavu, na CT PND sa ukázalo difúzne zatienenie všetkých dutín s hroziacim septickým stavom a komplikáciami zápalu PND. Preto bolo správne rozhodnuté o chirurgickej intervencii na uľahčenie drenáže PND v priebehu druhej jednodňovej hospitalizácie na ORL oddelení (dňa 14.12.2014). Chirurgický výkon bol oprávnené indikovaný, po ukončení výkonu sa stav komplikoval aspiráciou po extubácii.

Následne bol stav pacientky komplikovaný protrahovanou stafylokokovou sepsou s multiorgánovou dysfunkciou. V popredí klinického stavu dominovalo respiračné zlyhanie s potrebou ventilačnej podpory, ktoré vzniklo na podklade obojstrannej aspiračnej bronchopneumónie s následným rozvojom ARDS (šokové pľúca). Pacientka bola prijatá na OAİM pre anesteziologickú komplikáciu, ale ako z dokumentácie vyplývalo, jej dlhší pobyt na OAİM bol zapríčinený stafylokokovou sepsou. Pôvodca sepsy bol primárne v prínosových dutinách, odkiaľ sa zatečením infikovaného obsahu prínosových dutín dostal do pľúc. Prvotná aspirácia pravdepodobne nebola jediným pôvodcom sepsy. Ako dôvod dlhotrvajúceho a na adekvátnu antimikrobiálnu liečbu zle reagujúceho septického stavu nebol nesprávny medicínsky postup, ale pravdepodobne opakované zatekanie hlienov z nosa do nosohltanu a kolonizácia horných dýchacích ciest patogénnymi baktériami. V zdravotnej dokumentácii je uvedené, že hltan a dutina ústna boli opakovane kontrolované lekármi a sestrami OAİM práve pre podozrenie na tento

dej. Napriek tomu, že sa pravidelne vykonávala toaleta týchto anatomických priestorov a intermitentne sa odstraňoval z nich odsávaním hlienohnisavý obsah, ku kontaminácii priestoru nad OT kanylou pravdepodobne došlo. Pacientka s tamponádou v nose (prvé pooperačné dni) a nasogastrickou sondou zavedenou cez ústa mala veľkú pravdepodobnosť ďalších mikroaspirácií infikovaných hlienov popri OT kanyle do pľúc alebo preputovaním patogénnej flóry po jej stenách. Ako najpravdepodobnejšie je možné považovať aspirácie infikovaného obsahu z nosa a prínosových dutín. Druhou možnosťou boli mikroaspirácie žalúdočného obsahu, v ktorom sa môžu nachádzať potenciálne patologické baktérie, ktoré kolonizujú GIT. Tie sa do hrdla pacientky mohli dostať zatekaním a regurgitáciou popri sonde; sonda prechádzajúca cez pažerákový zvierač ho robí netesným a umožňuje regurgitáciu. Rast baktérií v žalúdku podporuje farmakologická prevencia stresového vredu žalúdka, ktorá je u kriticky chorého potrebná. Alkalizáciou žalúdočného obsahu sa môžu baktérie pomnožiť v žalúdku, kam sa dostali prehĺtaním alebo prerastaním flóry GIT. Pacientka vyžadovala kvôli výžive gastrickú sondu, jej umiestnenie cez nos bolo vzhľadom na pansinusitídu a tamponádu nemožné a kvôli zhoršeniu infekcie v prínosových dutinách aj kontraindikované. Sonda zavedená cez dutinu ústnu bola „locus minoris rezistencie“ pre zatekanie a stagnáciu infikovaného obsahu nad OT kanylou. Sekréty nad a v okolí OT kanyly predstavovali opakovanú možnosť kolonizácie kanyly a hrtana mikroorganizmami, ktoré mohli preputovať do dolných dýchacích ciest a opakovane infikovať zápalom zmenené tkanivo pľúc. Stafylokoková infekcia je závažné ochorenie, ktoré sa vyskytuje s ťažkým priebehom aj u pacientov vo vysoko rozvinutých krajinách, sepsa touto baktériou je závažnou komplikáciou aj u pacientov bez predispozícií (Le Moing V., Alla F., PLoS One, Study group VIRSTA 2015, 28,10).

Staphylococcus aureus je obávaný patogén spôsobujúci infekcie mäkkých tkanív, pneumóniu, endokarditídu a ťažkú sepsu, ktoré môžu byť smrteľné. Liečba infekcií môže byť komplikovaná mnohými faktormi. Medzi najdôležitejšie patrí rezistencia k antibiotikám a tvorba biofilmu touto baktériou, ktorá umožňuje zvýšiť odolnosť baktérie voči antibiotikám. Zlatý stafylokok sa môže bežne vyskytovať na slizniciach a koži, prežíva aj u zdravých a je to potenciálne patogénna G+ baktéria. Zlatý stafylokok bol vyvolávajúcou príčinou infekcie v prínosových dutinách u pacientky, mohla ňou byť kolonizovaná dlhší čas a za daných okolností (v. s. imunodeficiencia

u pacientky) využila baktéria svoju virulenciu a stala sa pre pacientku nebezpečnou. Stafylokok obsahuje pestrú paletu rôznych enzymatických, antigénnych i toxických substancií, od konkrétnej výbavy ktorých závisí jeho prienik do tkanív, tvorba abscesov, patogenita, klinické prejavy (infekčné ev. toxické), či celkovo priebeh i prognóza ochorenia.

Stafylokoková pneumónia máva zvyčajne ťažký septický priebeh, je u nej tendencia k tvorbe abscesov, vrátane metastatických. Letalita stafylokokovej pneumónie je vysoká a letalita stafylokokovej sepsy bez agresívnej a včasnej liečby môže byť až 100 % (Bálint, 2007). Ak sa zlatý stafylokok dostane do krvného obehu, spôsobuje infekcie vnútorných orgánov, kostí a svalov, ale aj implantátov. Jeho príznakmi sú horúčka, bolesti hlavy a svalov, kĺbov, vyrážky na dlaniach a chodidlách, ktoré sa šíria na predkolenie.

Pacientka po prijatí na OAIM bola napojená na UPV cez OTI, vyžadovala pomerne agresívny ventilačný režim na zabezpečenie oxygenácie s vysokým PEEP (9 cm H₂O). Od chvíle prijatia dostávala farmakologickú antimikrobiálnu liečbu - trojkombináciu antibiotík „antistafylokokový“ klindamycin, širokospektrálny cefalosporín (zabezpečenie proti G+ a G- flóre) - cefotaxim, metronidazol (zaistenie voči anaeróbnym mikróbom). Pri tejto širokospektrálnej ATB liečbe boli prvé kultivácie zo spúta a PND negatívne. Negativita bola spôsobená pravdepodobne aj správnym výberom ATB, ktoré v prvej línii mikrobiálnu flóru potlačilo. Personál OAIM reagoval správne, robil kontroly kultivácií a hľadal možného patogéna. Potom, čo sa objavila v kultivačnom náleze okrem stafylokoka Candida albicans, bola doplnená liečba antimykotikom - flukonazol (22.12.2014), ktorý sa neskôr vymenil za vorikonazol.

