

- úrad pre
- dohľad nad
- zdravotnou
- starostlivosťou

# Kazuistiky 2009

Predslov	3
<u>Nesprávne poskytnutá zdravotná starostlivosť</u>	
Nesprávne stanovená diagnóza lekára RLP	4
Nesprávny postup pri recidívach masívnej makroskopickkej hematurie	8
Syndróm SIADH- hyponatrémia z neprimeranej sekrécie antidiuretického hormónu	10
Neskoro stanovená diagnóza akútneho zápalového ochorenia obličiek	13
Chyby v manažovaní polymorbídneho pacienta	16
Neskorá diagnostika skryto a netypicky prebiehajúceho ochorenia srdca	19
Úmrtie v aute po vyšetrení na ambulancii LSPP	23
Lekárske prehliadky žiadateľov o vodičské oprávnenie	25
Poškodenie ascendentnej aorty pri drenáži dutiny hrudnej	27
Mors in tabula pri gynekologickej operácii	29
Nesprávna antikoagulačná liečba u rizikovej pacientky po úraze	34
Pochybenie v diagnostike a liečbe u maloletého pacienta s neurologickým ochorením	37
Nedostatočná diagnostika úrazu – pád s následkom úmrtia	39
Predčasné prepustenie pacienta z hospitalizácie	41
Následky dlhodobého podávania lokálnych kortikoidov	45
Nesprávne poskytnutá zdravotná starostlivosť rodičke s ohľadom na stav plodu	47
Nesprávne stanovená diagnóza lekárom úrazovej ambulancie	51
Iatrogénne poškodenie pacienta pri laparoskopickkej hernioplastike	52
<u>Správne poskytnutá zdravotná starostlivosť</u>	
Vznik subdurálneho hematómu s perakútnym vývojom u staršieho pacienta	55
Vývojové anomálie plodu - limity diagnostiky	58
Riešenie komplikácií po operačnom zákroku	61
Sťažnosť pacienta na neodborný zásah lekára a vznik malígneho melanómu	64
Správne indikovaná totálna tyreoidektómia	66
Chylózna cysta s perakútnym vývojom náhlejšou brušnej príhody u novorodenca	68

Vážené kolegyne, vážení kolegovia,

práca v zdravotníctve je ťažká. Pokiaľ z nej začne byť človek unavený a začne ju robiť rutínovsky, je tu veľké riziko, že podcení signál, príznak ochorenia. Lekárske povolanie je poslanie, pri ktorom treba vedieť komunikovať s pacientom a celoživotne sa vzdelávať. Z profesionálneho pohľadu je na Slovensku stále veľa lekárov, ktorí sa tešia ak zvládnu komplikovaného pacienta. Sú však prípady, kedy aj pri najlepšej vôli, výsledok nie je taký, aký by ste chceli. Stáva sa to aj v medicínsky vyspelých krajinách. Aj tam pri napohľad banálnych diagnózach umierajú ľudia.

Vám lekárom, ale aj ostatným zdravotníckym poradcovníkom, hlavným aktérom poskytovania zdravotnej starostlivosti, dávame do pozornosti zborník Kazuistiky 2009. Sú v ňom vybrané prípady, ktoré Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou riešil v uplynulom roku. Do tohto už piateho vydania sme zaradili 18 takých, v ktorých úrad konštatoval nesprávne poskytnutú zdravotnú starostlivosť. Spomedzi tých podnetov, ktoré sme vyhodnotili ako neopodstatnené sme vybrali 6 prípadov.

V roku 2009 zaznamenal úrad 1836 podnetov týkajúcich sa správnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti (v roku 2008 - 1431). Z 1049 ukončených dohľadov bolo 866 (82,6%) vyhodnotených ako neopodstatnené, opodstatnených bolo 183 (17,4%) prípadov. V roku 2008 bolo 80,6 % neopodstatnených a 19,4% opodstatnených.

Z opodstatnených podnetov je najviac v špecializovaných odboroch:

chirurgia	- 15,8%
gynekológia a pôrodníctvo	- 13,3%
vnútorné lekárstvo	- 10,5%
všeobecné lekárstvo	- 7,9%
stomatológia	- 5,97%

Podobne, ako v predchádzajúcich rokoch, liečebné postupy a diagnostiku v prípadoch zaradených do publikácie posudzovali významné osobnosti z príslušných medicínskych odborov. Piatym vydaním Kazuistik chceme prispieť možno k novým poznatkom a názorom na riešenie uvedených medicínskych problémov. Aj takýmto spôsobom chceme prispieť ku skvalitňovaniu slovenského zdravotníctva.

**MUDr. Richard Demovič, PhD.**  
**predseda úradu**

## **Nesprávne stanovená diagnóza lekára RLP**

### **Anamnéza, objektívne a laboratórne vyšetrenia, epikritické zhrnutie:**

55-ročný pacient s bolesťami hlavy opakovane ošetrený niekoľkými PZS.

#### **1. Záznam o ošetrení pacienta osádkou RLP z 29.12.2008:**

Hlásenie na výjazd prijaté: 00:53 hod.

Výjazd uskutočnený: 00:54 hod.

Príchod na miesto: 01:02 hod.

**Anamnéza:** pol hodiny bolesti hlavy v temene, opakovane vracal žltú tekutinu, zimnica. Po vyzvracaní úľava. Bez porúch reči, hybnosti, bez svetloplachosti.

Objektívne až na hraničné hodnoty TK bez patologického nálezu. EKG: normogram.

**Liečba:** Torecan 1 amp. i. m.

**Záver:** Cefalea v. s. pre virózu, Ak. dyspept. syndróm.

#### **2. Záznam o ošetrení pacienta posádkou RLP z 29.12.2008:**

Hlásenie na výjazd prijaté: 07:15 hod.

Výjazd uskutočnený: 07:15 hod.

Príchod na miesto: 07:23 hod.

**Anamnéza:** Pacient vyšetrený v noci pre cefaleu, 1x zvracal, odvtedy bez ústupu bolestí, opakovane niekoľkokrát zvracal vodnatý obsah, zhoršenie celkovej reaktivity.

Objektívne: TK 140/90 mm Hg, P 64 reg., SpO<sub>2</sub> 97 %, GCS 15, fotoreakcia prítomná, korneálny reflex prítomný, neurologický nález v norme.

**Liečba:** bez podania medikácie.

**Diagnóza:** cefalea nejasnej etiológie, diff. dg. subarachnoideálna hemoragia, subfebrílie.

Výjazd ukončený v čase o 07:38 hod., pacient odovzdaný na centrálnu príjmovú ambulanciu NsP.

U poskytovateľa ZS (NsP) bolo prvé neurologické konzílium vykonané o 07:56 hod. na CPA, konštatovaná kvantitatívna porucha vedomia s kranio-kaudálnou deterioráciou stavu. Neurológ sa opieral o CT vyšetrenie mozgu potvrdzujúcom podozrenie na hemocephalus. Pre závažnosť stavu odporučená antiedematózna terapia, antioxidanciá, došetrenie cievneho mozgového riečišťa. Vzhľadom k aktuálne závažnému stavu bez dokázanej aneuryzmy nebola indikovaná neurochirurgická konzultácia.

OAIM konzílium vykonané pri CT vyšetrení o 08:15 hod. pre poruchy dýchania a progresiu neurologického nálezu. CT nález:

„rozsiahla intraparenchýmová haemorrhagia so SAK“. Pacient následne prijatý na OAIM o 08:55 hod. toho istého dňa (hospitalizácia na OAIM od 29.12.2008 do 05.01.2009).

Pri prijatí apnoické pauzy, GCS 3, zaintubovaný, na riadenej ventilácii, komplexná resuscitačná starostlivosť, konzultovaný neurochirurg vyššieho klinického pracoviska.

Anamnesticky zistené zo zdravotnej dokumentácie - preventívna prehliadka realizovaná v júni 2008 s nálezom TK 140/100 a záverom artériová hypertenzia – neliečený. Počas hospitalizácie komplexná liečba zodpovedajúca diagnostickým záverom a CT vyšetreniam. Dodiagnostikovaná ruptúra aneuryzmy a. cerebri anterior l. sin. s nepriaznivou prognózou pre veľký rozsah hemoragie.

Opakovane konzultovaná neurochirurgia vyššieho klinického pracoviska – neurochirurgické pracovisko neindikovalo operačnú intervenciu, odporučilo kontrolné CT vyšetrenie intrakránia nasledujúci deň.

Ďalšie neurologické vyšetrenie realizované na OAIM 1.1.2009 o 10:40 hod., k dispozícii výsledky CT AG vyšetrenia s dokázanou aneuryzmou intrakraniálne. Napriek adekvátnej intenzívnej terapii dochádza ku rozvíjaniu edému mozgu. Nasledujúci deň konzultovaný neurochirurg, ktorý žiadal CT AG dokumentáciu. Ďalšie neurologické konzílium realizované dňa 5.1.2009, kedy pre prejavy malígneho edému mozgu konštatovaný stav blízky mozgovej smrti. Ťažký klinický nález, rýchle progredujúci od privezenia pacienta do NsP s dokázaným hemocephalom vzniknutým z prasknutia aneuryzmy ACA l. sin. napriek intenzívnej komplexnej liečbe ťažko zvládnuteľný. Vzhľadom k Hunt IV skóre, neurológom konštatovanému už 1. 1. 2009 nebol jednoznačne indikovaný k intervenčnej liečbe.

Dňa 4.1.2009 dochádza k zhoršeniu stavu s edémom mozgu, s vnútrokomorovým hydrocefalom. Dňa 5.1.2009 o 13:00 hod. pacient preložený na OAIM vyššieho klinického pracoviska, kde 5.1.2009 exitoval o 23:00 hod. Prehliadajúci lekár nenariadil pitvu.

**Zhrnutie úradu:** Pacient dostal 29.12.2008 v nočných hodinách silné bolesti hlavy, zimnicu, vracal, manželka po polnoci privolala pohotovosť. Lekár RLS skonštatoval, že „pred pol hodinou pacient dostal bolesti hlavy na temene, vracal žltý vodnatý obsah, mal zimnicu, bez teploty, po vyvracaní mal úľavu, neudával diétnu chybu ani svetloplachosť“. Lekár objektívne hodnotil klinický nález ako normálny až na subfebrílie 37 °C. Diagnosticky stav uzavrel ako „cefalea v. s. pri viróze, akútny dyspeptický syndróm“ a terapeuticky podal antiemetikum Torecan 1 amp i. m.

Bolesti hlavy patria k najbežnejším, ale v diferenciálnej diagnostike aj k najzradnejším príznakom. V prípade cefaley je potrebné rozlišovať dve situácie. Na jednej strane je to „bežná“ bolesť hlavy, t.j. bolesť, ktorú

máva pacient dlhšiu dobu alebo opakovane, je na ňu zvyknutý a „pozná ju“. V tomto prípade je malé riziko, že by mohlo ísť o akútne alebo dokonca o život ohrozujúce ochorenie, v praxi sa s takouto bolesťou stretávame najčastejšie. Na druhej strane je to „nová“ bolesť hlavy, resp. „iná“ bolesť hlavy, alebo „silná bolesť ako nikdy predtým“. V prípadoch náhle vzniknutých bolestí hlavy u pacienta, ktorý na ne predtým nikdy netrpel, alebo aj v prípade náhle vzniknutých „iných“ bolestí ako obyčajne, alebo pri „mimoriadne intenzívnych“ bolestiach u pacientov, ktorí trpeli bolesťou hlavy, je vždy potrebné myslieť na závažnejšie ochorenie. V prvom rade na subarachnoidálne krvácanie, na meningitídu (tá bola v tomto prípade vzhľadom na ročné obdobie prakticky vylúčená), niekedy aj na nádor. Okrem bolesti hlavy signalizuje možnosť akútneho závažného ochorenia aj prípadné vracanie (v tomto prípade bolo prítomné) a môže byť prítomná aj zvýšená teplota z centrálnych príčin (v tomto prípade subfebrílie 37 °C). Bolesti hlavy, najmä, ak sú náhle, vyskytujúce sa prvý krát v živote, netreba podceňiť ani pri normálnom klinickom náleze a diferenciálne diagnosticky je potrebné myslieť aj na SAH.

Službu konajúci lekár RLP bol „skotomizovaný“ práve vracaním a subfebríliami a stav zhodnotil ako cefaleu pri viróze a dyspeptický syndróm. Pri viróze by sa však očakávali aj ďalšie príznaky – dlhšie prodromálne štádium s únavou, bolesťami „celého tela“. Viróza obyčajne nevzniká náhle bolesťou hlavy a vracaním. Samotný priebeh ochorenia potvrdzuje, že pri prvej návšteve lekára RLP nedošlo ku správne stanoveniu diagnózy. Lekár osádky RLP podcenil príznaky bolestí hlavy spojené s vracaním a najmä náhlosť vzniku príznakov a skutočnosť, že bolesti hlavy mal pacient po prvý krát v živote.

Pri opakovanom výjazde ten istý lekár posádky RLP už SAH predpokladal a pacienta ihneď transportoval do nemocnice. Tam bola diagnóza potvrdená pri CT vyšetrení a CT angiografia odhalila aj zdroj krvácania. Ďalší postup na CPA a OAIM v NsP bol správny. Pacient pri stupni IV-V škály podľa Hunta-Hessa nebol transportu schopný, a ani nebol indikovaný na operáciu aneuryzmy.

ÚDZS konštatuje, že pri tak závažnom subarachnoidálnom krvácaní spojenom s intracerebrálnym a intraventriculárnym krvácaním, ako bolo zistené u 55-ročného pacienta, by aj pri včasnej diagnostike s vysokou pravdepodobnosťou nedošlo k záchrane života.

**Zistené nedostatky:** Službukonajúci lekár RLP pri prvom výjazde osádky RLP dňa 29.12.2008 s príchodom na miesto o 01:02 hod. stav pacienta zhodnotil ako cefaleu pri viróze a dyspeptický syndróm. Následný priebeh ochorenia potvrdzuje, že pri uvedenej návšteve lekára RLP nedošlo ku správne stanoveniu diagnózy. Lekár osádky RLP podcenil príznaky bolestí hlavy spojené so zvracaním a najmä náhlosť vzniku príznakov.

Výkonom dohľadu na mieste bolo zistené, že zdravotná starostlivosť pacientovi dohliadaným subjektom v dohliadanom období **nebola poskytnutá v súlade s ustanovením § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.**, nakoľko neboli správne vykonané všetky zdravotné výkony na správne určenie choroby so zabezpečením včasnej a účinnej liečby s cieľom uzdravenia osoby alebo zlepšenia stavu osoby pri zohľadnení súčasných poznatkov lekárskej vedy.

**Sankcia:** Úrad uložil poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti pokutu.

## Nesprávny postup pri recidívach masívnej makroskopickej hematúrie

### **Anamnéza, objektívne a laboratórne vyšetrenia, epikritické zhrnutie:**

53-ročná pacientka bola vyšetrená ambulantným urológom pre makroskopickú hematúriu bez bolesti, bez dysurických ťažkostí.

Urológ zistil v moči záplavu erytrocytov v sedimente, pri USG vyšetrení nebola zistená patologická dilatácia dutých systémov, ložiskové zmeny ani litiáza. V priebehu toho istého mesiaca pacientka opakovane vyšetrená pre makroskopickú hematúriu, urológ opakovane hodnotil stav ako hematúriu bez organického korelátu, ani pri urografii nepreukázaný patologický nález. Príčina hematúrie nezistená. Po uplynutí 9 mesiacov od posledného urologického vyšetrenia došlo znova k recidíve masívnej hematúrie. Pacientka sa dostavila do urologickej ambulancie a udávala znova krvavý moč bez bolesti. Stav po vyšetrení hodnotený ako mikroskopická hematúria.

Urológom odporučené hematologické vyšetrenie vykonané ten istý deň. Hematológ nezistil žiadne symptómy prípadného hematologického ochorenia a odporučil pacientke z dôvodu recidivujúcej hematúrie nefrologické vyšetrenie.

Do vykonania nefrologického vyšetrenia pacientka ešte dvakrát vyšetrená s pretrvávajúcou hematúriou v urologickej ambulancii. Príčina hematúrie nebola preukázaná ani po USG vyšetrení obličiek. Nefrologické vyšetrenie vykonané v príslušnom nemocničnom zariadení 5 dní po poslednom urologickom vyšetrení. Pri USG vyšetrení jednoznačne preukázaný **solídny ložiskový útvar v oblasti dolného pólu pravej obličky, infiltrujúci obličkovú panvičku**. Pacientka vyšetrená na CT so zameraním na pravú obličku, preukázaný **rozsiahly tumor pravej obličky 67 x 66 x 72 mm** s infiltráciou panvičky a inváziou do renálnych ciev.

Na tretí deň od vykonania CT pacientka urgentne prijatá na hospitalizáciu pre silné bolesti v pravom boku a makroskopickú hematúriu. Pri prijatí výrazne palpačne citlivá pravá oblička, aj hmatateľná. Po príslušných vyšetreniach vykonaná kompletná nefroureterektómia a lymfadenektómia parakaválnych zväčšených lymfatických uzlín. Histologické vyšetrenie preukázalo svetlobunkový karcinóm obličky T3bN0M0 G2, bez infiltrácie perirenálneho tuku, ale so šírením do renálnej vény. Metastázy v lymfatických uzlinách neboli preukázané.