Aj keď prvým zdrojom infekcie boli hlavne prínosové dutiny, nemožnosť odpojenia od UPV a problémy s oxygenáciou ukázali, že napriek ATB liečbe došlo po zatečení krvi a hnisavého obsahu k infekcii pľúcneho tkaniva. Dôkaz priniesli nielen zobrazovacie vyšetrenia (RTG pľúc, CT pľúc), ale aj bronchoskopie, ktoré boli správne indikované. Bronchoskopia sa uplatnila ako diagnostická, ale aj terapeutická metóda. Ukázali hromadenie krvi a hlienov za OT kanylou, pomohli pri odstránení hlienohnisavých a krvavých zátok z bronchov, umožnili lepšie odobranie vzorky na kultivácie. V ďalšom priebehu ochorenia bola bronchoskopia robená niekoľkokrát, vždy správne indikovaná. Opakovane ukázala, že sliznica pľúcnych mechúrikov počas celého pobytu na OAIM javila známky edému, zápalových zmien a fragility, čo bolo v konečnom

dôsledku veľmi nepriaznivým terénom pri tak invazívnej infekcii, akým bol rezistentný stafylokok. Bronchoskopia ukázala „kolabujúce steny bronchov,“ čo hovorí nepriaznivo o odolnosti a zdatnosti celého bronchiálneho stromu. Kolabujúce bronchy zvyšujú tendenciu k tvorbe atelektáz pľúc a konsolidácii parenchýmu (Peroni D. G., Boner A. G., Paediatr Respir Rev, 2000, 274-278). Tieto problémy mohli spôsobiť zmeny v pľúcnom tkanive, okrsky ťažko otvoriteľné pomocou agresívnej UPV alebo dostupné pre vyprázdňovanie a odstraňovanie hlienov odsávaním alebo bronchoskopiou. Takýto stav vysvetľuje nielen protrahovanú a recidivujúcu infekciu pľúc, ale aj dlhotrvajúcu potrebu invazívnej UPV u pacientky.

Dňa 25.12.2014 došlo prechodne k poklesu zápalovej aktivity, ku klinickému zlepšeniu stavu, pacientka bola extubovaná, ale po 35 hod. bola znovu intubovaná pre respiračnú insuficienciu s nálezom obojstrannej bronchopneumónie a zápalovo zmenenej sliznici pľúc. U pacientky bola potrebná agresívna UPV s vysokým PEEP, neskôr bola ventilovaná v režime BIPAP, ktorý pomohol zlepšiť jej oxygenáciu.

Dňa 28.12.2014 bol do liečby ako ATB pridaný chinolón, s ktorým bola podľa dokumentácie spájaná kožná reakcia. Kožná reakcia mohla byť spôsobená jednak poliekovou vaskulitídou, ako aj uvoľnením baktérií (stafylokokov) do krvi a následne kožnými mikroembolizáciami stafylokokom po ATB liečbe.

Na základe kultivácie, vlastnej empirie a bronchoskopických zistení (sepsa spôsobená Stafylokokom) lekári OAIM podrobne konzultovali ATB liečbu s mikrobiológmi a infektológmi vyšších pracovísk. Opakovane počas konzílií riešili ATB liečbu. Po prvej reintubácii bola dohodnutá zmena antibiotickej liečby s použitím rezervných ATB: linezolid (G+ flóra, a teda aj antistafylokokové ATB) a meropenem (má aj antistafylokokovú potenciu, je veľmi dobre citlivý na G- flóru). Tieto antibiotiká majú dobrý prienik do mäkkých tkanív a slizníc. Napriek liečbe „rezervnými antibiotikami“ (sú vyčlenené pre agresívne infekcie a rezistentné baktérie) sa nedarilo infekciu adekvátne zvládnuť, resp. došlo k jej prechodnému potlačeniu s možnou druhou extubáciou pacientky. Po niekoľkých hodinách sa ukázalo, že nie k úplnému odstráneniu. O agresívnosti infekcie hovorí aj nález na CT vyšetrení PND (22.12.2014, 30.12.2014 a 07.01.2015). CT vyšetrenie 30.12.2014 ukázalo pruhovité infiltráty pľúc, potvrdilo pretrvávajúce zápalových zmien v pľúcach. Po bronchoskopickej kontrole bolo dohliadaným subjektom usúdené, že v teréne širokospektrálnej ATB

liečby došlo k mykotickej infekcii, čo viedlo k nasadeniu antimykotika s intravenóznym podaním.

Stav pacientky bol personálom OAIM a konziliárnymi hodnotený a manažovaný ako ťažká sepsa. Pacientka vyžadovala vazopresorickú podporu. V tom čase bolo potrebné pre zlyhanie respirácie a rozvoj ARDS udržať celkovú negatívnu bilanciu tekutín, čo sa napriek úsiliu personálu nie vždy podarilo. Pre ARDS bol aplikovaný agresívnejší UPV režim. Personál OAIM sa vzhľadom na problémy s oxygenáciou snažil zvýšiť agresivitu režimu, najprv cez PSIMV s inverzným pomerom dôb, aplikáciou pronačnej polohy, ktorú pacientka netolerovala. Okrem cirkulácie a respirácie sa personál OAIM venoval korekcii vnútorného prostredia. Prítomná inzulínová rezistencia bola prekonávaná aplikáciou kontinuálneho inzulínu.

Dňa 05.01.2015 došlo k opätovnému zlepšeniu klinického stavu, pacientka bola extubovaná, zlepšenie oxygenácie umožnilo pacientke komunikovať, prijímať stravu, avšak dňa 07.01.2015 progredovala v ranných hodinách respiračná a obehová insuficiencia, pacientka bola v tom čase na neinvazívnej UPV maskou. Ventiláčne vyčerpanie viedlo k potrebe reintubácie + UPV. Zrútenie organizmu bolo spôsobené ďalšou atakou invázie baktérií do pľúc a krvi, čo bolo spojené s nástupom febrílií a multiorgánového zlyhania.

Dňa 07.01.2015 podľa zobrazovacích vyšetrení na CT pľúc a PND - napriek cielenej ATB liečbe a komplexnej intenzívnej terapii pretrvávali ťažké zápalové zmeny. Pre nutnosť imunomodulácie bola doplnená liečba o imunoglobulíny. Personál vzhľadom na oligoanúriu pripravoval pacientku na eliminačnú liečbu - dialýzu. Pacientka bola v tom čase vzhľadom na progresiu sepsy konzultovaná postupne s infektológom vyššieho pracoviska, ktorý potvrdil ATB liečbu. Konzultácia s vyšším OAIM pracoviskom ohľadom prekladu pacientky (NÚTaRCH Vyšné Hágy), ktoré UPV a oxygenačnú liečbu vykonávanú na OAIM tiež potvrdilo. Po prezretí CT nálezu vo Vyšných Hágoch podporili všetky aktivity, ktoré personál na OAIM realizoval. Pre vyčerpanie možností dohliadaného subjektu bola pacientka konzultovaná s KAIM vyššieho pracoviska, kde bola preložená dňa 08.01.2015. Po krátkodobej hospitalizácii na uvedenom pracovisku do 24 hodín pacientka na KAIM zomrela na komplikácie stafylokokovej sepsy s rozvojom ARDS a multiorgánovým zlyhaním.

ZÁVER

Výkonom dohľadu neboli pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientke zo strany dohliadaného subjektu v dohliadanom období zistené nedostatky v zmysle porušenia § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.

HYDRONEFRÓZA AKO KOMPLIKÁCIA LAPAROSKOPICKEJ HYSTEREKTÓMIE

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

Išlo o 48-ročnú pacientku sledovanú ambulantným gynekológom pre hyperpláziu endometria, recidivujúce metrorágie, sideropenickú anémiu a myomatózny uterus. Dňa 01.12.2014 bola odoslaná na konziliárne vyšetrenie na GPO spádovej nemocnice k zväženiu operačnej liečby. Následne po absolvovaní interného predoperačného vyšetrenia, bez kontraindikácií k operačnému výkonu v celkovej anestézii a anestéziologického vyšetrenia s pozitívnym záverom pre výkon v celkovej anestézii pri ASA II bola dňa 15.01.2015 prijatá na hospitalizáciu na GPO. Pri prijatí na GPO bol u nej klinickým vyšetrením konštatovaný uterus gr. m. II s negatívnym nálezom na adnexách. Následne bolo realizované transvaginálne sonografické vyšetrenie s nálezom uterus myomatosus. Na základe tohto nálezu bola indikovaná totálna laparoskopická hysterektómia s bilaterálnou adnexektómiou. Pacientka podpísala rozsiahly informovaný súhlas, v ktorom bola zmienka aj o možných komplikáciách zo strany urologického systému a eventuality ďalších operačných intervenciách. Operačný výkon bol u pacientky realizovaný laparoskopicky dňa 16.01.2015. Operačným nálezom bol zistený myomatózny uterus, operačným výkonom bola laparoskopická hysterektómia a obojstranná adnexektómia.

Z operačného protokolu vyplýva, že bola použitá elektrokoagulácia a monopolárne nožnice na prerušenie ligamentum rotundum, ligamentum ovarii proprium a ligamentum infundibulopelvicum. Jediným krokom, kedy bola použitá sutúra, a to V-loc, bol uzáver pošvového pahýľa laparoskopicky. Pooperačný priebeh bol

nekomplikovaný, pacientka močila spontánne, diuréza bola primeraná. Na piaty deň hospitalizácie (21.01.2015) bola v klinicky dobrom stave prepustená do ambulantnej starostlivosti. Definitívna histológia potvrdila myomatózu a adenomyózu uteru a dysfunkčné endometrium. Dňa 26.01.2015 bola pacientka pre nauzeu a vracanie vyšetrená svojím všeobecným lekárom, ktorý ju v ten istý deň odoslal na chirurgické vyšetrenie, ktorým sa NPB vylúčila, ale realizovaným sonografickým vyšetrením sa potvrdila dilatácia panvičky vpravo bez dilatácie kalichov, preto bola odoslaná na urologické a gynekologické konziliárne vyšetrenie. Pri chirurgickom kontrolnom vyšetrení pacientky dňa 05.02.2015 bol stav pacientky hodnotený ako dyspeptický syndróm, v tom čase bez známkov NPB a pre stázu v pravej obličke chirurg indikoval urologické vyšetrenie. Pri urologickom vyšetrení dňa 09.02.2015 urológ stav pacientky vyhodnotil ako stázu na distálnej časti pravého močovodu a dohodovil neodkladné vyšetrenie pacientky na urologickom oddelení. V ten istý deň bolo realizované aj kontrolné gynekologické vyšetrenie s negatívnym nálezom. Dňa 10.02.2015 mala pacientka na ambulancii urologického oddelenia zavedenú drenáž (pigtail Ch6) do pravej obličky, realizovanú cystoskopiou a retrográdnou ureterografiu s nálezom filiformného zúženia po SI skĺbení, nad ktorým bol mierne dilatovaný močovod a v hornej tretine boli popisované nepravidelné výpady lúmenu močovodu, bez popisu extravazácie kontrastu. Počas následnej hospitalizácie na urologickom oddelení v dobe od 17.03.2015 do 22.03.2015 bola dňa 18.03.2015 u pacientky po sonografickom vyšetrení realizovaná ureterorenoskopia vpravo s nálezom granulačného tkaniva močovodu pri skrížení s ilickými cievami, bola zavedená UK cievka a permanentný katéter, ktoré boli odstránené nasledujúci deň a pacientka bola prepustená dňa 22.03.2015 do ambulantnej starostlivosti. Pri kontrolnom urologickom vyšetrení dňa 31.03.2015 bolo konštatované pretrvávanie hydronefrózy vpravo nad krížením s ilickými cievami. Po realizácii i. v. urografie so záverom stenosis ureteris vpravo bola pacientka dňa 27.04.2015 prijatá na hospitalizáciu na urologické oddelenie na resekciu, eventuálne neoimplantáciu ureteru vpravo. V deň prijatia bola po sonografickom vyšetrení pravá oblička bez mestnania, realizovaná vylučovacia urografia potvrdila hypotonický močovod v hornej tretine s negatívnym cystogramom. Plánovaná operačná intervencia bola vzhľadom na tento nález zrušená s odporúčením ďalšieho sledovania. Kontrolné urologické vyšetrenie realizované dňa 02.06.2015 potvrdilo reštitúciu ad integrum.