**Záver:** Výkonom dohľadu zistené, že postup ambulantného urológa pri opakovanom vyšetrení pacientky s hematúriou nebol správny. Pacientka prvý raz navštívila urologickú ambulanciu s anamnézou makroskopickej



hematúrie bez bolesti cca rok pred nefrektómiou, udávala ťažkosti, typické pre nádorové ochorenia obličiek alebo močových ciest. Nádor pravej obličky nebol rozpoznaný ani pri jednom z opakovaných urologických vyšetrení, dokonca ani pri vyšetrení, vykonanom 5 dní pred USG vyšetrením v nemocničnom zariadení, kde bol nádor obličky jednoznačne diagnostikovaný. Nesprávne hodnotenie USG vyšetrenia v urologickej ambulancii viedlo k zanedbaniu včasnej diagnózy karcinómu obličky a k oneskoreniu liečby tohto ochorenia. Opakované urologické vyšetrenia neboli adekvátne zdravotnému stavu pacientky.

Na základe anamnézy – masívnej makroskopickej hematúrie s tvorbou koagúl - vyšetrujúci urológ predovšetkým nesprávne hodnotil USG nález a nevyužil odporúčaný štandardný postup pri masívnych makroskopických hematúriách, a to cystoskopiu a CT. Ochorenie bolo s veľkou pravdepodobnosťou diagnostikovateľné už pri prvej návšteve urologickej ambulancie. Nádory, prejavujúce sa intenzívnou hematúriou, prerastajú do odvodných močových ciest a ide takmer vždy o objemovo väčšie nádory. Takáto anamnéza bola prítomná už pri prvom vyšetrení, preto je zarážajúce, že nádor pravej obličky nebol diagnostikovaný ani pri jednom urologickom vyšetrení, dokonca ani pri poslednom, krátko pred hospitalizáciou pacientky.

**Zhrnutie úradu:** Pacientke v urologickej ambulancii dohliadaného poskytovateľa nebola poskytovaná zdravotná starostlivosť správne, neboli vykonané všetky potrebné vyšetrenia na správne určenie choroby so zabezpečením včasnej a účinnej liečby. Úrad dohľadom na mieste zistil porušenie ustanovenia § 4 odsek 3 zákona č. 576/2004 Z. z.

**Sankcie:** Úrad uloží poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti pokutu v zmysle § 50 odsek 2 písm. a) zákona č. 581/2004 Z. z.

## Syndróm SIADH- hyponatrémia z neprimeranej sekrécie antidiuretického hormónu

tzv. Schwartzov – Bartterov syndróm- **nie je raritný syndróm**

### **Anamnéza, objektívne a laboratórne vyšetrenia, epikritické zhrnutie:**

Polymorbídna 79-ročná pacientka (obezita, hypertenzia, neidentifikovaný DM, ischemická choroba srdca, anémia, kardiopulmonálne kompenzovaná, bradypsychická). U pacientky počas hospitalizácie na chirurgickom a na začiatku hospitalizácie na internom oddelení opakovane zistená extrémne nízka hladina nátria (ďalej len „Na“). Výpočet osmolarity moču a krvi sa nerealizoval. Pri prijíme zistená hladina **Na** 117 mmol/l a opakovane **Na** 119 mmol/l.

Na internom odd. sa začala liečba hyponatrémie. Argument poskytovateľa, že postupná úprava hladiny **Na** nebola rýchla, je relatívny. V priebehu 3 dní stúpila hladina **Na** o 15 mmol/l. Hyponatrémii sa snažili korigovať aplikáciou liečby: 4 x denne infúziami fyziologického roztoku a navyše s hypertonickým NaCl 2 x denne. Následkom takéhoto rýchleho vzostupu hladiny **Na** došlo k zhoršeniu celkového stavu, najmä vedomia, čo je typické pre SIADH syndróm.

Neurologické konzílium s CT mozgu nepotvrdilo patologické zmeny v CNS. Poškodenie CNS bolo v zmysle demyelinizačného procesu na podklade osmotického poškodenia, ako následok snahy o rýchlu infúznú úpravu hyponatrémie v domnienke, že ide o stratovú a nie hemodilúčnu hyponatrémiiu pri syndróme SIADH = neprimeranej sekrécii antidiuretického hormónu (ďalej len „ADH“). Poskytovateľ namietal, že diagnóza SIADH sy. je len teoretická, ale tento syndróm bol pravdepodobne iniciovaný zmenou terapie hypertenzie a infúziami 5% glukózy s metoclopramidom.

U polymorbídnej pacientky vzhľadom na klinický priebeh a vykonané diagnostické vyšetrenia išlo nepochybne o dg. SIADH syndróm – neprimeranej sekrécie ADH tzv. Schwartzov – Bartterov syndróm. Napriek identifikácii hyponatrémie sa zahájila neprimeraná liečba fyziologickým roztokom s podávaním aj glukózy. Tento postup je značne rizikový, pretože rýchlym vzostupom nátria môže dôjsť k osmotickému poškodeniu CNS s vznikom demyelinizačného syndrómu, ktorý sa prejaví až za dva až štyri i viac dní po neprimeranej rýchlej úprave nízkych hladín nátria. CT mozgu u pacientky sa zameralo na potvrdenie NCMP, ako príčiny stavu zhoršenia vedomia. Hypoosmolárna kríza vyvolaná agresívnou terapiou nerozpoznaného SIADH sy. bola zrejme príčinou zhoršenia vedomia a spolupráce pacientky ako následok poškodenia mozgu.

Vykonané kultivačné a hemokultivačné vyšetrenia potvrdili vznik nozokomiálnej infekcie a následné septické teploty. Napriek antibiotickej liečbe sa rozvinul toxoinfekčný šokový stav s ťažkou hypoxémiou, dehydratáciou, acidózou a následným multiorgánovým poškodením a zlyhávaním orgánov. Pacientka nakoniec zomrela za príznakov kardiopulmonálneho zlyhania. Preloženie pacientky na LDCH bolo v tomto stave neprimerané, aj keď bola na internom oddelení hospitalizovaná 3 týždne, mala zostať naďalej na JIS.

**Zhrnutie úradu - poučenie:** SIADH syndróm je charakterizovaný hemodilúčnou hyponatrémiou s prítomnou zvýšenou nátrium urézou a koncentrovaným močom. Takéto fenomény sú charakteristické práve pre sy. neprimeranej sekrécie ADH z hypofýzy. Výsledkom je nadmerná retencia vody a hemodilúcia s následnou hyponatrémiou, kým objem moču je znížený a moč je koncentrovaný účinkom ADH so zvýšeným odpadom **Na** následkom indukovanej nadprodukcie nátriumurického hormónu.

V organizme dochádza k intoxikácii vodou a následnému možnému osmotickému poškodeniu nervového systému najmä pontinnou myelinolýzou. Toto sa udeje ak sa hyponatrémia ďalej prehĺbuje podávaním napríklad infúzií 5% glukózy, alebo naopak hyponatrémia sa považuje za stratovú a prirýchlo sa koriguje infúziami fyziologického roztoku spolu s koncentrovaným 10% NaCl, až denný príjem **Na** prevyšuje 3 g. Pri rýchlom stúpnutí osmolarity dochádza k pontínemu poškodeniu mozgu myelinolýzou, ktorá má až 50% mortalitu.

Na dôkaz SIADH nie je potrebné v klinickej praxi stanoviť hladiny ADH v plazme, stačí stanoviť hladiny **Na** v plazme a v moči a jeho 24 hod. odpadom a následne z týchto hodnôt vypočítať osmolaritu krvi a moču.

Schwartzov – Bartterov syndróm popísali menovaní prvý krát v r. 1957 ako paraneoplastický fenomén s ektopickou nadprodukciou ADH. Vyskytuje sa napr. pri malobunečných karcinómoch pľúc, karcinóme duodéna, pankreasu, ale aj nenádorových pľúcnych ochoreniach ako pneumónia, chronická astmoidná bronchitída, empyém, pľúcne atelektázy. Výskyt je aj léziách mozgu úrazom, operáciou a krvácaním alebo atrofiou. Sy. SIADH môžu vyvolať alebo zhoršiť aj rôzne zákroky a operácie spojené s celkovou anestéziou.

Veľmi často sa stretneme so sy. SIADH na psychiatri a geriatrii, kde sa na vzniku ochorenia podieľajú lieky ako antidepresíva SSRI. Na JIS kde môže byť výskyt až u 11% pacientov s mortalitou až 50% ak včas nepozná alebo sa neprimerane lieči.

## Faktory, ktoré ovplyvňujú sekréciu, či účinok ADH:

Faktory ktoré stimulujú sekréciu ADH	Faktory inhibujúce sekréciu, či účinok ADH
prostaglandin E, morfín a jeho analógy, nikotín, beta adrenergne látky, anestetiká, <b>hypoxia,</b> <b>hyperkapnia,</b> <b>angiotenzín II.,</b> <b>thiazidy- diuretiká,</b> <b>sartany,</b>	vincristin cyclofosfamid klofibrát carbamazepín <b>barbituráty</b> acetylcholin histamín <b>metoclopramid</b> antidepresíva typu SSR1 neuroleptiká
	phenytoin alkohol alfa adrenergne látky natrium urické peptidy aliskiren- blokátor renínu? demeclocyklin lítium carbonicum (toxicita) <b>antagonisti V2 r r.</b> <b>(vaptany)</b>

## **Neskoro stanovená diagnóza akútneho zápalového ochorenia obličiek**

### **Anamnéza, objektívne a laboratórne vyšetrenia, epikritické zhrnutie:**

57-ročná pacientka bola pre bolesti krížov a pravého bedrového zhybu po vyšetrení a podaní Novalginu prevezená výjazdovou lekárskou službou prvej pomoci pre dospelých na centrálné prijímacie oddelenie, kde bola vyšetrená ortopédom. V anamnéze je prítomná reumatoidná artritída IV štádia (ďalej RA), úraz neudaný, TEP oboch bedrových kĺbov a ľavého kolena.

Od rána výrazné bolesti v oblasti krížov. Objektívne prítomná palpačná citlivosť v oblasti pravého bedrového kĺbu, obmedzenie hybnosti lumbálnej chrbtice pre algie, afebrilná. RTG vyšetrenie nepreukázalo čerstvé traumatické zmeny na skelete, je prítomná kompresívna fraktúra L2 staršieho dáta a protrúzia acetábulového komponentu vpravo, staršieho dáta. Pacientka bola prijatá na ortopedickú kliniku s dg. lumbago acuta za účelom diferenciácie akútneho bolestivého stavu driekovej chrbtice s podozrením na patologické zmeny stavcov a stave po implantáciach endoprotéz bedrových kĺbov obojstranne so suponovaným uvoľnením totálnej endoprotézy vpravo.

### **Vstupné vyšetrenia pri prijíme pacientky:**

Laboratórne vyšetrenia: FW 50/80, Le 20,4  $10^9/l$ , Er 3,41  $10^{12}/l$ , Hb 102 g/l, HTK 0,29, Tr 253  $10^9/l$ , fibrinogén 4,8 g/l, CRP 293 mg/l, glykémia 5,5 mmol/l, urea 8,0 mmol/l, kreatinín 96  $\mu\text{mol}/l$ .

Po troch dňoch: FW 68/72, Le 12,4  $10^9/l$ , Er 3,4  $10^9/l$ , Hb 104 g/l, HTK 0,29, Tr 54  $10^9/l$ , seg 92%, Mo 3%, lym 5%, CRP 440, glykémia 3,3 mmol/l, urea 25,6 mmol/l, kreatinín 317  $\mu\text{mol}/l$ , fibrinogén 8,39 g/l.

**Konziliárne neurologické vyšetrenie:** Silné bolesti v oblasti pravého bedrového kĺbu, od rána je jej zle od žalúdka, napína ju na zvracanie, má aj bolesti pod pravým rebrovým oblúkom. Záver: Neurologický nález je bez zadnojamovej symptomatológie a bez koreňovej lézie.

**USG abdomenu:** Pečeň primeranej echogenity bez evidentných ložiskových zmien. Intrahepatálne žľčovú cestu a ductus choledochus sú bez dilatácie, pankreas bez ložiskových zmien. Obličky a slezina sú bez evidentného patologického nálezu. V USG obraze dominuje výrazná plynatosť a črevná náplň, črevné kľučky nie sú distendované, peristaltika je v norme. Voľnú tekutinu v brušnej dutine nepozorovať.

**Reumatologické vyšetrenie na tretí deň hospitalizácie:** Reumatoidná artritída (RA) séropozitívna IV. št. liečená dlhodobo

s polyartikulárnym postihnutím, aktivita klinická nekoreluje s vysokou laboratórnou zápalovou aktivitou, výrazná leukocytóza nezapadá do obrazu aktívnej RA. Klinicky manifestná osteoporóza – kompresívna fraktúra L2. Podanie depotného glukokortikoidu Diprophosu t.č. nie je vhodné pre neobjasnený pôvod leukocytózy ako aj zvažovanú zlomeninu chrbtice. Doterajšia liečba RA ďalej, primerane hydratovať, kontroly TK, diurézy, reumatologická kontrola. Indikované CT a gamagrafické vyšetrenie. CT vyšetrenie potvrdzuje kompresívnu fraktúru tela stavca L2 s klinovitou deformáciou starého dáta, výraznú osteoporózu, degeneratívne zmeny tiel stavcov a platničiek lumbálnej oblasti.

**Interné vyšetrenie na piaty deň hospitalizácie,** volané pre poruchu vedomia, nízky až nemerateľný tlak, progresiu urey 25 mmol/l, kreatinínu 317 umol/l. Objektívne pacientka somnolentná až soporózna, cyanóza, bledosť kože, T:37,8 st.C, dýchanie čisté, brucho nad niveau, výrazne meteoristické, pacientka palpačne citlivo reaguje. Laboratórne vyšetrenia: CRP **440**, fibrinogén **8,39** mmol/l, urea **25,6** mmol/l, kreatinín **317** umol/l, Le 12,4. Záver: Suspektný septický šok pri neznámom origu. Pacientku odporúčené konzultovať neurológom, nefrológom a lekárom KAIM.“

**Neurologické vyšetrenie v ten istý deň:** Kvantitatívna porucha vedomia aktuálne na úrovni somnolencie, v objektívnom neurologickom náleze aktuálne bez jednoznačnej fokálnej lézie CNS, horný meningeálny syndróm nie je hodnotiteľný pri základnej diagnóze, dolný meningeálny je syndróm neprítomný. Vzhľadom k anamnestickým údajom sa zdá najpravdepodobnejšia porucha vedomia metabolického pôvodu potencovaná medikamentami, dehydratácia.

**Nefrologické vyšetrenie v ten istý deň:** Prítomná kvantitatívna porucha vedomia, hypotenzia, T:37,8 st. C, dýchanie mierne prehĺbené, vezikulárne, oslabené, akcia srdca pravidelná, brucho nad niveau hrudníka, ťažšie priehmatné, difúzne palpačne citlivé, meteoristické, dolné končatiny bez opuchov. Záver: Akútne obličkové poškodenie pri hypotenzii v.s. septický šok, možná preexistujúca nefropatia.

Pacientka pre vzostup zápalových parametrov, diagnostikované zápalové ochorenie obličiek a rozvíjajúci sa šokový stav bola **preložená na KAIM**. Napriek komplexnej liečbe a intenzívnej starostlivosti zomiera po dvoch dňoch po preklade. Podľa pitevného nálezu bola bezprostrednou príčinou smrti urosepsa pri akútnom hnisavom zápale obličiek.

**Zhrnutie úradu, správny postup:** Úrad na základe zhrnutia vykonaných diagnostických a liečebných postupov poskytovateľa

skonštatoval, že pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti došlo k porušeniu § 4 ods. 3 a k porušeniu § 21 ods. 1 písm. a) zákona č.576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti nakoľko:

1. Pacientka bola prevezená na centrálné prijímacie oddelenie, kde bola vyšetrená iba ortopédom. Na CPO nebol urobený status presens generalis a diferenciálna diagnostika. Pacientka nemala urobené laboratórne vyšetrenia hneď, chýbalo vyšetrenie moču.
2. Počas hospitalizácie na ortopedickej klinike sa nezistila príčina zvýšeného nálezu zápalových markerov, hoci zobrazovacie metódy nepotvrdili, že by príčinou tohto zvýšenia bola ortopedická etiológia. Neurológ už pri vstupnom vyšetrení vylúčil, že by príčinou ťažkostí bol nález na chrbtici alebo dráždenie zadných miechových koreňov, teda vylúčil pracovný predpoklad - lumbago ako príčinu bolesti. Reumatológ na tretí deň hospitalizácie skonštatoval, že ich zvýšenie nesúvisí so základným ochorením RA, na ktoré sa pacientka liečila už niekoľko rokov. Pacientka nemala ani raz vyšetrenú moč ani meranú diurézu.
3. **Diferenciálna diagnostika** sa v zásade **začala až na piaty deň hospitalizácie**, kedy došlo k závažnému zhoršeniu zdravotného stavu, keď už ráno zdravotné sestry zistili nemerateľný tlak. Liečba šoku bola nedostatočná, nezodpovedala moderným princípom liečby takýchto stavov.
4. Dokumentácia sa viedla nedostatočne, v dekurze sa neuvádzajú a **nie sú zdôvodnené zásadné liečebné postupy**, chýba epikritické zhodnotenie zdravotného stavu pri jeho postupnom zhoršovaní.

**Náhly vznik bolesti, zvracanie, meteorizmus, bolesti brucha, palpačná citlivosť brucha, vysoké zápalové parametre, negatívny neurologický nález, nesúlad medzi aktívnymi prejavmi RA a vysokou laboratórnou zápalovou aktivitou mohli viesť k rýchlejšim a agresívnejším diferenciálne diagnostickým uvažovaniam a konaniam poskytovateľa zdravotnej starostlivosti pri využití dostupných diagnostických metód.**

## Chyby v manažovaní polymorbídneho pacienta

### **Anamnéza, objektívne a laboratórne vyšetrenia, epikritické zhrnutie:**

64-ročná pacientka bola vo všeobecnej ambulancii NsP kapitovaná od 01.06. 2005. Záznam o vyšetrení pacientky zmluvnou všeobecnou lekárkou v ambulancii alebo v domácom prostredí sa v zdravotnej dokumentácii nenachádzal.

Z vyjadrenia zmluvnej všeobecnej lekárky citované: „... do našej ambulancie vôbec nechodila, nedostavovala sa k pravidelným kontrolným vyšetreniam, ani k preskripcii liekov...pac. bola pre CHRI na podklade DM dispenzarizovaná na nefrologickej ambulancii a pre DM typ II na inzulíne na diabetologickej ambulancii, kde bola ku kontrolným vyšetreniam pravidelne fyzicky prítomná...pac. trpela i na ICHS a arteriálnu hypertenziu, ale na ďalšie odborné vyšetrenia (kardiologické, interné) nechodila. Zo strany dcéry ani pacientky vyšetrenia návštevy v byte neboli nikdy žiadané (až na 20.2.2009)...“

Medikamentózna liečba pacientke všeobecnou lekárkou predpisovaná na základe odporúčaní odborných lekárov - pre predpis liekov chodila dcéra pacientky (v čase šetrenia úradom už zosnulej).

Dňa 20.02.2009 navštívila ambulanciu zmluvnej všeobecnej lekárky dcéra pacientky s tým, že matka má opuchnuté a začervenané ľavé lýtko a oblasť členkov. Podľa záznamu v zdravotnej dokumentácii – citované: „...dcéra poučená o nutnosti vyšetrenia matky v našej ambulancii (pacientka je mobilná a pravidelne je fyzicky prítomná na nefrologickej ambulancii) a o nutnosti sonografického vyšetrenia ľavej DK (ponúknutá sanitka). Napriek opakovanému poučeniu nutnosti vyšetrenia v našej ambulancii dcéra tlmočí matkin nesúhlas s vyšetrením. Opakovane žiada predpis ATB na čo pristupujem...“

Následne lekárkou realizovaná preskripcia antibiotickej liečby (Augmentin 1 g lx za 24 hod. 1 bal).

Ďalší záznam v dekurze je zo dňa 25.02.2009: „Dg.: I 80. (embólia a trombóza dutej žily). USG ven. s. 2.3.2009 12.30. Výmenný lístok, lístok na sanitku na angiologickú ambulanciu. Predpis liekov: Talliton, Ebrantil ret., Pritor 80mg, Thiogamma 600, Ebrantil na odporúčenie nefrológa“.

V ďalšej časti zdravotnej dokumentácie, ktorá bola úradu doručená v priebehu dohľadu od rodinných príslušníkov pacientky, je zaznamenaná zmluvnou všeobecnou lekárkou iba preskripcia liekov podľa odporúčenia odborných lekárov.

Na základe uvedených zistení ÚDZS konštatuje, že manažovanie pacientky dohliadaným poskytovateľom – zmluvnou všeobecnou lekárkou nezodpovedalo kritériám správnej klinickej praxe. Zdravotná starostlivosť **nebola poskytnutá správne**. Dohliadaný subjekt pochybil v tom, že:



- 1.) dňa 20.2.2009 bola pacientke realizovaná preskripcia antibiotickej liečby bez objektívneho vyšetrenia, bez poučenia pacientky,
- 2.) od podpísania dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti nebol zo strany zmluvnej všeobecnej lekárky zabezpečený komplexný rozsah medicínskych činností v takom rozsahu ako udáva Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore všeobecné lekárstvo (ods. 1.2) - nebolo vykonané žiadne vyšetrenie pacientky napriek jej polymorbidite,
- 3.) medikamentóznou liečbu odporúčenú pacientke odbornými lekármi zmluvná všeobecná lekárka rešpektovala, preskripciu však realizovala bez prítomnosti pacientky, bez možnosti posúdiť aktuálny zdravotný stav a následne pri eventuálnej zmene stavu polymorbídnej pacientky medicáciu upraviť,
- 4.) zabezpečenie a uchovávanie zdravotnej dokumentácie nebolo vykonávané tak, ako ukladá ustanovenie § 22 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Analýzou údajov v zdravotnej dokumentácii vedenej ďalším dohliadaným subjektom (internistom ÚPS-zamestnanec dohliadaného subjektu) ÚDZS zistil nasledovné:

Dňa 1.3.2009 v čase 8:41 hod. bola pacientka ošetrovaná v ÚPS – interná ambulancia, privezená bola osádkou RLP pre generalizovaný toxoalergický exantém v.s. po Augmentin tbl. Pacientke službukonajúcou lekárkou odobratá anamnéza, realizované fyzikálne vyšetrenie a EKG vyšetrenie. Stav bol diagnosticky záverovaný ako Poliekový toxoalergický exantém v.s. po Augmentin tbl., Erysipel ľavého predkolenia, CHRI kombinovanej etiológie v anamnéze. Pacientke odporúčené antihistaminikum Dithiaden tbl v dávke 2 x 1/2 tbl, dermatologické a angiologické vyšetrenie a ďalšie neužívanie antibiotika - Augmentin tbl..

**Zhrnutie úradu:** Lekárka správne stanovila diagnózy, indikovala liečbu antihistaminikom – Dithiaden tbl., vynechala liečbu antibiotika - Augmentin, poukázala pacientku na dermatologické vyšetrenie a plánovala angiologické vyšetrenie.

Pri vyšetrení pacientky však neboli, napriek anamnestickým údajom o liečbe pacientky pre chronickú renálnu insuficienciu (CHRI) a DM realizované žiadne základné laboratórne vyšetrenia.

Realizácia laboratórnych vyšetrení by umožnila skôr odhaliť zhoršenie renálnych parametrov pacientky pri chronickej renálnej insuficiencii a výraznú leukocytózu a umožnili by tak skoršie prijatie pacientky do nemocnice na interné oddelenie vzhľadom na veľkú rizikovosť pacientky. Uvedené vyšetrenia, ktoré potvrdili zhoršenie stavu, boli realizované nasledujúci deň po prijatí pacientky na hospitalizáciu.

Na základe uvedených zistení ÚDZS konštatuje, že manažovanie pacientky dohliadaným poskytovateľom – internistkou ÚPS nezodpovedalo

kritériám správnej klinickej praxe. Zdravotná starostlivosť nebola poskytnutá správne. Dohliadaný subjekt pochybil v tom, že dňa 1.3.2009 u 64 ročnej, polymorbídnej, obéznej, vysoko rizikovej pacientky s diabetes mellitus, s CHRI so zhoršenými renálnymi parametrami v anamnéze, počas liečby infekčného ochorenia dolnej končatiny bolo realizované interné vyšetrenie a diagnostický záver bez realizácie laboratórnych vyšetrení.

Nasledujúci deň 2.3.2009 v čase 09:00 hod. pacientka hospitalizovaná na Internom oddelení NsP (2.3.2009 - 3.3.2009), celkove 15,5 hodiny.

Podľa záznamov v zdravotnej dokumentácii 3. 3.2009 po polnoci pri chôdzi z WC pacientka náhle odpadla, zahájená bola resuscitácia, ktorá trvala od 00:10 hod. do 00:35 hod. Resuscitácia bola napriek resuscitačnému úsiliu neúspešná a v čase 00:35 hod. bol konštatovaný exitus letalis. Úkony KPR sú riadne zaznamenané v chorobopise.

Ako pravdepodobná príčina smrti bola stanovená embólia do a. pulmonalis. Úmrtie možno klasifikovať ako náhle, neočakávané. Embólia do a. pulmonalis ako príčina úmrtia bola vysoko pravdepodobná, pretože pacientka bola vysokoriziková, vzhľadom na prítomnú obezitu, diabetes mellitus, CHRI s oligoanúriou, prebiehajúci infekt. Uvedené diagnózy mohli viesť k hyperkoagulačnému stavu a k následnej embólii do a. pulmonalis, o čom svedčí náhle úmrtie pacientky. Prehliadajúci lekár pítvu neodporučil.

Zdravotná starostlivosť v priebehu hospitalizácie pacientky na internom oddelení NsP bola poskytnutá správne.

**Zistené nedostatky:** Výkonom dohľadu na mieste bolo zistené, že zdravotná starostlivosť pacientke zo strany dohliadaného subjektu v dohliadanom období nebola poskytnutá v súlade s ustanovením § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. nakoľko:

1) neboli správne vykonané všetky zdravotné výkony na správne určenie choroby so zabezpečením včasnej a účinnej liečby s cieľom uzdravenia osoby alebo zlepšenia stavu osoby pri zohľadnení súčasných poznatkov lekárskej vedy;

2) zdravotná dokumentácia nebola vedená v súlade s ustanovením § 21 ods. 1 písm. b), d) a § 22 ods. 1 zákona č. 576/2004 Z. z. Vedenie zdravotnej dokumentácie je v zmysle § 4 ods. 5 neoddeliteľnou súčasťou poskytovania zdravotnej starostlivosti.

Uvedeným konaním došlo súčasne k porušeniu § 79 ods. 1 písm. l) zákona č. 578/2004 Z.z..

**Zdravotná starostlivosť nebola poskytnutá správne.**

**Sankcia:** Úrad uložil poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti pokutu.

## Neskorá diagnostika skryto a netypicky prebiehajúceho ochorenia srdca

### **Anamnéza, objektívne a laboratórne vyšetrenia, epikritické zhrnutie:**

43-ročný pacient, trpel cca 3 mesiace (od novembra 2008) na opakované respiračné infekcie, liečené zmluvným všeobecným lekárom podávaním antibiotík.

V uvedenom čase pacient nerešpektoval odporúčania všeobecného lekára, nedodržiaval časy stanovených kontrol a tiež odporúčaných laboratórnych vyšetrení.

#### Prehľad písomných záznamov o poskytnutej zdravotnej starostlivosti:

**1.11.2008** - citované zo zdravotnej dokumentácie **LSPP** dňa 01.11.2008 v čase o 18:50 hod.: „... subj. T 39, bolesti v krku, hlavy .Obj: cor bpn, dýchanie drsné, oj. vrzgoty baz., pharynx prekrvený, postnaz. hlienohnis, LU nezv., dg: sinobronchitis ac., Th: Rovamycine 3 mil.j. á 8 hod, Nasivin do nosa, kľud, kontr. p. p.“.

**10.11.2009** - v zdravotnej dokumentácii vedenej zmluvným všeobecným lekárom (ďalej VL), „... S: asi 3 dni škriabe hrdlo, teplotu nemá, kašle len občas, O:afebrilný, kp. komp. 125/85, P 68/min. Hrdlo nastriek., močí, mening. negat., dýchanie vezik., kontrola o 7 dní pri zhoršení stavu skôr. Ordinovaný Suprax, Aulin tbl“.

**3.12.2008** - v zdravotnej dokumentácii VL: „S: minule mu to prešlo, má sa dobre, zasa škriabe hrdlo, teplotu nemá, nekašle. O: afebril, kp. komp., hrdlo jemne prekrvené, tk 135/90, P 72/min, močí, mening, negat., dých. vezik., kontrola o 7 dní, pri zhoršení skôr“.

**3.12.2008** FW, CRP, KO, Bioch., moč chem+ sed., minule nemohol prísť, naháňa robotu, stále veľa cestuje. Ordinovaný Duomox, Medipyrin“.

**17.1.2009** - záznam LSPP v čase o 15:50 hod.: „TO, OA -bolesti v LS oblasti. Diagnóza - lumbago acutum. Podaná a odporúčaná liečba - Ketonal i. m., Dorsiflex 1-0-1, Ketonal 2x1, Novalgin 2x1.“.

Údaj o zvýšenej teplote ošetrojúcim lekárom LSPP nebol zaznamenaný.

**19.1.2009** - v zdravotnej dokumentácii vedenej VL: „LSPP bol pre M 54, seklo ho v krížoch, lieky má, pichať injekcie. O: tapp. negat., afebrilný, moč na papierik negat., prísť na tú krv ako som ordinoval minule. Ordinovaný Ketonal in. 5x2ml/100 mg, i. m. denne“.

**23.1.2009** - v zdravotnej dokumentácii vedenej VL: „stav zlepšený o 40 %, lis nie, KO, bioch., moč chem. + sed., ordinovaný Ketonal inj., Dorsiflex tbl, Ketonal forte tbl., vypísaná PN“.

**29.1.2009** - v zdravotnej dokumentácii vedenej VL: „Lieky si vysadil, lebo mu bolo zle od žalúdka, ale má sa už dobre, chce ps.

O: afebrilný, tap negat. P 72/min, bez šelestu, ozvy ohraničené, Stibor 15 cm, ps 01.02. Ketonal i. m. denne“.

**2.2.2009** - v zdravotnej dokumentácii vedenej VL: „S: v aute sa mu kríže zasa zhoršili, do nôh to nevystreľuje, s močením obtiaže neudáva.

O: Stibor 40 cm, tapp. negat., afebrilný. Moč papierikom negatívny. Odoslaný na neurologické vyšetrenie“.

V dokumentácii zapísaná **preventívna prehliadka** pacienta dňa **2.2.2009**:

„S: udáva zdravotné obtiaže v zmysle bolesti krížov, opakovaných, býva unavený, veľa cestuje a pracuje...

Obj.: ...Chrbtica: fyziologicky zakrivená, Stibor 40 cm, LS hybnosť obmedzená, bolestivosť pri pohybe, neurologicky orientačne negatívny nález“.

**2.2.2009 OKB NsP**: glukóza v sére 9,84 mmol/l, kreatinín 79,0. Moč sediment: leukocyty 12-15, erytrocyty 3-5, epitélie, baktérie prítomné. Krvný obraz- hemoglobín 111,0 erytrocyty 4,0. hematokrit 0,348.

**3.2.2009 realizované neurologické vyšetrenie** – zaznamenané subjektívne ťažkosti svedčiace pre bolesť v LS oblasti. Odporúčané dorobiť RTG LS a panva, medikamentózne Katadolon, Zaldiar, Záver LIS. Od 9.2.2009 ordinovaná infúzna liečba (MgSO<sub>4</sub>, Guajacuran, Novalgin, FR). 13.2.2009 ukončené podávanie infúzií.

**10.2.2009** - v zdravotnej dokumentácii vedenej VL: „Glykémia 9,8, mal osladený čaj. Asi 3 dni sa cíti slabý, potí sa nameral si 37,4, udáva, že občas máva zvýšené teploty posledné 2 mesiace, odkedy bol v zahraničí.

O: čelo spotené, bledší, tapp. negat., dýchanie vezik., AS reg P 103/min, TK 135/85, T 37,3 st.C., zajtra nabrať glyk., FW, CRP, ASLO, Addis... Idf 1: Prakt. lekár pre dospelých kašeľ, febrility, intermitentne 2 mesiace. Tachykardia 103. snímok pľúc+popis“.

**13.2.2009** záznam v zdravotnej dokumentácii vedenej VL: „Prosím o int. vyš. pac. ev. hospit. pre FW 120/neodčítateľné, CRP 126, v moči valce 200 tis., 6 mil. ery a 5 mil. leu, subfebrilie, bledosť, chudokrvnosť, vypísaná PN.

Vzhľadom na vysoké hodnoty FW, CRP a pozit. močový nález a predch. anamnézu kontaktovaný príbuzný, aby pacient ešte dnes prišiel pre výmenný list na hospit. na int. odd., pac. prišiel, odoslaný“.

**13.02.2009** v čase o 14:33 hod. hospitalizácia na internom oddelení na základe vyžiadania praktickým lekárom

**15.02.2009** v čase o 15:24 hod. hospitalizácia na anestéziologicko - resuscitačnom oddelení.

**05.03.2009** v čase 1:00 hod. po neúspešnej KPCR na OAIM NsP konštatovaný exitus letalis. Prehliadajúci lekár nariadil pitvu, ktorá bola realizovaná na SLaPA pracovisku.

Pitvou stanovená ako príčina smrti akútny transmuralný infarkt myokardu, na podklade komplikácie základnej choroby: tromboticko-vegetačná embólia do obkružnej vetvy ľavej koronárnej artérie. Ako základná choroba zistená: akútna a subakútna infekčná endokarditída a chronická exacerbovaná pankreatitída.

## Zhrnutie úradu:

- Dňa 1.11.2008 pacientovi ordinované lekárom LSPP antibiotikum – Rovamycin 3 mil. j. á 8 hod..
- Dňa 10.11.2008 všeobecným lekárom ordinovaný Suprax, Aulin tbl., odporučené kontrolné vyšetrenie o 7 dní, pri zhoršení stavu skôr. Na kontrolné vyšetrenie sa pacient dostavil až po 15 dňoch.
- Dňa 3.12.2008 pri kontrolnom vyšetrení všeobecným lekárom ordinované antibiotikum Duomox a Medipyrin, odporučené kontrolné vyšetrenie o 7 dní, pri zhoršení stavu skôr. Ordinovanie ďalšej antibiotickej liečby bolo zrealizované všeobecným lekárom bez uskutočnenia laboratórnych vyšetrení a zhodnotenia stavu pacienta, bez pátrania po príčine problémov.
- Dňa 2.2.2009 všeobecným lekárom odobratý materiál na biochemické vyšetrenie, realizované v laboratóriu NsP – moč, krvný obraz, glykémia a kreatinín v sére. Nie je zrejmý dôvod pre dané spektrum požadovaných vyšetrení, **skriningové vyšetrenie** so zameraním na **markery zápalu** všeobecným lekárom **ordinované nebolo**.