ZHODNOTENIE ÚRADOM

Operačný výkon - totálna hysterektómia s bilaterálnou adnexektómiou - bol u pacientky realizovaný monopolárnou koaguláciou. Jediný steh (V-loc) bol použitý pri sutúre pošvového pahýľa. V prípade V-loc 180 je doba absorpcie materiálu 180 dní. Po opakovaných zobrazovacích a endoskopických vyšetreniach sa stanovilo miesto stenózy ureteru v oblasti jeho križenia s ilickými cievmi, v mieste zvyčajnej disekcie infundibulopelvického ligamenta, teda nešlo o juxtavezikálnu časť ureteru, striktúra ktorej by mohla súvisieť s naložením stehu. Ureterorenoskopia nepotvrdila léziu močovodu v zmysle prešitia stehom. Doba reštitúcie ureteru od operácie bola 136 dní, čo je kratšia doba, ako je udávaná doba resorpcie V-loc stehu. Pri opakovaných urologických kontrolách boli obličkové parametre u pacientky v norme. V prípade tejto pacientky vysvetlenie stenózy močovodu ponúka vznik retroperitoneálneho hematómu s externou kompresiou ureteru. Po resorpcii hematómu došlo k reštitúcii ureteru ad integrum. Prechodná stenóza pravého ureteru nebola u pacientky spôsobená chirurgickou intervenciou, ale pravdepodobne vznikom retroperitoneálneho hematómu, čo nebolo počas operačného výkonu predvídateľné. Opakované urologické liečebné postupy zabezpečili drenáž ureteru s následnou reštitúciou nálezu ad integrum, bez negatívneho vplyvu na renálne funkcie pacientky. O možnom komplikovanom pooperačnom priebehu bola pacientka náležite poučená, čo potvrdila svojím podpisom v rámci informovaného súhlasu.

ZÁVER

Výkonom dohľadu úrad konštatoval, že zdravotná starostlivosť zo strany poskytovateľa zdravotnej starostlivosti bola poskytnutá správne, v súlade s ustanoveniami § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.

OTVORENÁ KOMINUTÍVNA ZLOMENINA ĽAVÉHO ČLENKA – NEOPEROVANÁ?

48-ročný pacient požiadal úrad o prešetrenie správnosti poskytnutej zdravotnej starostlivosti na oddelení úrazovej chirurgie ústavného

zdravotníckeho zariadenia (ďalej len „poskytovateľ“) v dohľadanom období od 29.07.2014 do 05.08.2014. V tejto súvislosti pacient uviedol, že dňa 29.07.2014 sa mu stal úraz ľavej dolnej končatiny a bol prevezený k poskytovateľovi, kde ho mali operovať, ale informovali ho, že z personálnych dôvodov to nie je možné. Pacient uviedol, že čakal, až sa s ním bude niečo robiť, avšak čakal zbytočne. Preto si vybavil prevoz do iného ústavného zdravotníckeho zariadenia, kde mu bola poskytnutá zdravotná starostlivosť, s ktorou bol spokojný.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

Z predloženej zdravotnej dokumentácie vyplynulo, že pacient bol dňa 29.07.2014 o 17:55 hod. dovezený RZP k poskytovateľovi na úrazovú ambulanciu ÚPS s otvorenou kominutívnou zlomeninou vľavo po zlom zoskočení s vlečky. Pri objektívnom vyšetrení bol pacient pri plnom vedomí s GCS 15 bodov a bol orientovaný miestom a časom. V lokálnom náleze bola u pacienta popísaná otvorená zlomenina distálnej tretiny predkolenia vľavo (nad laterálnym maleolom boli viditeľné dve rany veľkosti cca 3 x 2 cm a 3 x 3 cm), ktorá bola znečistená zeminou a na laterálnej strane s prítomným kostným fragmentom cca 5 x 3 cm. Pacientova končatina bola opuchnutá a modrá, s veľmi slabým hmatným pulzom na arteria tibialis a arteria dorsalis. Na RTG ľavého predkolenia zo dňa 29.07.2014 bola popísaná kominutívna fraktúra dist. diafýzy a metafýzy tíbie, fraktúra tib. malleolu, kominutívna fraktúra strednej tretiny diafýzy fibuly, fraktúra fibulárneho malleolu, známky dislokácie fragmentov. Napriek tomu, že manželka pacienta sa dožadovala ošetrenia v inom zdravotníckom zariadení (o tejto skutočnosti bol spísaný zápis v dekurze dňa 29.07.2014 o 19:24 hod.), pacient bol po prvotnom ošetrení na úrazovej ambulancii ÚPS (objemová laváž rán so sterilným krytím a dočasnou imobilizáciou Kramerovou dlahou) prijatý k ústavnej liečbe na JIS oddelenie úrazovej chirurgie poskytovateľa s diagnózou fractura cruris I. sin partis distalis aperta GA II a s plánovaným etapovým spôsobom liečby uvedeného poranenia. Po nevyhnutnej príprave a pod ATB clonou (trojkombinácia) bola u pacienta dňa 29.07.2014 o 23:30 hod. v CA vykonaná operácia s revíziou, dôkladnou lavážou, s naložením Redonovho drénu, s adaptačnou sutúrou rán po otvorenej zlomenine, s transskeletárnou trakciou cez kalkaneus

a so sterilným krytím. V pooperačnom období bol pacient kontinuálne sledovaný, HD bol stabilizovaný, pulzácia na arteria dorsalis pedis bola dobre hmatná, rany po otvorenej zlomenine boli bez retrakcie, ale s výrazným edémom a začervenaním. Definitívne ošetrenie bolo u pacienta plánované o 7 až 10 dní od úrazu po ústupe opuchu, neprítomnosti infekcie, primárneho hojenia rán a po stabilizácii zlomeniny pilonu tibie. Napriek poučeniu sa pacient dožadoval dňa 03.08.2014 prekladu do iného zdravotníckeho zariadenia, čo bolo zaznamenané v dekurze. Po nevyhnutnej príprave a telefonickom dohovore, pacient bol v stabilizovanom stave cestou RZP dňa 05.08.2014 na vlastnú žiadosť preložený na kliniku úrazovej chirurgie a ortopedie iného ústavného zdravotníckeho zariadenia k ďalšej liečbe s prepúšťacou diagnózou St. post operativam propter fractura piloni tibiae et fibulae l. sin, comminutiva, dislocata, aperta gr. II GA (so stratou kostného fragmentu veľkosti cca 5 x 3 cm).

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

48-ročný polymorbídny pacient bol dňa 29.07.2014 o 17:55 hod. privezený RZP na ambulanciu úrazovej chirurgie ÚPS poskytovateľa s otvorenou zlomeninou ľavého predkolenia po páde z vlečky traktora. Pacient bol na ambulancii správne prvotne ošetrený a odoslaný na hospitalizáciu na JIS oddelenia úrazovej chirurgie poskytovateľa. U pacienta išlo podľa RTG dokumentácie o dislokovanú intraartikulárnu otvorenú zlomeninu pilonu s úlomkami podľa klasifikácie 43-C3, čo predstavuje najťažší typ otvorenej zlomeniny v tejto lokalite a výsledky liečby zanechávajú spravidla následky rôzneho rozsahu. Vzhľadom k nálezu a rozsahu uvedeného poranenia bol u pacienta správne naplánovaný etapový spôsob liečby. Preventívne bol pacient zabezpečený trojkombináciou antibiotík a bol pripravovaný k prvotnému chirurgickému operačnému riešeniu. Po nevyhnutnej príprave bol dňa 29.07.2015 o 23:30 hod. operovaný. Pooperačný priebeh so starostlivosťou bol u pacienta bez komplikácií a správny. Definitívne ošetrenie bolo plánované o 7 - 10 dní od úrazu. Na 7. pooperačný deň (dňa 05.08.2014) bol pacient na vlastnú žiadosť preložený do iného zdravotníckeho zariadenia k ďalšej liečbe.

Analýzou údajov získaných dohľadom a tvrdenia uvedeného v podnete, že poskytovateľ pacienta z personálnych dôvodov neoperoval a pacient zbytočne čakal, až sa bude niečo robiť, úrad zistil, že operačný výkon bol poskytovateľom indikovaný a bol

zrealizovaný v deň prijmu, t. j. dňa 29.07.2015 o 23:30 hod., a to štandardným spôsobom podľa všeobecne akceptovaných odporúčaní v traumatologickej praxi.

Úrad zistil, že poskytovateľ v urgentnom režime naplánoval liečebnú taktiku s etapovým spôsobom liečby a technologickými postupmi správne, hoci v zdravotnej dokumentácii poskytovateľa chýbal pacientov podpis na tlačive „Poučenie a písomný informovaný súhlas pacienta“ zo dňa 29.07.2014. Podpis chýbal aj v ošetrovateľskom zázname. Chýbanie podpisu malo organizačno-administratívny charakter a neovplyvnilo liečbu a ošetrovanie pacienta. Odborný postup poskytovateľa pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti bol realizovaný v rozsahu a časovej postupnosti podľa postupov spĺňajúcich charakteristiky štandardných diagnostických a terapeutických postupov podľa slovenských a európskych odporúčaní traumatologickej praxe. Napriek nedostatočne vedenej zdravotnej dokumentácii bol pacient správne manažovaný.

ZÁVER

Úrad nezistil porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z., zdravotná starostlivosť bola poskytnutá správne.

JE ANAMNÉZA POLOVICOU DIAGNÓZY?

Predmetom dohľadu bolo prešetrenie podania 34-ročného pacienta, ktoré smerovalo voči dvom poskytovateľom zdravotnej starostlivosti:

1. Neštátnej chirurgickej a úrazovej ambulancii, ktorú vinil zo straty práce a svojej invalidizácie pre nesprávnu liečbu zranenia ľavej ruky a poškodenie nervus radialis l. sin. z tlaku zle urobeným znehybnením, zasadovaním ruky.
2. Nemocnici s poliklinikou, ktorú tiež vinil zo straty práce a svojej invalidizácie pre nedoriešenie poškodenia nervu, aj pre popáleniny ľavého predlaktia a ruky pri ambulantnej fyziatrcko-rehabilitačnej liečbe.

*ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ
ZHRNUTIE*

Pri prvom vyšetrení a ošetrení v neštátnej chirurgickej a úrazovej ambulancii dňa 09.01.2013 pacient uviedol, že mal pred piatimi dňami úraz ľavej ruky. K mechanizmu úrazu uviedol, že v práci zakopol o paletu, spadol a udrhel si ľavú ruku. Neskôr uvádzal aj druhý variant, že spadol cestou na autobus na zľadovatej ceste, keď zakopol o obrubník. Ruka mu opuchla a od úrazu ho stále bolí. Objektívne zistený opuch, hematóm, bolestivosť chrbta ruky, obmedzenie pohyblivosti, bez neurocirkulačných porúch. RTG nález negatívny. Dg.: Contusio et haematoma dorsi manus I. sin. gravis. Terapia: sadrová dlaha. Odporúčanie: Kontrola o 2 dni, pokoj, polohovať, cvičiť prstami, pacient poučený.

Pri kontrole dňa 11.01.2013 - Objektívne: neurocirkulačne v norme. Terapia: dlaha nefunkčná (poškodená), sadra dotočená. Odporúčanie: Kontrola 21.01.2013, pri ťažkostiach skôr, pri opuchu sadra ex a RTG, poučený. Dňa 23.01.2013 - Subjektívne: bolesti nemá. Objektívne: bez útlaku sadry, periférne pulzácie hmatné, opuch z nepolohovania, prítomné známky periférnej lézie n. radialis, v. s. intoxikačné. Konzument farmák?? Sadra ex. Odporúčanie: Neurologické vyšetrenie, kontrola s výsledkom. Na odporúčané kontrolné vyšetrenie s výsledkom neurologického vyšetrenia pacient už neprišiel.

Zo záznamu z neurologického vyšetrenia podstatné: Pacient udáva, že dňa 04.01.2013 spadol, udrhel si ľavú ruku v oblasti zápästia, bol na chirurgickom vyšetrení, mal sadrovú fixáciu, udáva pretrvávajúce ťažkosti, nemôže vystierať prsty na ľavej ruke, pripúchajú mu, má obmedzenú úchopovú schopnosť. Objektívne: sila stisku slabšia vľavo, viazne dorzálna flexia ľavej ruky, prepadáva ľavá ruka do flexie, taktilná hypestéza v inervačnej oblasti n. radialis vľavo, štipka nedokonalá vľavo. Diagnóza: posttraumatická lézia n. radialis vľavo. Terapia: Aescin drg. 3 x 1, Neuromultivit 2 x 1, EMG vyšetrenie, RHB, kontrola podľa stavu.

Zo záznamu z FRO ambulancie podstatné: Po úraze zo 04.01.2013 s RTG bez traumatických zmien a po 3-týždňovej sadrovej fixácii s neurologickým záverom lézia n. radialis I. sin, bolo plánované EMG vyšetrenie na 22.02.2013. Pretrvávajú opuch dorza ruky a prstov, s obmedzením pohybu prstami v základných kĺboch. Liečba Aescin, Neuromultivit. Obj.: Pohyb v ramene dobrý, v lakťovom kĺbe

s koncovým obmedzením extenzie a supinácie viazne o 3A, zápästie prepadnuté v palmárnej flexii, dorzálna flexia aktívne nemožná, pasívne do 20 st., prsty vo flekčnom postavení, vystrie a čiastočne dovrie do dlane. Diagnóza: Laesio nervi radialis posttraumatica, St. post contusionem dorsi manus I. sin. Terapia: hypertermná vírivka na ľavú hornú končatinu + LTV - facilitačné techniky na LHK + ostatná liečba. Ďalšie záznamy z rehabilitácie sú uvedené v ZD so záznamom realizácie ordinovanej liečby od 05.02.2013 do 13.03.2013 vrátane úpravy ordinovanej liečby lekárom, s využitím teplých obkladov.

EMG vyšetrenie zo dňa 22.02.2013 potvrdilo ťažký stupeň demyelinizačnej lézie n. radialis vľavo s výraznejším postihnutím motorických vlákien, čo následné neurologické vyšetrenie v ten deň uzavrelo dg. posttraumatická lézia n. radialis vľavo.