Záznamy o priebehu vyšetrení a liečby pacienta do času hospitalizácie poukazujú na diskrepanciu medzi údajmi uvedenými v podaní – chudnutie, zimnice, vysoké teploty a údajmi zaznamenanými v zdravotnej dokumentácii pacienta.

Jediný údaj o hmotnosti pacienta zaznamenaný všeobecným lekárom pri preventívnej prehliadke dňa 02.02.2009 („... výška 171 cm, hmotnosť 88 kg...“).

Údaje zaznamenané v zdravotnej dokumentácii týkajúce sa charakteru práce („...minule nemohol prísť, naháňa robotu, stále veľa cestuje...“), ako aj informácia o služobnej ceste v zahraničí udávaná v podnete a opakované nedostavenie sa na odporúčané laboratórne vyšetrenia všeobecným lekárom svedčia o nedodržiavaní liečebného režimu zo strany pacienta.

ÚDZS konštatuje, že zdravotná starostlivosť v dohliadanom období nebola poskytnutá správne, neboli vykonané všetky zdravotné výkony na správne určenie choroby so zabezpečením včasnej a účinnej liečby, s cieľom uzdravenia osoby alebo zlepšenia stavu osoby, so zohľadnením súčasných poznatkov vedy.

Uvedený záver sa opiera o nedostatky zistené:

- 1) v postupe ošetrojúceho lekára ako je uvedené vyššie
- 2) nedostatky zistené v dodržiavaní liečebného režimu zo strany pacienta:
  - opakované nedostavenie sa na odporúčané odbery biologického materiálu
  - služobná cesta do zahraničia v čase, keď subjektívne udával zhoršenie zdravotného stavu.

Nedocenenie subjektívnych ťažkostí pacienta, nedodržiavanie odporúčaných kontrolných vyšetrení v ambulancii všeobecného lekára viedlo k neskorému diagnostikovaniu skryto a netypicky prebiehajúceho ochorenia srdca.

ÚDZS konštatuje, že ochorenie uvádzané v pitevnom protokole ako základná choroba – infekčná endokarditída - má svoje špecifiká. Podľa odporúčaní EKS pre prevenciu, diagnostiku a liečbu infekčnej endokarditídy sú klinická anamnéza, priebeh ochorenia u každého pacienta variabilné. Nedostatok špecifických ťažkostí a klinického nálezu môže oddialiť diagnózu na týždne až mesiace, najmä v neprítomnosti predisponujúceho poškodenia srdca.

### **Zistené nedostatky:**

#### **1) v odbornom medicínskom postupe :**

- ordinovanie antibiotickej liečby bez potrebných laboratórnych vyšetrení
- skriningové vyšetrenia odporúčené všeobecným lekárom 2.2.2009 neboli zamerané na markery zápalu

#### **2) vo vedení zdravotnej dokumentácie:**

zdravotná dokumentácia vedená dohliadaným subjektom nespĺňa kritériá dané § 21 ods. 1 písm. b), d) zákona č. 576/2004 Z. z.

**Sankcia:** Úrad uložil poskytovateľovi pokutu.

## Úmrtie v aute po vyšetrení na ambulancii LSPP

### **Anamnéza, objektívne vyšetrenie a epikritické zhrnutie:**

53-ročný pacient bol vyšetrený na ambulancii LSPP pre dospelých dňa 2.7.2009 o 22.22 hod. pre opresie v prekordiu.

**Anamnesticky** pacient udával asi 1 hodinu trvajúce opresie v prekordiu a uviedol, že sa lieči na vysoký krvný tlak.

**Objektívne** bolo zistené: „pacient nepokojný, TK 190/130 torr“. Pacientovi bol lekárom podaný Tensiomin 12,5 mg s.l. **Diagnostický záver** : M.hypertonicus, ICHS; v lekárskom náleze sú uvedené kódy I10, I25.9, R07.4. Pacientovi bolo **odporúčané** interné vyšetrenie. V lekárskom náleze je uvedené, že pacient bol **poučený** o svojej chorobe podľa §6 ods. 1 zák. č. 576/2004 Z. z. a **súhlasí** s poskytnutím navrhovanej zdravotnej starostlivosti. Poučenie a informovaný súhlas je podpísaný pacientom. Pacient následne podľa vyjadrenie službukonajúcej lekárky odmietol prevoz na internú ambulanciu sanitným vozidlom a odišiel osobným autom, ktoré riadila jeho manželka na internú ambulanciu. Počas prevozu zomrel.

Podľa **pitevného nálezu** bezprostrednou príčinou smrti bol rozsiahly akútny infarkt spodnej steny ľavej komory srdca pri univerzálnej ateroskleróze ťažkého stupňa a obliteratívnej progresívnej skleróze koronárnych artérií ťažkého stupňa.

### **Zistené nedostatky pri výkone dohľadu:**

1. Podľa „Záznamu o poskytnutí lekárskej prvej pomoci“ nebolo vykonané fyzikálne kardiopulmonálne vyšetrenie pacienta.
2. Ordinovaná liečba bola, vzhľadom na udávané opresie na hrudníku, neadekvátna, pacient nemal podané nitráty a vzhľadom na zistenú hypertenziu, bola aj poskytnutá liečba nedostatočná (Tensiomin 12,5 mg s.l.).
3. Po podaní lieku nebolo vykonané kontrolné vyšetrenie pacienta vrátane zmerania TK.
4. Vzhľadom na závažnosť symptomatológie (opresie na hrudníku, vysoký krvný tlak) mal byť transport pacienta na internú ambulanciu zabezpečený v sprievode lekára, resp. odborného zdravotníckeho tímu.

**Zhodnotenie a záver úradu:** Poskytnutie zdravotnej starostlivosti na ambulancii LSPP pre dospelých nespĺňalo kritéria štandardného postupu. Záznam o poskytnutí lekárskej prvej pomoci svedčí o tom, že pri vyšetrení neboli vyčerpané **ani základné** vyšetrovacie postupy, diagnostické závery boli neúplné a ordinovaná liečba bola nedostatočná.

Rozhodnutie o odoslaní pacienta na ďalšie odborné vyšetrenie bolo správne, hoci zo záveru vyšetrenia nie je jasné, kvôli čomu a s akým očakávaním bol pacient odoslaný na iné pracovisko. Pri udávaných ťažkostiach mal byť transport pacienta zabezpečený v sprievode lekára, resp. odborného zdravotníckeho tímu. Zdravotná starostlivosť na ambulancii LSPP pred dospelých nebola pacientovi poskytnutá štandardným spôsobom, v dostatočnom rozsahu a správne.

U dohliadaného subjektu pri poskytnutí zdravotnej starostlivosti bolo **zistené porušenie §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. Podanie bolo vyhodnotené ako **opodstatnené.**

**Sankcie:** Úrad uložil poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti sankciu v zmysle § 50 ods. 2 zák. č. 581/2004 Z. z.



## **Lekárske prehliadky žiadateľov o vodičské oprávnenie**

Pobočke ÚDZS bol doručený dňa 12.5.2009 podnet Krajského riaditeľstva Policajného zboru na prešetrenie lekárskeho prehliadok žiadateľov o udelenie vodičského oprávnenia, ktoré boli vykonané u 18-tich žiadateľov o udelenie vodičského oprávnenia všeobecným lekárom pre dospelých – fyzickou osobou a u 13-ich žiadateľov o udelenie vodičského oprávnenia lekárom poskytovateľa zdravotnej starostlivosti – právnickej osoby na ambulancii všeobecného lekára pre dospelých.

**Právna analýza:** Na základe vyhodnotenia súčasného legislatívneho stavu v oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti a vydávania lekárskeho posudku úrad konštatoval, že v prípade lekárskeho prehliadok žiadateľov o udelenie vodičského oprávnenia sa **nejedná o zdravotnú starostlivosť v zmysle § 2 ods. 1 a o poskytovanie zdravotnej starostlivosti v zmysle § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.**

Lekárske prehliadky žiadateľov o udelenie vodičského oprávnenia sú vykonávané poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti za účelom **posúdenia zdravotnej spôsobilosti na výkon konkrétnej činnosti** (§ 16, ods. 1 písm. a) zák. 576/2004 Z. z.), v danom prípade vedenia motorového vozidla, a úrad nemá zákonné kompetencie na vykonávanie dozoru v tejto oblasti.

**Zhodnotenie a záver úradu** - Vykonaným dohľadom úrad u oboch dohliadaných poskytovateľov:

a) **zistil porušenie právneho predpisu vzťahujúceho sa na vykonávanie lekárskeho prehliadok žiadateľov o udelenie vodičského oprávnenia** platného v čase vykonania lekárskeho prehliadok žiadateľov - **vyhlášky MZ SR č. 164/1997 Z.z. o zdravotnej spôsobilosti na vedenie motorového vozidla** vydané podľa § 130 zák. 315/1996 v znení neskorších predpisov a to:

- § 2 ods. 3 - tým, že obaja poskytovatelia neprihliadali na predchádzajúce záznamy žiadateľov v ich zdravotnej dokumentácii
- § 3 ods.1 - tým, že obaja poskytovatelia nezaznamenali závery lekárskeho prehliadok do zdravotnej dokumentácie žiadateľov
- § 3 ods.5 - tým, že v dvoch prípadoch všeobecný lekár poskytovateľa – právnickej osoby nezaznamenal návrh na obmedzenie vodičského oprávnenia podľa osobitného predpisu do zdravotnej dokumentácie žiadateľov.

b) **zistil porušenie právnych predpisov vzťahujúcich sa na vedenie dokumentácie**, ktoré spočívalo v tom, že obaja poskytovatelia pri posudzovaní zdravotnej spôsobilosti žiadateľov tým, že

nezaznamenali závery lekárskeho prehliadok žiadateľov do zdravotnej dokumentácie žiadateľov a v dvoch prípadoch všeobecný lekár pre dospelých poskytovateľa – právnickej osoby nezaznamenal návrh na obmedzenie vodičského oprávnenia prostredníctvom harmonizovaného kódu podľa osobitného predpisu do zdravotnej dokumentácie žiadateľov, **neviedli zdravotnú dokumentáciu v zmysle § 19 a § 21 zák. 576/2004 Z.z., čím porušili § 79 ods. 1 písmeno l zákona č. 578/2004 Z.z.** o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve, podľa ktorého je poskytovateľ zdravotnej starostlivosti povinný viesť zdravotnú dokumentáciu podľa osobitného predpisu.

**Sankcie:** Úrad dal návrh na udelenie sankcie obom poskytovateľom zdravotnej starostlivosti orgánu kompetentnému na udelenie sankcie – úradu samosprávneho kraja.

## Poškodenie ascendentnej aorty pri drenáži dutiny hrudnej

(podnet SLaPA pracoviska ÚDZS pre nesúlad diagnóz)

### **Anamnéza, objektívne vyšetrenia a celkové zhrnutie:**

53-ročná pacientka prijatá na oddelenie všeobecnej a úrazovej chirurgie všeobecnej nemocnice dňa 3.4.2009, po úraze hrudníka (pritlačenie koňom o stenu).

Pri prijatí pacientka pri vedomí, tlakovo stabilizovaná, TK 115/70 torr, P 92/min., s plytkým dýchaním. Sťažovala sa na bolesti hrudníka vpravo a bolesti pravého ramena. **RTG** vyšetrením zistená **zlomenina pravej kľúčnej kosti** s dislokáciou úlomkov a so skrútením 2, 5 cm a II. - VI. rebra vpravo, bez prítomnosti pneumo alebo haemotoraxu. **USG** vyšetrenie brucha **nepotvrdilo** traumatické poškodenie vnútrobrušných orgánov, **KO** bol **v norme** - Hb 134, Htk 0,40, Er 3,98, Le 8,8, Pacientke zavedený epidurálny katéter za účelom analgetickej liečby a nasadená rozsiahla konzervatívna terapia. V **dňoch 4.4.-5.4.2009** priebeh hospitalizácie pri liečbe antibiotikami, expektoranciami a bronchodilatanciami bez komplikácií, pri spontánnej ventilácii a kyslíkovej liečbe bola saturácia **Hb** kyslíkom **97%**.

Dňa **6.4.2009** pacientke urobené kontrolné **RTG** vyšetrenie hrudníka s nálezom **pneumotoraxu vpravo**.

Pacientka následne pre potrebu **hrudnej drenáže** preložená na **OAIM**, so saturáciou pri inhalačnej kyslíkovej liečbe **90 - 93%**. Drenáž hrudníka vykonaná v **5. - 6. medzirebrí** v strednej axilárnej čiare. Ďalší priebeh ochorenia ukázal, že táto drenáž **nebola efektívna, mediastinum s presunom doprava, homogénne zatienenie stredného a dolného pľúcneho poľa**, po jej vykonaní odsaté len **300 ml** tekutiny. Preto hrudný drén odstránený a znovu zavedený, smerovaný do ventrálnej časti pohrudničnej dutiny. Napriek tomu vznikol kompletný kolaps pravého pľúcneho krídla, pretlakový presun mediastína vpravo. Nezlepšil sa ani klinický obraz - pretrvávala **hypoxémia** a prehĺbil sa klinický a biochemický obraz **respiračného zlyhávania**. To bol dôvod na začatie **umelej ventilácie pľúc**, neinvazívnou technikou, no na udržanie saturácie na hodnotách **85 - 87 %** sa musela aplikovať **100%** koncentrácia kyslíka. **Ani tento postup**, rovnako ako ani manipulácia s drénom, neboli efektívne u pacientky pretrvávala **hypoxémia**.

Preto bolo rozhodnuté urobiť drenáž pravej pohrudničnej dutiny klasickým prístupom v **2. - 3. medzirebrí** v strednej axilárnej čiare o **17.50 hod.**, drén však nebol zavedený v strednej axilárnej čiare **ale tesne parasternálne vpravo**.

Pri zavádzaní drénu došlo k vzniku **generalizovaných krčcov s bezvedomím**, pripomínajúcich epileptický záchvat typu grand-mal.

Neskôr došlo k návratu vedomia, no kŕčová aktivita pokračovala a interferovala s ventiláciou, čo bol dôvod na **orotracheálnu intubáciu** a aplikáciu umelej pľúcnej ventilácie klasickým spôsobom, no s aplikáciou čistého kyslíka. Následne došlo u pacientky ku spomaleniu srdcovej frekvencie až k **zastaveniu obehu**, čo si vyžiadalo komplexnú **kardiopulmonálnu resuscitáciu**.

Konzultovaný chirurg suponoval možné **poranenie veľkých ciev** a týmto smerom orientovaný aj liečebný postup s aplikáciou tekutín v snahe zvýšiť efektívny objem cirkulujúcej krvi.

Po prechodnom obnovení spontánnej činnosti srdca opakovane došlo k zastaveniu obehu s potrebou **KPR**, ktorou sa obnovenie efektívnej spontánnej činnosti srdca nepodarilo dosiahnuť a pacientka o **19.30 hod. exitovala**.

**Pitevný nález:** Bezprostredná príčina smrti – šok z vykrvácania, mnohopočetné zlomeniny rebier obojstranne, natrhnutie horného laloka pravých pľúc. Čerstvo chirurgicky vytvorený otvor v hornej tretine hrudníka vpravo, pokračujúci cez podkožie, medzirebrovú svalovinu v 3. medzirebrovom priestore do pohrudnicovej dutiny s pokračovaním cez prednú plochu osrdcovníkového vaku a **cez prednú plochu vzostupnej časti hrudníkovej srdcovnice** (po predchádzajúcom zavedení drénu do pohrudnicovej dutiny).

**Zhodnotenie úradom a záver:** Miesto hrudnej punkcie na drenáž PNO klasickým spôsobom **nevhodne zvolené**. Podľa pitevnej dokumentácie, vpich vedený tesne **parasternálne vpravo**. Bezprostrednou príčinou smrti **hemoragický šok**, ktorý vznikol z krvácania do osrdcovníkového vaku a do pohrudničných dutín v dôsledku **iatrogénneho poškodenia aorty** asi 4 cm nad jej odstupom z ľavej komory.

Vzhľadom k anatomickému uloženiu ascendentnej aorty je pri správnej lokalizácii vpichu a realizácii výkonu podľa striktných zásad drenáže dutiny hrudnej **možnosť jej poškodenia mimoriadne vzácna**.

**Sankcie:** Úrad uložil dohliadanému subjektu pokutu v zmysle § 50 odsek 2 písm. a.) zákona č. 581/2004 Z.z.

## Mors in tabula pri gynekologickej operácii

### **Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie:**

42 - ročná pacientka, dňa 14.10.2008 prijatá na hospitalizáciu na gynekologické oddelenie po chirurgickom a USG vyšetrení pre asi týždňové bolesti podbruška. U pacientky zistená patologická formácia v malej panve – v USG obraze skôr charakteru zápalového tumoru, ľahkej enteritis v oblasti ilea. V laboratórnych výsledkoch vysoké zápalové parametre – CRP 204,39 mg/l, Leu 17.01, zvýšené hodnoty Glu, AST, GMT, ALP, AMS a znížené hodnoty urey, Na, K a Cl v sére.