Vzhľadom na nesúlad uvedeného diagnostického záveru s udávaným mechanizmom úrazu, s lokalizáciou a rozsahom následkov úrazu si vyžiadal úrad v rámci spolupráce ďalšiu zdravotnú dokumentáciu od zmluvnej všeobecnej lekárnice pacienta, z ktorej vyplynulo pre výkon dohľadu závažné doplnenie anamnézy: Pacient, drogovo závislý od svojich 15 rokov na užívaní návykových látok v perorálnej, ale i intravenózne forme (o. i. Heroin, Pervitin, Subutex), mal v roku 2006 potvrdenú hepatitídu C. Bol konzultovaný v centre drogových závislostí, nebol však schopný dodržať kritériá pre túto liečbu a pokračoval v drogovej konzumácii.

Z prvého záznamu ambulantnej liečby na chirurgickej ambulancii dohľadanej nemocnice dňa 15.03.2013 podstatné: Po úraze ruky chodí na rehabilitáciu, na tepelné zábaly, včera spozoroval, že sa mu na prstoch ľavej ruky objavili pluzgiere. Bolesti nemá pre stratu citlivosti pri neurologickom ochorení. Obj.: popálenina ulnárnej strany ľavej ruky a akrálnych častí II. – V. prsta II. – III. st. Terapia: buly znesené, lokálne aplikovaný Dermazin, sadrová dlaha. Odporúčanie: preväz dňa 18.03.2013. Ďalšie záznamy z chirurgických kontrol dokumentujú postupné hojenie, posledné z 11.06.2013 zaznamenáva pokojný, suchý povrch defektu. Pacient sa vrátil do lekárskej starostlivosti až na jeseň, pre zhoršenie citlivosti a hybnosti ľavej ruky a zápästia.

Záver kontrolného EMG vyšetrenia zo dňa 16.09.2013: ťažká lézia v oblasti n. medianus a ulnaris I. sin distálne a stredne ťažká lézia v oblasti n. radialis distálne.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

Úrad výkonom dohľadu zistil, že k poškodeniu nervu a ani ku vzniku popálenín nemohlo dôjsť z príčin, ktoré pacient uviedol v podaní. Úrad k tomuto stanovisku dospel pre nasledujúce zistenia:

- Rozsah poškodenia nervus radialis, ako je zaznamenaný súborne zo všetkých vyšetrení, nemohol vzniknúť úrazom v oblasti ruky. Poškodenie nervu s príznakmi, ako je známa obrna typu „labutieho krku“ - prepadávanie ruky do volárnej flexie, vzniká pri úrazoch lokalizovaných oveľa vyššie na hornej končatine. Príčinou takého typu poškodenia n. radialis sú úrazy v hornej časti ramena, hlavne v oblasti pazuchy. Najmä pri vykĺbení ramenného kĺbu, pri zlomeninách ramennej kosti. Dochádza k nemu tiež pri pretrvávajúcom tlaku operadla stoličky alebo hrany stola, na ktorom dlhšie spočíva rameno vonkajšou plochou v prípadoch užitia vyššej dávky liekov na spanie alebo alkoholového opojenia (známa „obrna sobotnej noci“), príp. v stavoch po užití návykových drog. Tiež môže vzniknúť v spánku protrahovaným tlakom hlavy inej osoby, spočívajúcej na ramene pacienta, ako jeden z variantov „obrny milencov.“ Podobne niekedy vzniká pri dlhotrvajúcom ležaní pacienta v bezvedomí na boku, so stlačením bočnej plochy ramena oproti tvrdej podložke pôsobením vlastnej váhy. Ešte by bolo možné uvažovať aj o prípadnej účasti dedičnej, vrodenej dispozície na poruchy nervov, ak bol niekto z rodičov alebo súrodencov liečený pre poruchu nervov na končatinách alebo na tvári.
- Bez toho, že by po uvedenom úraze došlo v priebehu jeho následkov (krvného výronu a iných príznakov pomliaždenia) k ďalšiemu úrazu, vyvinula sa ešte rozsiahlejšia a závažnejšia porucha na ďalších dvoch nervoch - nervus medianus a nervus ulnaris. Tento závažný fakt vypovedá tiež významne pre iný dôvod poruchy n. radialis ako úrazový - najskôr pokračujúce toxické poškodenie, aj vzhľadom na časový interval vzniku ich lézie.
- V bežnej chirurgickej a traumatologickej praxi sa pri opuchoch a krvných výronoch distálneho predlaktia a chrbta ruky indikuje vždy naloženie sadrovej dlahy, ktorá má zamedziť nadmerným pohybom v oblasti

zápästia. Takáto fixácia, nezávisle na dĺžke jej nosenia pacientom, nevedie k poškodeniu vretenného nervu, ako je zrejmé z vyššie uvedených poznámok ku problematike poškodenia nervus radialis. Navyiac, pacient dostane poučenie o nutnosti kontroly a zloženia sadry, ak by sa vyvinul opuch, ako bolo zaznačené aj v pacientovej zdravotnej dokumentácii. Z uvedeného vyplýva, že k poškodeniu n. radialis nemohlo dôjsť pri udávanom úraze popísanom v podaní, nakoľko pri prvom vyšetrení bola funkcia nervov v norme, rovnako nie po naložení sadrovej dlahy, ako ani pri jej zložení, kedy bol záznam, že niet známok po tlaku sadry.

- Tepelné zábaly používané v rehabilitačnej, fyziatrickej liečbe sú nahrievané tak, že ich teplotu - ktorá pacienta nepoškodí, udržiava termostat. Aj keby v danom prípade došlo k nejakej jeho poruche, bola by to spoznala rehabilitačná pracovníčka na svojich prstoch, lebo zábal vyberá vlastnými rukami.
- Poruchu citlivosti (a aj naložený tepelný zábal) mal pacient na opačnej strane končatiny, ako vznikli popáleniny, s ktorými sa navyše u lekára ukázal až na tretí deň, hoci tak závažné popáleniny, aké konštatoval chirurg, museli mať jasne viditeľné zmeny už prvý deň po vzniku. A samozrejme, museli by byť lokalizované na tej strane, kde bol zábal nakladaný, a nie na opačnej. Najviac boli popálené 4. a 5. prst, palec vôbec nie.

Z uvedených zistení je zrejmé, že medicínsky nie je možné preukázať akúkoľvek príčinnú súvislosť vzniku pacientových neurologických ťažkostí s predmetným úrazom a následnou liečbou, pridruženými komplikáciami, ako boli uvedené v podaní. Úrad výkonom dohľadu nezistil ani u jedného z dohliadaných subjektov v rámci predmetu dohľadu nedostatky v poskytnutej zdravotnej starostlivosti.

ZÁVER

Výkonom dohľadu úrad zistil, že zdravotná starostlivosť u oboch dohliadaných subjektov bola pacientovi poskytovaná správne, v súlade s ustanoveniami § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.

Na záver sa ešte ponúka ponaučenie, že v medicínskom porekadle, ktoré sme toľkokrát počuli na prednáškach z internej či chirurgickej propedeutiky: „Dobrá anamnéza je polovica diagnózy,“ by sa možno niekedy hodili slová „Dobrá anamnéza“ doplniť na „Dobrá a pravdivá anamnéza.“ Určite vždy, keď sa objaví zásadný rozpor medzi anamnestickými údajmi a výsledkami objektívnych vyšetrení, treba ho riešiť nielen kontrolnými a ďalšími novými vyšetreniami, ale aj doplnením a objektivizovaním anamnézy, ako to často robia psychiatri.

ZODPOVEDÁ ZA ZDRAVIE LEN LEKÁR?

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

Pacient bol v starostlivosti VLPD od roku 2011.

Dňa 11.10.2013, po prepustení z hospitalizácie na psychiatrickom oddelení (pre poruchy psychiky v dôsledku užívania alkoholu), doručil pacient VLPD prepúšťaciu správu, mal predpísané lieky, skontrolovaný krvný tlak (liečil sa pre arteriálnu hypertenziu). VLPD ho odoslal na interné vyšetrenie, mal odporučené užívať hypotenzíva, absolvovať pravidelné kontroly krvného tlaku, abstinenciu alkoholu (pacient bol závislý od požívania alkoholu a cigariet).

Od 21.10.2013 do 02.12.2013 bol hospitalizovaný v centre pre liečbu drogovej závislosti (CPLDZ) pre poruchy psychiky a správania zapríčinené užívaním alkoholu; ďalšími diagnózami boli: Hepatopathia v. s. ethyltoxica, nikotinizmus, susp. Raynaudov syndróm (etiologicky pri nikotinizme).

Mal odporúčané cieвне vyšetrenie, kontroly krvného tlaku a kontrolu v internej ambulancii s výsledkami. Absolvoval očné vyšetrenie, mal predpísané okuliare na čítanie.

Na kontrolnom internom vyšetrení bol 20.12.2013, mal zhodnotený fyzikálny nález, laboratórne výsledky s diagnostickým záverom: Morbus hypertonicus I. st. ESC/ESH, kontrolovaný liečbou, očné

diagnózy, Hepatopathia ethyltoxica, syndróm závislosti v liečbe, Raynaudov syndróm susp.

Ambulanciu VLPD navštívil 30.12.2013, krvný tlak bol 134/73 mmHg, pulzová frekvencia 84/min. V roku 2014 na kontroly krvného tlaku do ambulancie VLPD nechodil. Ambulanciu VLPD navštívil až 09.04.2015, kedy udával, že aktuálne alkohol nepije, mal bolesti v oboch lakťoch, dojí ovce, včera mal teplotu 37,5 °C, kašeľ, bolesti pri kašli, odmietol práceneschopnosť, bolesti na hrudníku nemal.

Po objektívnom fyzikálnom vyšetrení bol stav zhodnotený ako akútna infekcia horných dýchacích ciest. Mal ordinované antibiotiká, probiotiká, kontrolu po dobratí antibiotík, v prípade zmeny stavu kontrolu kedykoľvek. Pacient sa na kontrolu do ambulancie VLPD nedostavil, o zmene zdravotného stavu už VLPD nemal informácie.

Dňa 19.04.2015 bol posádkou ZZS typu RLP vykonaný výjazd ku pacientovi pre náhly kolaps v práci. Posádka RLP našla pacienta ležať na posteli v areáli družstva (pracoval ako bača), bol pri vedomí, spotený, nepokojný, nespupracoval. Kolegovia predpokladali epileptický záchvat. Podľa ich informácií: „Včera po dlhej dobe vypil väčšie množstvo alkoholu.“

Posádka ZZS RLP vykonala základné vyšetrenia. Neboli pozorované žiadne vonkajšie poranenia. Pacient mal zmerané vitálne funkcie: TK 92/58 mmHg, srdcová frekvencia 55/min., dychová frekvencia 18/min., saturácia kyslíkom 72 %. Na EKG zázname boli prítomné akútne ischemické zmeny. Pre nepokoj a nespupracu mal podaný Apaurin 1 amp. i. v., Anopyrin 200 mg per os a Brillique 180 mg per os. Pacient bol preložený do vozidla RLP na stabilizovanie stavu a transportu do najbližšieho zdravotníckeho zariadenia. O 04:45 hod. však došlo ku zastaveniu obehu, posádka okamžite začala KPCR, ventilácia bola zabezpečená. Pacient mal podaný adrenalín 6 x 1 mg a Cordarone 300 mg. KPCR bola ukončená ako neúspešná a o 05:30 hod. bol konštatovaný exitus letalis.

Podľa záverov patologicko-anatomickej pitvy bola bezprostrednou príčinou smrti tamponáda srdca, základnou chorobou celkové kŕnatenie tepien stredného až ťažkého stupňa, komplikáciou základnej choroby akútny infarkt srdcového svalu s roztrhnutím prednej steny ľavej komory a zakrvácaním do osrdcovníkového vaku. Z pridružených chorôb to boli: podnapitost' (prítomnosť etylalkoholu v krvi 0,64 g/kg, v moči 0,93 g/kg), zhrubnutie svaloviny komôr

srdca a ich rozšírenie ľahkého až stredného stupňa + ostatné diagnózy.

ZHODNOTENIE ÚRADOM

Úrad výkonom dohľadu zistil, že pacientovi bola zdravotná starostlivosť v ambulancii VLPD a posádkou ZZS typu RLP poskytnutá správne.

V roku 2014 pacient v ambulancii VLPD nebol, na kontroly nechodil. Posledná návšteva VLPD bola pre infekciu HDC dňa 09.04.2015, s ordináciou ATB a odporúčením kontroly, na ktorú pacient neprišiel.

Ďalšiu zdravotnú starostlivosť pacientovi poskytla až posádka ZZS typu RLP dňa 19.04.2015 pre náhly kolaps v práci (po dlhšej abstinencii pacient vypil väčšie množstvo alkoholu, bol aj závislý fajčiar). Pacient bol výrazne hypotenzný, na EKG boli prítomné akútne ischemické zmeny, počas prevozu RLP došlo k zastaveniu obehu a napriek intenzívnej kardiopulmonálnej resuscitácii došlo 19.04.2015 k úmrtiu pacienta. Nedodržaním liečebného režimu v zmysle odporúčaného pravidelného monitorovania krvného tlaku (všeobecného lekára nenavštívil 15 mesiacov), pravidelného užívania ordinovanej liečby (neužíval ju minimálne niekoľko mesiacov) a absolútnej abstinencie (pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti posádkou RLP bol podnapitý) došlo ku zhoršeniu jeho zdravotného stavu, ktorý vyústil do tamponády srdca a ku exitu.