Pri vstupnom vyšetrení na gynekologickom oddelení pacientka udávala bolesti v oblasti podbruška, ktoré trvajú asi 8 dní. U gynekológa nebola niekoľko rokov. Bolesť vychádzala z oblasti ľavého podbruška, skôr krčovitého charakteru. Teplota do 38 st. C. Nezvracala, hnačky nemala. V objektívnom náleze adnexa vpravo bez rezistencie, nebolestivé, adnexa vľavo v konvolúte tuhoelastickej rezistencie do 5 cm, palp. výrazne bolestivej, c. Douglasi mierne citlivý. Pacientka prijatá na oddelenie s dg. abscessus tuboovarialis l. sin.

Po prijíme na oddelenie nasadená parenterálna analgetická, kombinovaná ATB liečba a realizované UZ TVS vyšetrenie s nálezom tumoróznej masy v oblasti ľavého ovária, ktoré bolo jej súčasťou, komplexnej echogenity veľkosti 43x36 mm, cavum Douglasi s malým množstvom voľnej tekutiny a záverom - abscessus tuboovarialis l.sin.

V ďalšom priebehu hospitalizácie u pacientky upravená ATB liečba podľa výsledkov kultivačných vyšetrení a citlivosti, postupne došlo k zlepšeniu klinického stavu, poklesu teplôt a hodnôt zápalových parametrov. Pretrvával však nález tuboovariálneho abscesu vľavo (palpačne asi veľkosti 20 cm v priemere), preto indikovaný operačný výkon - abdominálna hysterectómia s obojstrannou adnexotómiou. Po predoperačnej príprave pacientka operovaná dňa 28.10.2008.

Operácia zahájená o 9:38 hod., podľa operačného protokolu ukončená o 12:20 hod. Podľa popisu operácie po lege artis príprave operačného poľa, v celkovej anestézii otvorená dutina brušná z priečneho rezu sec. Pfannestiel. Situs organorum - uterus v AVF, niečo zväčšený, v dutine brušnej rozsiahle pozápalové adhézie najmä v oblasti ľavostranného tuboovariálneho abscesu do veľkosti 5x6 cm, ktorý adheroval k zadnej stene uteru, rektu a ku kľučkám tenkého čreva. Pravé adnexa pozápalovo zmenené, adherovali plošnými adhéziami k zadnej stene uteru, ovárium nebolo zväčšené, tuba vpravo v konvolute so zrastami. Fundus uteri zachytený americkými kliešťami, povytiahnutý uterus a tupou preparáciou prstami liberalizovaný ľavostranný tuboovariálny absces od zadného listu lig. latum uteri, zadnej steny uteru smerom do cavum Douglasi. Pri tejto preparácii došlo podľa operačného protokolu cca o 9:45 hod. k masívnemu krvácaniu pravdepodobne z porušených ilických ciev, ktoré bezprostredne adherovali k tuboovariálnemu abscesu

vľavo. Pri odsávaní sa nedarilo vizualizovať zdroj krvácania, pre rozsiahle adhérie v malej panve. Realizovaná tamponáda malej panvy. Medzitým, vzhľadom k masívnemu krvácaniu, okamžite privolaný z vedľajšej operačnej sály chirurg, ktorý prebral operáciu, operačná rana rozšírená pozdĺžnym rezom smerom nad pupok až po processus xiphoideus. Preparované zadné peritoneum nad bifurkáciou aorty, zároveň manuálna kompresia aorty. Okamžite započatá náhrada straty krvi náhradnými roztokmi a krvnými derivátmi. Bezprostredne privolaný cievny chirurg, ktorý pokračoval vo vypreparovaní aorty, ktorá bola následne klemovaná nad bifurkáciou. Odhadovaná strata krvi do zaklemovania aorty podľa vyjadrenia operátora cca 1000-1500 ml. Po vysušení operačného poľa v malej panve po zaklemovaní aorty krvácanie zastavené. Pri postupnom uvoľňovaní klemu na aorte vizualizovaný zdroj krvácania. Krvácanie bolo pozorovať z arteria hypogastrica l. sin. a jej vetvy. Krvácanie ošetrované silónovými a prolénovými ligatúrami. Krvácanie po vysušení nebolo pozorovateľné. Do malej panvy vložená tamponáda rúšok. Počas ošetrovania zdroja krvácania došlo k anesteziologickej príhode, pričom v rámci intenzívnej starostlivosti došlo po zavedení kaválneho katétra vľavo k pneumothoraxu. Privolaný pľúcny chirurg, ktorý realizoval drenáž pohrudničnej dutiny. Po uvoľnení klemu na aorte hmatná pulzácia v aorte, prítomné krvácanie z vasa vasorum v mieste predtým klemovanej aorty. Cievny chirurgom po opätovnom zaklemovaní aorty cca 3 cm vyššie, ošetrované prolénovým stehom spomínané krvácanie z vasa vasorum. Následne vyňaté rúšky z malej panvy. Odpreparovaný tuboovariálny absces od ilických ciev, následne extirpovaný, pričom ďalej vykonaná supravaginálna amputáciu a pravostranná adnexotómia. Po uvoľnení klemu na aorte nehmatná pulzácia aorty, konštatovaná zástava srdcovej činnosti, o 10:50 hod. začatá externá masáž srdca. Po externej masáži srdca cca 30 minút, rozhodnuté pokračovať v priamej masáži srdca, cievny chirurg po dohovore s anesteziológmi realizoval priamu masáž srdca. Vzhľadom k neúspešnej masáži srdca anesteziológ rozhodol defibrilovať pacientku. Ani po defibrilácii sa nedarilo navodiť akciu srdca. O 11:45 hod. konštatovaný exitus letalis. Následne realizovaná sutura jednotlivých vrstiev prednej brušnej steny vicrylovými a silónovými stehmi. Odhadovaná celková krvná strata podľa operačného protokolu cca 3000 – 4000 ml.

Podľa anesteziologických záznamov sa celková anestézia u pacientky začala o 9:25 hod. Zvolila sa kombinovaná inhalačná a intravenózna anestézia s použitím inhalačného anestetika Sevoranu a i.v. opiátu (Sufenta). Ako úvodné i.v. anestetikum sa použil propofol 1% 200 mg a na svalovú relaxáciu Esmeron. Úvod do anestézie prebiehal štandardným spôsobom. Pribeh celkovej anestézie použitím Sevoranu stabilizovaný až do 9:50 hod. Podľa popisu perioperačnej komplikácie došlo u menovanej o 9:50 hod. k náhlemu masívnemu krvácaniu z rany, cca 3000 ml krvi v priebehu 1 minúty (v zázname o anestézii vznik operačnej komplikácie,

označený ako „preťatie ilickej artérie“), okamžite podaný Voluven 500 ml i.v., volaní ďalší anesteziológovia, z krvného skladu okamžite objednaných 1000 ml EM a operatér žiadaný o zaklempovanie brušnej aorty. O 9:52 hod. u pacientky zavedený dialyzačný katéter cez v. subclaviu l. sin. Pre asystóliu o 9:55 hod. zahájená kardiopulmonálna resuscitácia, nepriama masáž srdca, umelá pľúcna ventilácia, podaný Adrenalin, do 3 min. došlo k obnoveniu činnosti srdca, nasadený Noradrenalin kontinuálne. O 10:00 hod. zahájenie masívnych krvných náhrad systémom rapid infusion so zohrievaním, 10:10 hod. zavedený invazívny monitor TK cez a. cubiti l. sin. Spolu podaných 25 transfúzií, bez krížovej skúšky (pri operatórom udávanej strate 1000-1500 ml?!), menovaná nemala pripravenú krv k operácii. O 10:13 hod. u pacientky anesteziológom diagnostikovaný pneumothorax l. sin. vzniknutý pravdepodobne iatrogénne pri obtiažnej kanylácii v. subclavia l. sin. Zatvorený pneumothorax otvorený cez 2. medzirebrový priestor v MD čiare vľavo dočasne tenkým katétrom, po drenáži dýchanie počuteľné bilat. vľavo mierne oslabené, pokračované v resuscitácii obehu prevodmi krvi, plazmy a krvných derivátov (tr. koncentráty, fibrinogén). O 10:30 hod. PNO definitívne ošetrený hrudným chirurgom, zavedený hrudný drén s aktívnym odsávaním v 4. medzirebrí v strednej axilárnej čiare vľavo. O 10:50 hod. opäť zaznamenaná zástava obehu – zahájená kardiopulmonálna resuscitácia pre asystóliu, nepriama masáž srdca, umelá pľúcna ventilácia, Adrenalin 1 mg. i. v., Noradrenalin zamenený za Adrenalin, pretrvávala asystólia. O 10:51 hod. aplikovaných 30 ml CaCl i.v., počas celej resuscitácie obehu kontinuálne podávaný NAHCO<sub>3</sub>, celkovo 1000 ml do ukončenia kardiopulmonálnej resuscitácie. O 11:05 hod. podaný Novoseven 120 mg i.v., o 11:15 hod. Remestyp 1 amp. i.v. ako alternatíva pri nereagujúcom myokarde, o 11:20 hod. chirurg prebral priamu masáž srdca, pričom konštatoval, že sa srdce dobre plní. O 11:35 hod. pre komorovú fibriláciu realizovaná defibrilácia 1 x 360 J, ďalej len asystólia, pokračované v kardiopulmonálnej resuscitácii. O 11:45 hod. u pacientky konštatovaný exitus letalis. Počas výkonu anesteziologickým tímom pacientke podaných - 1000 ml Voluvenu, 3000 ml fyziologického roztoku, 6672 ml erytromasy, 1715 ml čerstvej zmrazenej plazmy, 570 ml trombocytového koncentrátu, 4,0 g fibrinogénu, 1000 ml NAHCO<sub>3</sub> i.v. V zázname o anestézii exitus letalis konštatovaný o 11:45 hod., koniec operácie o 13:20 hod. (podľa vyjadrenia anesteziológa, po konštatovaní exitu o 11:45 hod. zúčastnení anesteziológovia a chirurg opustili operačný sál a gynekologický operačný tím pokračoval na operačnej sále ešte do 13:20 hod.). Čas ukončenia operačného výkonu uvedený gynekologickým tímom – 12:20 hod. v rozpore s časom ukončenia operačného výkonu, ktorý bol uvedený v zázname o anestézii – 13:20 hod. Odhadované krvné straty počas operácie cca 10 000 ml (odsávacie nádoby, rúšky, odhad krvných strát pod operačným stolom), v rozpore so záznamom v operačnom protokole o stratách cca 3000 – 4000 ml.

Patologicko – anatomickou pitvou zosnulej ako príčina smrti určený hemoragický šok. Základnou chorobou tuboovariálny absces vľavo, stav po abdominálnej hysterektómii a obojstrannej adnexektómii a peroperačnom krvácaní z vetiev iliackých artérií do brušnej dutiny.

**Záver:** Z uvedeného je možné konštatovať, že údaje anesteziologického tímu zodpovedali klinickému stavu a priebehu resuscitácie pacientky v peroperačnom hemoragickom šoku a teda aj príčine smrti, ktorú potvrdil aj pitevný nález. Tieto údaje boli v rozpore s tvrdením operátora, ktoré bolo v ostrom rozpore s ďalším klinickým priebehom urgentného riešenia hemoragickej komplikácie, v rozpore s objektívnou peroperačnou stratou krvi (podaných 25 transfúzií systémom rapid infusion!), v rozpore s písomným vyjadrením anesteziológov, chirurgov ako aj v ťažkom rozpore s pitevným nálezom, ktorý uvádzal ako príčinu smrti hemoragický šok.

**K operačnému výkonu nebola zabezpečená krv. Operátor mal v danom prípade správne vyhodnotiť operačný nález a zvoliť iný, bezpečnejší operačný postup, t.j. incízia abscesu, evakuácia obsahu a totálna alebo parciálna extirpácia steny abscesu.**

**Okrem rozporu v čase ukončenia operácie (v operačnom zázname a zázname o anestézii), chýba v dokumentácii Hlásenie mors in tabula i výsledok jeho prejednania vedením nemocnice.**

Postup anesteziologického tímu bol lege artis, vznik pneumothoraxu bol komplikáciou, ktorá nemala priamu súvislosť so vzniknutou peroperačnou chirurgickou komplikáciou, neovplyvnil priebeh kardiopulmonálnej resuscitácie ani ďalšie liečebné postupy, bol riešený adekvátne a nemal vplyv na prognózu pacientky. Privolaný chirurgovia postupovali štandardne a lege artis, pre vykrvácanie pacientky nedokázali napriek adekvátnemu postupu neúspešný priebeh operácie zvrátiť.

**Napriek tomu, že podľa § 43 ods. 8 zákona č. 576/2004 Z.z. po určení smrti lekárom alebo konzíliom možno na mŕtvom tele vykonať len:** a) pitvu; b) zdravotné výkony potrebné na účely odoberania orgánov, tkanív a buniek; c) zdravotné úkony vedúce k pôrodu, ak ide o tehotnú ženu - bolo gynekologickým operačným tímom pokračované vo výkone na operačnej sále po exite pacientky ešte do 13:20 hod.

**Zhrnutie úradu:** Postupom úradu podľa zákona č.581/2004 Z. z., vykonaním dohľadu na mieste, u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, z údajov zaznamenaných v dostupnej zdravotnej a súvisiacej dokumentácii, ako aj vyjadrením dotknutého subjektu a na základe odborného stanoviska konzultanta sa preukázalo, že zdravotná starostlivosť zo strany poskytovateľa nebola v súlade s ustanoveniami § 4



ods. 3 zákona 576/2004 Z. z. a zdravotná dokumentácia nebola v dohliadanom období vedená v súlade s ust. § 19 ods. 2 písm. c/ a § 21 ods. 3 zákona č. 576/ 2004 Z.z.

Zároveň bolo výkonom dohľadu u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti **zistené porušenie povinnosti poskytovateľa zdravotnej starostlivosti uvedenej v § 79 ods. 1 písm. a/ zákona č. 578/2004 Z.z.**

**Sankcie:** Úrad začal správne konanie vo veci uloženia sankcie a nápravného opatrenia poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti v zmysle § 50 ods. 2 písm. a) zákona č. 581/2004 Z.z. a podal trestné oznámenie.

## Nesprávna antikoagulačná liečba u rizikovej pacientky po úraze

### **Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie:**

64-ročná pacientka bola 1.5.2009 prijatá **na chirurgické oddelenie** pre úraz ľavej dolnej končatiny – pošmykla sa a poranila si ľavý členkový zhyb. Pri prijatí v osobnej anamnéze zaznamenané – lieči sa pre vysoký tlak, ischemickú chorobu srdca, diabetes mellitus komp., v minulosti operácia štítnej žľazy a benígneho tumoru prsníka. Pri prijatí chôdza algická, prítomné varixy oboch predkolení, bez známok zápalu, TK 140/90 mmHg.

Status localis – opuch, palpačná bolestivosť a patologická deformácia v ľavom členkovom zhybe, pohyblivosť obmedzená. Rtg ľavého členka: zlomeniny vonkajšieho, vnútorného členka, zadnej hrany distálnej epifýzy tibie s dislokáciou a sublúxiou talu. Diagnóza: Fractura trimalleolaris cruris l. sin. cum dislocatione, Subluxatio tali, ICHS komp., Morbus hypertonicus II., Diabetes mellitus II. typ komp. - PAD.

O 20.40 hod. v celkovej anestéze za pomoci Rtg zosilovača vykonaná repozícia a fixácia zlomeniny sádrou. Ordinované - Braunova dlaha, vazoprotektívum, antikoagulancium (Anopyrin 100 mg), analgetikum pri bolesti. Dňa 2.5.2009 pacientka afebrilná, kontrolné Rtg snímky hodnotené ako vyhovujúce. Ordinované – vazoprotektívum, analgetikum. Dňa 3.5.2009 a 4.5.2009 ordinované – vazoprotektívum, analgetikum. Dňa 5.5.2009 Rtg kontrola - postavenie vyhovujúce, objektívne bez opuchu, chôdza s barlami. Ordinované – vazoprotektívum, analgetikum, antiagregačná liečba (Anopyrin 100 mg). Dňa 6.5.2009 pacientka prepustená do ambulantnej starostlivosti. Odporúčané - hlásiť sa u svojho lekára do 3 dní, chôdza o barlách, kontrola na traumatologickej ambulancii o týždeň.

Dňa 10.5.2009 o 11.30 hod. pacientka **privezená posádkou RLS na interné oddelenie** s diagnózami: Hyperglykémia (30,5 mmol/l), Diabetes decomp., Akcelerovaná hypertenzia (140/94..148/89 Torr), Dyspnoe in. obs., Neurasténia. Lekárom RLS podaná infúzia fyziolog. roztoku, Syntophyllin, MgSO<sub>4</sub>, Diazepam, Torecan, Tensiomin. Bolo realizované EKG. Pri prijatí pacientka udáva od rána pocit smädu, sucho v ústach, sťažené dýchanie. Status praesens: pacientka pri vedomí, mierne somnolentná, tachypnoe, poloha pasívna.. bez cyanózy.. dýchanie vezikulárne, vpravo bazálne niečo oslabené.. pulz 112/min., TK 135/85 mmHg.. dolné končatiny bez edémov, varixy na predkolení v kľude, na ľavom predkolení sádrová dláha. Diagnóza: **Metabolický rozvrat, Šokový stav, dif. dg. Sukcesívna pľúcna embólia**. Realizované Echokardiografické vyšetrenie – bez jednoznačných známok svedčiacich pre pľúcnu embóliu, dif. dg. hypokinéza myokardu. Pacientka **prijatá na JIS interného oddelenia**, napojená na monitorovací systém a kyslík.

Aplikovaná infúzna liečba, antikoagulancium (Heparin), INN-insulin human, vazodilatans, antacidum, NaHCO<sub>3</sub>, zavedený permanentný katéter, Laboratórne vyšetrenia krvi – D – diméry negat., glykémia 23,0..13,0.. 19,2.. 16,8 mmol/l, Urea 13,6 mmol/l, Kreatinín 217,1 umol/l, Leukocyty 15,5, ABR - metabolická acidóza ľahkého st.. O 17.30 hod. pokles tlaku 80/40 mmHg, pridaný Noradrenalin, pretrváva hypotenzia až šokový stav, pridaný Tensamin. Vo večerných hodinách napriek inzulínovej a infúznej liečbe zhoršenie metabolickej acidózy, pridaný NaHCO<sub>3</sub>. Napriek intenzívnej terapii pretrváva hypotenzia, šokový stav, rozvrat vnútorného prostredia. O 23.30 hod. pacientka **preložená na OAIM**.

Pri prijatí na OAIM pacientka cyanotická, koža mramorovaná, studená, dýcha spontánne, hyperventiluje – 35 dychov /min., dýchanie vezikulárne, čisté, obojstranne počuteľné, akcia srdca nepravidelná, ozvy tichšie. Tlak 102/49 mmHg, pulz 111/min., saturácia O<sub>2</sub> 57%, ľavá dolná končatina – sadra, pravá DK bez opuchu. Po prijatí pacientka intubovaná, napojená na umelú pľúcnu ventiláciu, kanylovaná vena na ľavom predlaktí. Aplikovaná infúzna terapia, Noradrenalin, Tensamin, Ranital, Oxantil, Hydrocortizon, Adrenalin, Atropin, NaHCO<sub>3</sub>, 10 % Manitol. Stav pacientky je nestabilný, cca po 15. min. od prijatia dochádza k asystólíi, po kardiopulmonálnej resuscitácii akcia srdca obnovená. Napriek intenzívnej terapii sa stav pacientky nedarí stabilizovať, akcia srdca nestabilná, bradykardia. Dňa 11.5.2009 aj napriek intenzívnej resuscitácii o 2.20 hod. konštatovaný **exitus letalis**. Diagnostický súhrn: Šokový stav, Akútna respiračná insuficiencia, Embólia a. pulmonalis susp., Rozvrat vnútorného prostredia, Diabetes mellitus na PAD dekomp., Metabolická acidóza, Hypertonická choroba 2. st., Stav po operácii štítnej žľazy (r. 1994), Stav po operácii benígneho tumoru pravého prsníka, Fractura trimalleolaris cruris l. sin. cum dislocatione, Xantelasma palpebrarum.

Vykonaná patologická pitva – bezprostredná príčina smrti: Masívna tromb-embólia hlavných vetiev pľúcnice.

**Záver a odborné zdôvodnenie:** Na chirurgickom oddelení počas hospitalizácie od 1.5.2009 do 6.5.2009 **nebola pacientke podávaná adekvátne antikoagulačná terapia**, čím nebola zabezpečená dostatočná prevencia trombembolickej choroby, vzhľadom na prítomné rizikové faktory: vyšší vek, bilaterálny varikózný syndróm dolných končatín, úraz a naloženie sádrovej dlahy na ľavú dolnú končatinu, následná imobilita po úraze, diabetes mellitus 2. typ, hypertenzia, dehydratácia.

- Adekvátne medikamentózne terapia nebola pacientke odporučená ani pri prepustení pacientky do domáceho liečenia.

- Pacientka z hľadiska možnej trombembolickej komplikácie vysoko riziková. Na chirurgickom oddelení mal byť aplikovaný nízkomolekulárny heparín s následnou antikoagulačnou liečbou a s odporúčaním pokračovať v liečbe po prepustení pacientky domov.

- Absencia adekvátnej medikamentóznej terapie v prevencii trombembolickej choroby sa podieľala na vzniku tejto poúrazovej komplikácie u pacientky s následným úmrtím.

Uvedenými nedostatkami bolo porušené ustanovenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/ 2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov.

**Sankcie:** Úrad uložil poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti povinnosť prijať opatrenia na odstránenie zistených nedostatkov a ich príčin.

## Pochybenie v diagnostike a liečbe u maloletého pacienta s neurologickým ochorením

### **Anamnéza, objektívne vyšetrenia, epikritické zhrnutie:**

Maloletý 6-ročný pacient vyšetrený detským neurológom pre opakované bolesti hlavy v trvaní asi 5 minút so spontánnym ústupom. Pri neurologickom vyšetrení neboli prítomné známky intrakraniálnej hypertenzie a celkový neurologický status dieťaťa nebol dôvodom na neodkladnú realizáciu zobrazovacieho vyšetrenia mozgu. Dieťa z dôvodu vývinovej dyslalie a zníženej obratnosti odoslané z neurologickej ambulancie do krajskej pedagogicko-psychologickej poradne.

Po uplynutí 4 mesiacov od neurologického vyšetrenia rodičia priniesli dieťa do ambulancie LSPP z dôvodu opakovaného zvracania. Službukonajúci lekár LSPP dieťa vyšetřil a poukázal do miestnej príslušnej nemocnice na infektologické vyšetrenie. Stav hodnotený ako akútna gastritída, ordinovaná ambulantná infúzna liečba. V zdravotnej dokumentácii neboli zaznamenané bolesti hlavy, po infúznej liečbe dieťa prepustené do ambulantnej starostlivosti.

Po uplynutí dvoch dní dieťa znovu prinesené do nemocnice počas ÚPS, znovu išlo o opakované zvracanie, vyšetřil službukonajúci lekár - hematológ. Až na miernu leukopéniu, výsledky vyšetření krvi a moču v medziach normy. Ten istý deň vykonané aj USG vyšetřenie brucha, nebol preukázaný žiadny patologický nález.

Po 17 dňoch dieťa znovu vyšetřené v rámci ÚPS pre rovnakú anamnézu, *od posledného vyšetřenia opakovane zvracal, slabý, malátny, unavený, málo prijímal tekutiny*. Bolesti hlavy neboli zaznamenané. Po vyšetření stav hodnotený ako nešpecifikovaná gastritída, ordinovaná infúzna liečba, po nej maloletý pacient poslaný domov. **Hospitalizácia nebola navrhnutá**, podľa písomného stanoviska službukonajúcej lekárskej hospitalizácia nebola indikovaná.

O ďalšie dva dni požiadali príbuzní znovu počas ÚPS o vyšetřenie maloletého pacienta v tej istej nemocnici, nakoľko od rána trikrát zvracal a udával bolesti hlavy. Po vyšetření stav hodnotený ako gastritída, dehydratácia, na základe toho ordinovaná infúzna liečba, po ktorej malo byť dieťa poslané domov, už pred zahájením infúznej liečby vypísaný nález aj s odporúčaním kontrolného infektologického vyšetřenia. Počas infúzie však došlo ku dramatickému zhoršeniu stavu, ku trizmu svalstva tváre, poruche dýchania s tonickými kŕčmi horných končatín, zapadnutiu jazyka. Stav trval cca 2 minúty. Privolaný službukonajúci pediater a anesteziológ. Pri príchode pediatra dieťa pri vedomí, somnolentné, bez meningeálnych príznakov, tesne po vyšetření znovu nastali tonické kŕče končatín a zaseknutie jazyka. Po podaní Diazepamu kŕče zoslabli a dieťa zaspalo. Pri následnom neurologickom vyšetření došlo ku zastaveniu spontánneho dýchania, okamžite bola zahájená resuscitácia, privolaný bol lekár KAIM, ktorý indikoval preklad dieťaťa na KAIM a cestou bolo

realizované CT vyšetrenie mozgu, ktoré preukázalo rozsiahlu infratentoriálnu cystickú léziu v pravej cerebellárnej hemisfére s útlakom IV. komory mozgu, tlak na aquaeductus s tvorbou hydrocefalu. V dif. dg arachnoidálna cysta versus cystický TU (pilocytárny astrocytóm).

Dieťa prijaté na KAİM s poruchou vedomia, GCS 3, po zaistení vitálnych funkcií po dohovore preložené na DKAIM DFNsP. Ihneď po príchode do DFNsP dieťa prevezené na operačnú sálu, kde chirurg uvoľnil nahromadený mozgový mok a zaviedol jeho drénovanie do brušnej dutiny. Diagnostikovaný bol **cystický astrocytóm s následným obštrukčným hydrocefalom**. Vzhľadom na umiestnenie nádoru a jeho prerastanie do mozgového kmeňa nebola indikovaná operačná liečba. V priebehu hospitalizácie nedošlo ku obnoveniu funkcie mozgu. Na základe príslušných vyšetrení konštatovaná smrť mozgu na základe závažného poškodenia mozgu nádorom a jeho komplikáciami.

**Záver:** Výkonom dohľadu úrad zistil, že zainteresovaní lekári, ktorí ošetrovali maloletého pacienta počas opakovaného vyšetrenia v ÚPS, neuvažovali o možnom rozvoji syndrómu zvýšeného intrakraniálneho tlaku. V lekárskech nálezoch sa vyskytujú údaje o opakovanom zvracaní, zvýšenej spavosti, pričom pre túto symptomatológiu nebolo nájdené priliehavé etiologicky relevantné vysvetlenie. Do diferenciálno-diagnostických úvah neboli prevzaté ani údaje o bolestiach hlavy maloletého pacienta, nebolo indikované neurologické vyšetrenie. Šesť ročné dieťa ani raz nevyšetřil pediater. CT vyšetrenie mozgu bolo vykonané až pri dekompenzácii dovtedy nepoznaného expanzívneho procesu mozgu.

**Zhrnutie úradu:** Maloletému pacientovi v nemocnici vyššieho typu nebola poskytovaná zdravotná starostlivosť správne. Neboli vykonané potrebné vyšetrenia za účelom správneho určenia choroby so zabezpečením správnej a účinnej liečby. Úrad dohľadom na mieste zistil porušenie ustanovenia § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti.

Dieťa na všetky návštevy na UPS okrem prvej bolo v sprievode príbuzného (teta, ktorá pracovala ako nižší zdravotnícky pracovník-sanitár u PZS). Príbuzná podpísovala informovaný súhlas k vyšetreniu dieťaťa v rozpore so zákonom č. 576/2004 Z.z.

**Sankcie:** Úrad uloží poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti pokutu v zmysle § 50 odsek 2 písm. a) zákona č. 581/2004 Z.z.

## Nedostatočná diagnostika úrazu – pád s následkom úmrtia

### **Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie:**

72-ročná pacientka, spadla v domácom prostredí dňa 22.3.2009 večer vo vani na chrbát. Pre bolesti chrbta bola dňa 23.3.2009 o 9:20 hod. vyšetrená v ústavnej chirurgickej ambulancii. Po fyzikálnom a RTG vyšetrení (rebier bilat., LS chrbtice) stav pacientky uzavretý ako contusio col. vertebr. req. LS, st. p. fracturam vert. L a.a., fractura costarum l. utq. No X l. sin., No V l. dx., contusio olecrani ulnae l. sin. cum v. lacerocontusum. Ošetrujúcim lekárom doporučený pokoj na lôžku, analg. p.p., pri zhoršení stavu kontrola chirurgom ihneď, pacientka poučená odoslaná do domáceho liečenia bez hospitalizácie.

Dňa 26.3.2009 bola RZS opäť privezená na vyšetrenie do uvedenej ústavnej chirurgickej ambulancie pre úporné bolesti napriek analgetickej liečbe, zvracala, neprijímała potravu. Podľa záznamu v knihe ošetrení bola vyšetrená o 8:32 hod. U pacientky realizované RTG vyšetrenie hrudníka v PA projekcii s nálezom len drobného nodulu v strednom pľúcnom poli vpravo a st.p. fr. 4. a 5. rebra v zadnej axilárnej čiare vpravo, st.p. fr. 10. rebra v zadnej axilárnej čiare vľavo. RTG natívna snímka brucha v stoji bez voľného vzduchu podbránične, bez hladiniek. Pacientka sanitkou poukázaná domov. O priebehu a výsledkoch vyšetrenia v chirurgickej ambulancii dňa 26.3.2009 nebol vykonaný žiaden záznam.

Dňa 27.3.2009 vo večerných hodinách privezená RLP na internú – ÚPS ambulanciu s poruchou vedomia s nemerateľným TK. Počas prevozu na koronárnu jednotku došlo k zástave dýchania, na EKG asystólia, volané ARO, zahájená kardiopulmocerebrálna resuscitácia, bola neúspešná a dňa 27.3.2009 u pacientky o 19:45 hod. konštatovaný exitus letalis.

U zosnulej vykonaná súdno-lekárska pitva. Zistená príčina smrti - kardiorespiračné zlyhanie pri anémii a stratách krvi po poranení hrudníka a brucha, pomliaždení dolných lalokov pľúc a dvojdobej ruptúre sleziny.

**Záver:** Pacientke nebola v dohliadanom období poskytnutá adekvátna zdravotná starostlivosť. Po páde vo vani a zistení zlomeniny rebier obojstranne, vľavo dolného – X. rebra aj vzhľadom na vek, nebola pacientka hospitalizovaná. **Počas vyšetrení neboli realizované žiadne laboratórne vyšetrenia. Pri zlomeninách dolných rebier je potrebné myslieť aj na možnosť poranení orgánov dutiny brušnej** - pri zlomeninách dolných rebier vľavo je vždy nutné vylúčiť poranenie sleziny. Traumatické poškodenia sleziny sa dajú veľmi dobre potvrdiť alebo vylúčiť USG vyšetrením brucha, nie však zhotovením natívnej RTG snímky dutiny brušnej. Takáto RTG snímka sa môže síce v

rámci kompletného vyšetrenia indikovať, môže ukázať napríklad perforáciu tráviacej trubice s pneumoperitoneom alebo ileózný stav, ale ruptúru sleziny s hematómom pod puzdrom sleziny alebo s prevalením krvi do brušnej dutiny /hemopenitoneum/ RTG natívna snímka brucha dokázať ani vylúčiť však nemôže, na to je potrebné indikovať a realizovať sonografické vyšetrenie brucha. Pri bežnej brušnej sonografii sa dá diagnostikovať nielen krvácanie v oblasti sleziny, ale aj zakrvácania do hrudnej steny a pleurálnej dutiny. **U menovanej malo byť pri zistení zlomeniny „slezinového“ rebra indikované USG vyšetrenie brušnej dutiny.**

**Zhrnutie úradu:** Postupom úradu podľa zákona č.581/2004 Z.z., vykonaním dohľadu na mieste, u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, z údajov v dostupnej zdravotnej a súvisiacej dokumentácii, ako aj vyjadrením dotknutého subjektu a na základe odborného stanoviska konzultanta sa preukázalo, že zdravotná starostlivosť zo strany poskytovateľa zdravotnej starostlivosti nebola v súlade s ustanoveniami § 4 ods. 3, zákona č. 576/2004 Z.z. a zdravotná dokumentácia nebola vedená v súlade s ust. § 19 až 21 zákona č. 576/2004 Z.z.

**Sankcie:** Úrad začal správne konanie vo veci uloženia sankcie a nápravného opatrenia poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti v zmysle § 50 ods. 2 písm. a) zákona č. 581/2004 Z.z.



## **Predčasné prepustenie pacienta z hospitalizácie**

### **Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie:**

66-ročný pacient, dňa 29.4.2009 prijatý na chirurgické oddelenie pre bolesti abdomenu. Po konzervatívnej liečbe v celkovom stabilizovanom stave prepustený dňa 4.5.2009 do domáceho liečenia s dg. záverom – cholecystolithiasis, colica biliaris, IMC, s doporučením diéty, dostatku tekutín, ATB liečby + ostatnej medikácie. Kontrola na chirurgickej ambulancii o 10–14 dní za účelom naplánovania termínu elektívnej operácie, interného, ev. nefrologického vyšetrenia pre vysoké hladiny dusíkatých látok v sére, močový nález, RTG hrudníka (RTG známky stázy v malom obehú s transudáciou do oboch pleurálnych dutín, viac vľavo kde nebolo diferencovateľná bránica, vpravo mediálna časť bránice diferencovateľná. Pravý vnútorný bráničný uhol voľný, ostatné uhly zastreté, srdcový tieň deviovaný aj rozšírený doľava). Po kontrolnom vyšetrení v chirurgickej ambulancii pacient objednaný na operáciu – plánovanú CHCE na 4.6.2009. Dňa 21.5.2009 absolvoval predoperačné odbery u všeobecného lekára pre dospelých. S výsledkami dňa 26.5.2009 vyšetrenie v pneumologickej ambulancii - odoslaný internistom v rámci predoperačného vyšetrenia. Pneumológom stav pacienta na základe fyzikálneho vyšetrenia, nálezu RTG hrudníka a spirometrie, dg. hodnotený ako dif. intersticiálne postihnutie pľúc dľa HRCT a KFVP, mukopurulentná chron. bronchitída, ICHS chron. dekomp. v MO, cholecystolithiáza. Po telef. dohovore mal byť pacient prijatý na geriatrické oddelenie s nástupom dňa 2.6.2009, za účelom predoperačnej prípravy pred cholecystektomiou.