Pri prešetrovaní poskytovanej zdravotnej starostlivosti zo strany VLPD, ako aj posádky ZZS RLP neboli zistené diagnostické a terapeutické pochybenia. Všetky zdravotné výkony na správne určenie diagnózy so snahou o zabezpečenie účinnej diagnostiky a liečby boli vykonané správne a včas. Zdravotná starostlivosť bola pacientovi v ambulancii všeobecného lekára pre dospelých a posádkou ZZS RLP poskytnutá správne.

ZÁVER

Výkonom dohľadu úrad nezistil porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.

Použité skratky

AA – alergická anamnéza
ABR – acidobázická rovnováha
ACA – arteria cerebri anterior
ACC – arteria cerebri communis
ACI – arteria cerebri interna
AE (APE) - apendektómia
AG - angiografia
ALP – alkalická fosfatáza
ALT - alanínaminotransferáza
amp. – ampulka/y
AMS - amyláza
APTT – aktivovaný parciálny tromboplastínový čas
ARDS – syndróm akútnej dychovej tiesne
AS – akcia srdca (ateroskleróza)
ASA – klasifikácia anestetického rizika (podľa Am. anestéziol. spol.)
AST – aspartátaminotransferáza
ATB – antibiotikum
Bi – bilirubín
bilat. – obojstranne
Bi-PAP – Biphasic (Bilevel) positive airway pressure
BMI – Body Mass Index
bpn – bez patologického nálezu
C - cervikálny
CA – celková anestézia
CC – cervikokraniálny
CCDS – Colour coded Doppler sonography
CEA – karotická endarterektómia
CK – kreatínkináza
CNS – centrálny nervový systém
CPAP – continuous positive airway pressure

CPO – centrálne prijímacie oddelenie
CRP (S-CRP) – C-reaktívny proteín
CT – computerová tomografia
CTA, CT-AG – CT angiografia
ČMP – čerstvá mrazená plazma
DC – dýchacie cesty
dg. – diagnóza/y
DIC – diseminovaná intravaskulárna koagulopatia
dif. dg. – diferenciálna diagnostika
DK – dolná končatina/y
DÚ – dutina ústna
EF – ejekčná frakcia
EKG – elektrokardiografia, elektrokardiogram
EMG - elektromyografia
Er (Ery) – erytrocyty
ESH/ESC – Európska hypertenziologická a Európska kardiologická spoločnosť
ET – endotracheálny
F – frontálne
FESS – Functional endoscopic sinus surgery
Fib – fibrinogén
FiO₂ - inspiračná koncentrácia kyslíka
FNsP – fakultná nemocnica s poliklinikou
FR – fyziologický roztok (fotoreakcia)
fr. – frekvencia
FRO – fyziatrisko-rehabilitačné oddelenie
FW – sedimentácia krvi
GCS – Glasgow kóma skóre
GIT – gastrointestinálny trakt
GMT – glutamyltransferáza
GPO – gynekologicko-pôrodnické oddelenie
gtt. – kvapka/y
hod. – hodina/y

Hb – hemoglobín
HCT – hydrokortizón
HD - hemodynamicky
HK – horná končatina/y
HNN – hlavové nervy
HP – Helicobacter pylori
HT (Hct, Htk) – hematokrit
HYE - hysterektómia
CHE – cholecystektómia
ICHS – ischemická choroba srdca
i. m. – intramuskulárne
inf. - infúzia
INR – pomer protrombínového času pacienta a času normálnej vzorky
IUD – intrauterínne teliesko
i. v. – intravenózne
JIS – jednotka intenzívnej starostlivosti
K – kálium
KAIM – klinika anestéziológie a intenzívnej medicíny
KO – krvný obraz
KP – kardio-pulmonálne
KPCR – kardio-pulmo-cerebrálna resuscitácia
KS – komorový systém
LA – liečebná anamnéza
I. dx. – lateris dextri
Le (Leu, Lkc, WBC) – leukocyty
LS - lumbosakrálny
I. sin. – lateris sinistri
LSPP – lekárska služba prvej pomoci
LU – lymfatická uzlina/y
I. utrq. – lateris utriusque
Ly (Lym) – lymfocyty
MAC – minimálna alveolárna koncentrácia

min. – minúta/y
Mono - monocyty
MR, MRI – magnetická rezonancia
MRI-Ag – vyšetrenie ciev magnetickou rezonanciou
n. - nervus
Na - natrium
NC - neurocirkulačné
Neu – neutrofil
NGS – nazogastrická sonda
NIV – neinvazívna ventilácia
NPB – náhla príhoda brušná
NsP – nemocnica s poliklinikou
NYHA – klasifikácia výkonnosti srdca p. Newyorskej srdcovej asociácie
OA – osobná anamnéza
OAIM – oddelenie anestéziológie a intenzívnej medicíny
ORL – otorinolaryngológia
OT - orotracheálny
OTI – orotracheálna intubácia
OZS – „obvodné zdravotné stredisko“
P – pulz
PCR – polymerázová reťazová reakcia
PEEP – Positive end – expiratory pressure
PMK – permanentný močový katéter
PNC - penicilín
PND – paranazálne dutiny
p. o. – per os/perorálny
PSIMV – Pressure-Synchronized Intermittent Mandatory Ventilation
PT – protrombínový čas
RHB - rehabilitácia
RLP – rýchla lekárska pomoc
ršo (rršo) – šlachovo-okosticový reflex/y
RTG – röntgen

RZP – rýchla zdravotnícka pomoc
SAH – subarachnoidálna hemoragia
SČŠ – stredočiarové štruktúry
SI - sakroiliakálny
SpO₂ – saturácia krvi kyslíkom
sy. - syndróm
T - temporálne
tbl. – tableta/y
TECH – tromboembolická choroba
th. – terapia, terapeutický
Th - torakálny
TK – tlak krvi
TO – terajšie ochorenie
Tr – trombocyty
TRF - transfúzia
TT – telesná teplota
ÚPS – ústavná pohotovostná služba
UPV – umelá pľúcna ventilácia
USG – ultrasonografia
VAS – vertebrogénny algický syndróm
VF – vitálne funkcie
VLD (VLPD) – všeobecný lekár pre dospelých
VLDD (VLPDD) – všeobecný lekár pre deti a dorast
WHO – svetová zdravotnícka organizácia
ZD – zdravotná dokumentácia
ZJ – zadná jama (mozgová)
ZS – zdravotná starostlivosť
ZZS – záchranná zdravotná služba

Pripravili:

Pobočka Bratislava

Pobočka Trnava

Pobočka Trenčín

Pobočka Nitra

Pobočka Martin

Pobočka B. Bystrica

Pobočka Prešov

Pobočka Košice

Ústredie

Tlač: REMPrint, s. r. o., Bratislava

Náklad: 300 kusov

www.udzs-sk.sk

© ÚDZS 2016