Dňa 30.5.2009 k pacientovi o 17:13 hod. privolaná RZS, s príchodom na adresu o 17:20 hod. Anamnesticky menovaný udával bolesti v oblasti brucha asi 4 hodiny, liečený pre žľčový kameň, diétu dodržiava, udával akútne bolesti, asi pred hodinou užil Tramal kvapky, zastavené vetry, ráno mal stolicu, normálnu, bez prímiesí. Pacient bez terapie s dg. žľčové kamene, bolesti brucha transportovaný do nemocnice, prijatý na chirurgické oddelenie. Pri prijíme na oddelenie udával bolesti v epigastriu, trvajúce od 13:00 hod., vracanie a nauseu nemal, stolicu mal doobeda, močenie bez dysurických ťažkostí. TT nemá. Podľa OA - hyperurikémia, CHOBCH, hypertenzia, alergiu na lieky neudával, užíva lieky - Milurit, Formoterol, Ecoceb, Atrovent, Valsacor. V objektívnom náleze pacient pri vedomí, orientovaný, aktívnej polohy, nadmernej výživy. Bez ikteru. Orientačne neurologicky v norme. Sklery bez ikteru, šija voľná, krk bpn, dýchanie bilat. vesikulárne, čisté. Cor - akcia pravidelná, ozvy ohraničené. DK bez edémov, bez varixov, pulzácie na ADP a ATP hmatné. V lok. náleze - abdomen voľné bez defansu, prítomná umb. hernia, bez známkov inkarcerácie, palpačne a poklopovo bolesti v epigastriu a pod PRO, povrchová a hlboká palpácia bez známkov per. dráždenia, hepar lien palpačne nezväčšené, peristaltiká prítomná,

nebolestivá, tpm. bilat negat, inguiny voľné, bez známk herniácie. Hmotnosť 105 kg, výška 170cm. TT 37,3 C, TK 140/80 mmHg. Po prijme na oddelenie realizované laboratórne odbery (kde v lab. obraze minim. vzostup hodnôt urey a kreat., zvýšené hodnoty aminotransferáz, hyperamylazémia, CRP 17,37 mg/l). Pacientovi zavedená i.v. kanyla a nasadená spasmolytická liečba, sledovaný TK a P á 4 hod.

Dňa 31.5.2009 mal pacient ráno TT 37,5 st.C, TK 130/80 mmHg, P 76/min. V obj. náleze skléry mierne ikterické, lok. nález abdomenu - mierna palpačná difúzna citlivosť, oslabená peristaltiká, bez défense musculaire a dráždenia. Ordinované CT pankreasu. Vykonané kontrolné lab. odbery, kde došlo k poklesu počtu leukocytov, vývoju miernej hypochromnej anémie, doplnené hemokoagulačné vyš., v biochemických výsledkoch pokles glykémie, N látok, urey, kreat a CRP, vzostup AST na 3,72, ALT 3,68, doplnený Bi celk. 55,6 a bili konj. Ordinovaná p.o. liečba. O 7:33 hod. u pacienta realizované USG brucha s nálezom - pečeň primeranej veľkosti homogénnej štruktúry, bez patolog. ložiskových zmien. Cholecysta kontrahovaná, pacient je najedený, v oblasti krčka pozorovať drobné konkrementy – odporúčené kontrolné vyšetrenie nalačno. Žľčové cesty nedilatované. Pankreas sa nedal vizualizovať, obličky, slezina bez patológ. zmien. O 11:17 hod. realizované CT brucha - bez známk akútnej pankreatitídy v danom zobrazení, susp. cholecystolitiáza, žľčník minimálne naplnený, vs. pl. fibróza. Dop. pneumologické vyšetrenie. Vo večerných hodinách u pacienta zaznamenaná TT 37,3 st.C. Dňa 1.6.2009 sa pacient pri rannej vizite subj. cítil lepšie. Vracanie a nauseu neudával. TT 36,5 st.C. Plánované interné predoperačné vyšetrenie, ARO. Pri kontrolnom laborat. vyšetrení zaznamenaný pokles lab. ukazovateľov - urea, kreat., bili celk., bili konjug., AST, ALT, GMT 6,96, AMS 2,20, CRP stúplo na 35,51 mg/l. Vo večerných hodinách mal pacient TT 37,6 st.C. Dňa 2.6.2009 pri rannej vizite udával ťažkosti s dýchaním, TT 37,1 st.C, napriek udávaným ťažkostiam s dýchaním, službukonajúcim lekárom zhodnotený len lokálny nález na bruchu - objektívne brucho voľné, bez perit. príznakov, objednané pneumolog. vyš. na 3.6.2009 o 7:15 hod. O 16:33 hod. realizované interné predoperačné vyšetrenie. V objektívnom náleze prítomný inspiračný krepitus bilat. do 1/2 pľúc, akcia srdca reg., šelesty nediferencovať, hepar, lien nezväčšený, DK bez edémov. Lab. anémia ľahkého stupňa, normocytová, normochromná, elevácia HT, Bi, CRP, AMS, ľahká elevácia D diméru, znížené hodnoty APTT-R. Moč chem. nevyšetrený. Na RTG hrudníka známky stázy v malom obeh, s transudáciou do oboch pleurálnych dutín viac do ľavej pleurálnej dutiny. Stav pacienta bol internistom hodnotený ako KP dekompenzácia v malom obeh, operácia možná len z vitálnej indikácie, doporučené KP skompenzovať, do terajšej liečby pridať Furosemid - zo začiatku i.v. 20 mg ráno, za kontroly TK, renálnych parametrov, ionogramu, tekutinovej bilancie. Verospiron 25 mg 1-0-0, kontrolné RTG hrudníka, vhodné

ECHO, kardiologické, pneumologické vyšetrenie. Zrealizovať GP 3x dva dni, prevencia TECH. Vo večerných hodinách mal menovaný TT 37,0 st.C. Dňa 3.6.2009 ráno mal pacient TT 37,5 st.C, o 6:57 hod. bolo realizované RTG hrudníka - obojstranne difúzne zmnožená kresba prevažne stázového typu, výraznejšie vľavo bazálne. Znamky staršieho pľúcneho procesu v oboch horných poliach, hranice neostrých kontúr, pravý vonkajší uhol zastretý, ostatné voľné. Srdce doľava rozšírené. Doporučené pneumologické vyšetrenie. O 7:59 hod. realizované pneumologické konziliárne vyšetrenie. Subj. pacient udával pretrvávanie ponámahovej dýchavice, pri chôdzi po rovine chodí svojim tempom, po cca 10 min. musí oddychovať, občasné stavy aj kľudového sťaženého dýchania, dráždivý kašeľ s expektoráciou bieleho spúta, bez bolesti na hrudníku. Posledné tri dni teploty do 37,4 st.C. Objektívne dýchanie – v celom rozsahu prítomné vrzoty, AS ozvy ohraničené. Spirometria - stredne ťažký stupeň obštrukčnej ventilačnej poruchy s redukciami VC. Stav dg. hodnotený ako difúzne intersticiálne postihnutie pľúc dľa HRCT a KFVP, mukopurulentná chron. bronchitída kombinovanej etiológie bakt. a vírusovej - ac. exacerbovaná, cholecystolitiáza, art. hypertenzia WHO II. Z pľúcneho hľadiska operácia t.č. kontraindikovaná. Dop. pokračovať v liečbe LABA, inhal. KS, Ciplox 2x500mg a 12 hod. kontrola v pneumologickej ambulancii po prepustení.

Následne pacient, podľa záznamu v prepúšťacej správe, dňa 3.6.2009 prepustený do ambulantnej starostlivosti s dg. záverom - cholecystolithiasis, pankreatis acuta, CHOBPCH, t.č. dekomp. a doporučením do 3 pracovných dní sa hlásiť u svojho obv. oš. lekára, neodráždivá strava, liečba podľa internistu a pneumológa, kontrola na chir. amb. o týždeň, v prípade ťažkostí skôr – plánovať cholecystektómiu. Pre prepustenie do domáceho ošetrovania – podľa záznamu v ošetrovateľskej dokumentácii, pacientovi odstránená i.v. kanyla.

Dňa 4.6.2009 sa manželka pacienta dostavila do nemocničnej pneumologickej ambulancie – podľa jej udania u pacienta pretrvával suchý kašeľ, kľudová dušnosť. Pneumológom vzhľadom na celkový klinický stav pacienta opäť doporučená hospitalizácia na geriatrickom oddelení.

Dňa 4.6.2009 pacient o 12:35 hod. prijatý na oddelenie anesteziológie a intenzívnej medicíny, privezený RLP, pre známky respiračného zlyhávania, šokový stav – septický a kardiogénny s obrazom MODS (cirkulácia, respirácia, pečeň, oblička, koagulácia, GIT). Na uvedenom oddelení menovaný napriek resuscitačnej liečbe dňa 25.6.2009 exitoval. Prehliadajúcim lekárom nariadená patologicko–anatomická pitva.

**Pitvou určená príčina smrti - chronické pľúcne srdce, pri chronickej idiopatickej fibróze pľúc.**

**Záver:** Pacient s chronickým pľúcnym ochorením – difúznou idiopatickou fibrózou pľúc a mukopurulentnou chronickou bronchitídou, bol opakovane hospitalizovaný na chirurgickom oddelení pre bolesti brucha pri susp. cholecystolitiáze s hyperamylazémiou, avšak akútna pankreatitída sa nepotvrdila. U pacienta indikovaná cholecystektómia po stabilizácii stavu. Po prvej hospitalizácii pneumológ odporučil predoperačnú prípravu na geriatrickom oddelení. Pred plánovaným prijatím na geriatrické oddelenie pacient opätovne prijatý na chirurgické oddelenie pre akcentáciu bolestí brucha. Bola plánovaná operácia, t.č. kontraindikovaná z interného aj pneumologického hľadiska.

Napriek zhoršeniu dýchacích ťažkostí takého stupňa, že si za 24 hodín od prepustenia vyžiadali hospitalizáciu a UPV na OAIM, napriek indikovanej i.v. liečbe Furosemidom za monitoringu TK, renálnych parametrov, ionogramu, bilancie tekutín a glykemického profilu pri kardiopulmonálnej dekompenzácií v malom obehú a akútnej exacerbácii mukopurulentnej chronickej bronchitídy kombinovanej etiológie so subfebrilitami zaznamenanými takmer kontinuálne v priebehu celej hospitalizácie, pacient prepustený z chirurgického oddelenia do domácej a ambulantnej starostlivosti.

Pacient mal byť preložený z chirurgického oddelenia na pneumologické, event. interné oddelenie za účelom adekvátnej liečby akútne exacerbovanej chronickej bronchitídy a kardiálnej dekompenzácie. Pacientovi nebola poskytnutá adekvátna zdravotná starostlivosť, v súlade s platnými právnymi predpismi.

**Zhrnutie úradu:** Postupom úradu podľa zákona č.5 81/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov, vykonaním dohľadu na mieste, u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, z údajov zaznamenaných v dostupnej zdravotnej a súvisiacej dokumentácii, ako aj vyjadrením dotknutého subjektu a na základe odborného stanoviska konzultanta sa preukázalo, že **zdravotná starostlivosť zo strany poskytovateľa zdravotnej starostlivosti nebola v súlade s ustanoveniami § 4 ods. 3, zákona č. 576/2004 Z.z.**

**Sankcie:** Úrad začal správne konanie vo veci uloženia sankcie a nápravného opatrenia poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti v zmysle § 50 ods. 2 písm. a) zákona č. 581/2004 Z.z.

## Následky dlhodobého podávania lokálnych kortikoidov

### **Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie:**

15-ročný pacient bol opakovane liečený lekárkou očnej ambulancie lokálnou steroidnou liečbou napriek tomu, že z dostupných nálezov nevyplývali indikačné kritériá ani ku jednej zložke lieku Spersadex comp. (chloramphenicol, kortikoid).

Pacient ambulantnou očnou lekárkou opakovane liečený pre obojstranný hnisavý, neskôr alergický zápal očných spojoviek – spočiatku lokálnou nesteroidnou liečbou, ktorú vystriedala lokálna liečba kortikoidmi (Spersadex comp.).

V sledovanom období od 1.1.2005 celkom 14 krát. Záznamy o lokálnom náleze na očiach do 21.11.2008 úplne rovnaké. V nálezoch je popísané, že spojovka je bledá, chemotická, ale bez známk zápalu. Diagnostický záver vždy rovnaký – alergický zápal spojoviek oboch očí. Rovnaká vo všetkých prípadoch aj liečba - Spersadex comp. Pri záznamoch sú uvedené len rôzne príslušné dátumy. Vízus vždy 5/5 a vnútroočný tlak 12 alebo 13 mm Hg.

V určitom období (do 19.4.2006) pacient súčasne sledovaný a vyšetrovaný aj na druhej očnej ambulancii - pedooftalmologickej. V tomto období sú vo vyšetreniach zaznamenané vyšetrenia vízusu, binokulárnych funkcií ako aj v niektorých prípadoch vyšetrenie predného segmentu oka, kde sa píše, že predné segmenty sú v norme. Ani v jednom zázname sa nepíše o alergických zápaloch spojoviek, rovnako nikde sa nespomína, že sa súčasne lieči u inej očnej lekárky.

Dňa 12.01.2009 pacient na základe odporúčenia všeobecnej detskej lekárky poslaný na vyšetrenie do spomínanej pedooftalmologickej ambulancie pre subjektívne zhoršené videnie a bolesti očí. Pri vyšetrení namerané zvýšené hodnoty vnútroočného tlaku, preto odoslaný na vyšetrenie a následnú hospitalizáciu na detskú očnú kliniku v detskej fakultnej nemocnici.

Podľa prepúšťacej správy z očnej kliniky detskej fakultnej nemocnice diagnostický záver: Glaucoma secundarium steroides oc. utr. ako následok dlhodobého užívania kortikoidov lokálne v lieku Spersadex comp. Okrem zvýšeného vnútroočného tlaku diagnostikované aj zmeny na papile zrkovitého nervu a defekty v zornom poli zistené na perimetri. Nález je pri lokálnej liečbe stabilizovaný, užíva trvale lieky na zníženie vnútroočného tlaku.

**Záver:** Liek Spersadex comp. sa skladá z dvoch zložiek a každá má určitú indikačnú oblasť. Je preto potrebné, aby z vyšetrenia táto indikácia bola potvrdená. Jedna zložka - chloramfenicol ako antibiotikum je indikovaný v tom prípade, keď ide o pacientov so zápalovými chorobami predného segmentu oka, kde je riziko infekcie baktériami citlivými na

chloramphenicol. Druhá zložka ako účinný kortikoid je indikovaný pri závažných chronických zápaloch, ktoré nereagujú na inú liečbu.

V tomto prípade z dostupných nálezov nevyplývajú indikačné kritéria ani k jednej zložke lieku Spersadex comp. Okrem toho, aj keď sa liek indikuje a do 3 dní nedôjde ku zlepšeniu stavu, je vhodné zvážiť zmenu liečby. V každom prípade dlhodobé užívanie lieku Spersadex comp. nie je odporúčané ani výrobcom a neodporúča sa ani v žiadnej oftalmologickej literatúre. Riziko vzniku steroidného glaukómu je všeobecne známe a v literatúre popísané a nie sú žiadne pochybnosti o priamej súvislosti vzniku glaukómu nielen po celkovej liečbe kortikoidmi, ale aj po dlhodobej aplikácii vo forme očných kvapiek.

**Zhrnutie úradu:** Na základe záznamov v dostupnej zdravotnej dokumentácii o priebehu liečby v očnej ambulancii úrad konštatuje, **že liečba alergickej konjunktivitídy steroidným liekom Spersadex comp. bola nesprávna – nebola v súlade s ust. § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.** Následkom nesprávnej liečby u pacienta vznikol sekundárny glaukóm ako vážna očná choroba vyžadujúca si chronickú liečbu.

**Sankcie:** Úrad uložil poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti sankciu v zmysle § 50 ods. 2 písm. a) zákona č. 581/2004 Z. z. Úradom bolo uložené opatrenie na odstránenie zistených nedostatkov.

## Nesprávne poskytnutá zdravotná starostlivosť rodičke s ohľadom na stav plodu

### **Anamnéza, objektívne vyšetrenia, epikritické zhrnutie:**

Dňa 20.7.2006 o 15.20 hod. bola 36-ročná pacientka prijatá na Gynekologicko-pôrodnické oddelenie pre odtok plodovej vody o 13.30 hod., subjektívne udáva bolesti v podbrušku, kontrakcie neprítomné, pohyby cíti. Jedná sa o tretiu rizikovú graviditu, posledná menštruácia 5.1.2006, termín pôrodu 11.10.2006 (1. gravidita – spontánny pôrod v r. 1990, 2. gravidita – abortus v r. 2002). Počas gravidity bola hospitalizovaná na gynekologicko-pôrodnickom oddelení pre abortus imminens, metrorragiu (III.-IV. m. gravidity). Pre opakované zápaly vonkajších rodidiel a močových ciest užívala antibiotiká. Pri objektívnom vyšetrení zistený odtok plodovej vody, čípok spotrebovaný, bránka polohrubých okrajov otvorená pre 2 prsty, nad vchodom nalieha hlavička plodu, prítomné tonizácie, ozvy plodu pravidelné 145/min.

**Záver:** Defluvium liquoris amnialis praecox in hebd. 29, Partus praematurus in cursu in hebd. 29, Infectio intraamnialis susp. Na CTG zistené akcelerácie nízkej amplitúdy, decelerácie, prítomné spiky. USG: BPD 70 mm 27/4 – TP 15.10.2006, FL 53 mm 27/5 – TP 22.10.2006, akcia srdca a pohyby prítomné, poloha pozdĺžna hlavičkou, placenta na prednej stene, znížené množstvo plodovej vody. Vzhľadom na gestačný týždeň a nález na pôrodných cestách rozhodnuté pre transport in utero do perinatologického centra. Podaná infúzia fyziologického roztoku, MgSO<sub>4</sub>, antibiotiká intravenózne. O 17.00 hod. realizovaný prevoz pacientky na Gynekologicko-pôrodnické oddelenie I.

Dňa 20.7.2006 o 17.45 hod. pacientka prijatá na Gynekologicko-pôrodnické oddelenie I. Pri objektívnom vyšetrení pri prijatí uterus palpačne nebolestivý, neiritovaný, palpačne hrdlo spotrebované, bránka tuhších okrajov, otvorená na 3,5 cm, naliehajúca časť plodu tamponuje panvový vchod, hmatný vak blán, hlavička, plodová voda odteká.

**Záver:** Graviditas hebd. 28/0, Hydrorrhoe amnialis praecox, **Abortus spont. in cursu.** USG - poloha pozdĺžna hlavičkou, postavenie I zadné, akcia srdca a pohyby prítomné BPD 69 27/6, AC 208 27/0, FL 49 26/4, placenta: predná stena zasahuje do DS, v dĺžke 40 mm, prakticky anhydramnion. O 19.00 hod. telefonicky informovaný lekár operačnej pohotovosti. Ordinované pokračovať v infúznej liečbe + MgSO<sub>4</sub>, antibiotiká, sledovať pacientku, CTG. O 20.55 hod. stav bez progresie, ordinované kortikosteroidy a spazmolytikum. Dňa 21.7.2006 o 0,25 hod. pacientka vyšetrená pre krvácanie z rodidiel – palpačne hrdlo spotrebované, bránka tenkých okrajov, otvorená na 4,5 – 5 cm, vak blán vykľenuje, kontrakcie neprítomné, ozvy plodu 134/min., afebrilná, FW 45/80. Podané antihemoragiká, pacientka preložená na pôrodný sál. O 6.05 hod. palpačný nález nezmenený, bez progresie, čerstvá krv neprítomná, ozvy plodu pravidelné. Vyšetrenie o 9.00 hod. - bránka na 6

cm, poddajných mäkkých okrajov, v pošve krvavé koagulum, na rukavici čerstvá krv. V spekulách prepadnutý pupočník – pulzácia nehmatná. USG - poloha KP II, placenta na prednej stene zasahuje do dolného segmentu, BPD 67 mm 26/3, anhydramnion.

**Záver:** Graviditas hebd. 26, **Abortus in cursu**. Podaný hormón Oxytocin intravenózne. O 11.10 hod. – pacientka krváca v koagulách. **Záver: Abruptio placentae praecox in graviditas hebd. 26.** V liečbe pridané cefalosporíny intravenózne, antikoagulanciá, indikované sectio parva. O 11.35 hod. po urgentnej príprave v celkovej anestéze vykonaný invazívny zákrok – Sectio Caesarea abd. transperitonealis cervicorporalis. Vybavený plod v priečnom postavení II dorzosuperiórne, ženského pohlavia, 970 g, 36 cm, Apgar skóre 4, odovzdaný do rúk pediatra. Hematologické vyšetrenie so záverom – Hyperfibrinogénia signalizuje hyperkoagulačný stav. Ordinovaná infúzna liečba, analgetiká, antikoagulanciá, antianemiká. Šestonedelie bez komplikácií, dňa 11.8.2006 pacientka v stabilizovanom stave prepustená do ambulantnej starostlivosti.

Dieťa - po narodení neplače, atonické, nedýcha, prítomná len závažná bradykardia, zahájená kompletná kardiopulmonálna resuscitácia s intubáciou. Po 5 min. ojedinelé nepravidelné vdychy, po 10 minútach sa upravuje akcia srdca. Apgar skóre 1/3, pôrodná hmotnosť 970g, dĺžka 36cm, obvod hlavičky 26 cm, obvod hrudníka 22 cm, po celom tele početné hematómy s oderkami, reflexy nevýbavné, bruško priehmatné, hepar +1 cm, smolka odchádza, genitál dievčenský, nezrelý. Dieťa prijaté na JIRS novorodeneckého oddelenia, uložené do inkubátora, podané dve dávky Curosurfu, zavedený venózny umbilikálny katéter, napojené na respirátor. Ordinovaná analgosedácia, antibiotiká, diuretiká, antihemoragiká, K vitamín, kardiakum, infúzna liečba. ABR – respiračná acidóza. V ďalšom priebehu dieťa na ventilácii, telesná teplota stabilizovaná, zahlieňuje sa, opakovane odsávané aj s lavážou, močí spontánne, má početné hematómy na tele, kŕmené materským mliekom sondou. Kontrolné ABR parametre v norme, len pO<sub>2</sub> nižšie. K liečbe pridané diuretikum, antiflogistikum, mukolytikum, bronchodilatans, antihemoragikum, Calcium, B6, podaná plazma. Dňa 25.7.2006 realizované USG mozgu - PVH II s tvorbou pseudocýst (krvácanie in utero), zvýšená echodenzita prefrontálne a parietookcipitálne obojstranne, výrazne zvýšená echogenita chorioidálnych plexov (susp. krvácanie do plexov). USG obličiek - výrazne zvýšená echogenita parenchýmu obojstranne, dilatácia panvičky bilaterálne. V dňoch 28.7. - 4.8.2006 dieťa na umelej pľúcnej ventilácii, má opakované desaturácie. Dieťa je apatické, telesná teplota labilnejšia, zahlienené, močí s hematúriou, opakovane má tmavozelenú stolicu, začína mať občas problémy s trávením, reziduá v žalúdku. TK stabilizovaný. Vyšetrenie moču - pH 5,5, pozit. glukóza, pozit. krv, bilirubín negat., sed. - Erytrocyty 10-12, Leukocyty 12-15, kontroly opakovane pozitívne. Mikrobiologické



výsledky: kanyla – E. coli haemolytica, moč POS. V liečbe zmena antibiotík, ordinované cefalosporíny. Pre anémiu podaná plazma a transfúzia erytromasy. Dňa 5.8.2006 problémy s trávením výraznejšie, stolica zelenej farby. Od noci zavedenou nazogastrickou sondou vyteká nazelenalý obsah, dieťa je výraznejšie dyspnoické, podaný kyslík do inkubátora. Od 6.8. do 11.8.2006 postupne dochádza k prehĺbovaniu problémov z gastrointestinálneho traktu, zavedenou nazogastrickou sondou vyteká zelený obsah, dieťa sledované chirurgom. Dieťa málo močí, telesná teplota labilná, podchladzuje sa, zmena antibiotickej liečby na dvojkombináciu antibiotík. Nie je kŕmené, len totálna parenterálna výživa, podaná plazma a transfúzia erytromasy. Dňa 11.8.2006 dochádza k ďalšiemu zhoršeniu klinického stavu, dieťa je bledé, cyanotické, má tachykardiu, z nasogastrickej sondy vyteká zelený obsah. Brucho je výrazne meteoristické, lesklé, napäté, stolica neodchádza. ABR - závažná metabolicko-respiračná acidóza. USG mozgu - bez ložiskových zmien a známok krvácania. Na základe chirurgického vyšetrenia so záverom - Status ileosus, Mekóniový ileus susp. - odporučený transport na neonatologickú kliniku (iné zdravotnícke zariadenie) na ďalšie chirurgické vyšetrenia. Hmotnosť pri preložení 890 g.

Od 11.8.2006 dieťa hospitalizované na neonatologickej klinike. Pre nekrotizujúcu kolitídu s perforáciou operované, vykonaná kolostómia. Tretí deň po operácii nevyhnutná revízia dutiny brušnej s drénom. Od 10. dňa po operácii obnovená peristaltika, 16. deň dieťa extubované, stravu toleruje. Pri USG vyšetrení mozgu diagnostikované závažné zmeny periventrikulárnej bielej hmoty (cPVL), zahájená reflexná rehabilitácia. Dieťa dňa 5.10.2006 preložené späť na novorodenecké oddelenie (perinatologické centrum) so záverečnými diagnózami: Praematuritas gravis (27.g.t.), IRDS, VAS III. st., Enterocolitis necrotisans IIIb, cPVL, Anaemia praematurorum.

Na novorodeneckom oddelení dieťa v inkubátore (7 dní), sledované chirurgom, konštatovaný mierny prolaps sliznice, stoma vitálna. USG mozgu 10.10.2006 so záverom: Periventrikulárne leukomalácie v štádiu pseudocýst, Hypoxicko-ischemická encefalopatia. Neurologické vyšetrenie: Centrálny hypotonický syndróm s axiálnou akcentáciou, odporučené - rehabilitácia, Cerebrolysin. Pre zvýšené teploty do 38,4 st.C, suspektný rozvoj infektu a vzhľadom na celkový zdravotný stav, je dieťa dňa 12.10. 2006 preložené na JIRS novorodeneckého oddelenia. Dňa 30.10.2006 dieťa prepustené do ambulantnej starostlivosti s diagnózami: Nekrotizujúca enterokolitída u plodu a novorodenca; NEC závažná (peritonitída, perforácia); Perinatálna perforácia čriev; Syndróm respiračnej tvrdze novorodenca; RDS; Extrémne nízka pôrodná hmotnosť, GV 27; Anémia nedonosených; Stav po transfúzii; Získané periventrikulárne cysty novorodenca; Novorodenecká mozgová leukomalácia; Iné poruchy svalového tonusu novorodencov; Ťažká pôrodná asfyxia. Hmotnosť pri prepustení: 2200g, obvod hlavičky: 31,5

cm, obvod hrudníka: 29 cm, dĺžka:44 cm. Odporučené kontrolné vyšetrenia – ortopedické, kardiologické, neurologické, hematologické, očné, rehabilitačné, chirurgické, USG obličiek, ORL, ambulancia pre deti s perinatálnym rizikom.

**Záver a odborné zdôvodnenie:** Napriek správne diagnostickému aj terapeutickému postupu dňa 20.7.2006 na Gynekologickom oddelení (diagnostický záver: Defluvium liquoris amnialis praecox in hebd. 29, Partus praematurus in cursu in hebd. 29, Infectio intraamialis susp.) po preložení pacientky na gynekologické oddelenie na základe objektívneho vyšetrenia o 18.30 hod. a USG vyšetrenia (BPD 69 mm, 27/6) bol nesprávne stanovený diagnostický záver – Graviditas hebd. 28/0, **Abortus spont. in cursu**, následne opakovane konštatovaný aj po vyšetreniach dňa 21.7.2006 o 9.00 hod. - Graviditas hebd. 26/0, Abortus in cursu. V súvislosti s **neprávnym prehodnotením predčasného pôrodu na potrat nebola pacientke poskytnutá adekvátne zdravotná starostlivosť s ohľadom na stav plodu –**

- neboli monitorované známky vitality plodu (ozvy, CTG), posledný záznam 21.7.2006 o 0.25 hod. – ozvy plodu 134/min.

- z hľadiska vitality plodu bolo potrebné urgentne ukončiť tehotenstvo sekciou (20.7.2006 po prijatí na gynekologické oddelenie). Tehotnosť ukončená až z indikácie krvácania v koagulách a predčasne sa odlučujúcej placenty sekciou minor 21.7.2006 o 11.35 hod., pričom pri vyšetrení o 9.00 hod. je nález: „Bránka na 6 cm, poddajných mäkkých okrajov, hlavička vstupuje malým odd., v pošve krvavé koagulum, na rukavici čerstvá krv. V spekulách prepadnutý pupočník – t. č. nehmatám pulzáciu“.

Nesprávny postup pri diagnostike a následne pri oneskorenej realizácii sekcie spôsobili dystress plodu, čo spolu s ďalšími faktormi (nutnosť resuscitácie, nezrelosť dieťaťa) veľmi nepriaznivo ovplyvnilo ďalšiu prognózu dieťaťa.

Podľa štandardných diagnostických postupov za hranicu viability plodu podľa USG vyšetrenia sa považuje BPD 65 mm (biparietálny rozmer hlavičky) a predčasný pôrod od 25. gestačného týždňa.

Uvedenými nedostatkami bolo porušené ustanovenie **§ 4 ods. 3 zákona č. 576/ 2004 Z. z.**

**Sankcie:** Úrad uložil poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti povinnosť prijať opatrenia na odstránenie zistených nedostatkov a ich príčin.

## **Nesprávne stanovená diagnóza lekárom úrazovej ambulancie**

### **Anamnéza, objektívne vyšetrenia a celkové zhodnotenie.**

54-ročná pacientka dňa 15.4.2009 po páde z bicykla utrpela úraz ramena a lakťa ľavej hornej končatiny.

V sprievode dcéry pacientka vyšetrená na úrazovej ambulancii dňa 15.4.2009 o 15, 36 hod. službukonajúcim lekárom pre bolestivosť ramena a lakťa vľavo. Obj. palpačná bolestivosť ramena a lakťa vľavo. Rtg snímka menej kvalitná a lekár ju zhodnotil ako **negat.** Th: šatkový záves, novikow, doporučený šetriaci režim, analgetiká p.p., ľadovať, fastum, veral gel. Kontrola v poliklinike na chirurgickej ambulancii podľa potreby, pri zhoršení stavu ihneď.

Počas ďalších dní sa stav zhoršoval, rameno viac opuchlo a opuch sa šírila až k prstom. Na základe toho pacientka dňa 20.4.2009 navštívila úrazovú chirurgickú ambulanciu v poliklinike, kde podľa opakovaného RTG snímku a sono vyšetrenia zistená fractura colli chir. humeri l. sin, abrupcia tuberculi maioris humeri l. sin.

Terapia: GT ortéza vz. Dessault, dop. – lok. na hematómy heparoid masť, pri bolestiach analgetiká, kľud. režim. Pacientka odoslaná s RTG snímkami na úrazovú ambulanciu kde bola diagnóza potvrdená.

**Zhodnotenie úradu:** Lekár na úrazovej ambulancii nestanovil diagnózu správne, napriek tomu poranenie si nevyžadovalo inú ako poskytnutú liečbu. Aby sa podobné prípady neopakovali vedúci lekár po preštudovaní sprievodnej zdravotne dokumentácie pacientky a po pohovore so službukonajúcim lekárom prijal nasledujúce opatrenia: lekári, ktorí sú v špecializačnej príprave z traumatológie a ortopédie sú povinní konzultovať pacientov s úrazmi pohybového aparátu, ktorí sú ošetrení na úrazovej ambulancii počas pohotovostných služieb so starším službukonajúcim lekárom. V čase pracovnej doby konzultujú s vedúcim lekárom, alebo jeho zástupcom.

**Záver:** S prihliadnutím na skutočnosť, že poskytovateľ svoju chybu uznal, pričom poranenie si nevyžadovalo inú ako poskytnutú liečbu a boli prijaté nápravné opatrenia úrad neuložil poskytovateľovi sankciu.

## **Iatrogenné poškodenie pacienta pri laparoskopickej hernioplastike**

Z podnetu SLaPA pracoviska, vo veci iatrogénneho poškodenia pacienta pri operácii v súvislosti s úmrtím, úrad vykonal dohľad nad poskytovanou zdravotnou starostlivosťou. Počas operácie bola poškodená stena artéria epigastrica s následným rozvojom hemoragického šoku. Následnou reoperáciou poškodená artéria ligovaná, pacient v dôsledku šoku z predchádzajúceho krvácania zomrel.

### **Anamnéza, objektívne vyšetrenia, epikritické zhodnotenie:**

71-ročný pacient prijatý na chirurgické oddelenie na plánovanú operáciu pravostrannej slabínovej prietrže. V anamnéze udával, že sa lieči na vysoký krvný tlak, chronickú fibriláciu predsiení srdca, mitrálnu insuficienciu srdca II stupňa. Pre uvedené ochorenia je trvale na antikoagulačnej liečbe Warfarinom. Predoperačné interné vyšetrenie: kardiopulmonálne kompenzovaný, chronická ICHS bolestivá forma s permanentnou fibriláciou predsiení, na antikoagulačnej liečbe, hemodynamicky kompenzovaná, mitrálna regurgitácia II.-III. st., arteriálna hypertenzia II. st. WHO kontrolovaná liečbou, dyslipidémia a dysuria.

Lieková anamnéza: užíva Amolopin, Sotalex, Gopten, Warfarin, Alfuzosein. Anestéziologické predoperačné vyšetrenie: predoperačne vysadiť Warfarin a prejsť na Fraxiparin, pokračovať v chronickej antihypertenzívnej terapii.

Záver anestéziologického vyšetrenia: zvýšené perioperačné riziko.

Dňa 17. 12. 2008 vykonaná laparoskopická hernioplastika. Priebeh operácie bez pozoruhodností, po ukončení operácie operačné pole bez akéhokoľvek krvácania. Operačný výkon je od 11,10 do 13,00 hod. O 14,20 hod. pacient mal nemerateľný TK, pulz nitkovitý, bledý, pri vedomí, na veľkých cievach hmatný pulz, bradykardia cca 50 za minútu nepravidelná. Brucho operačné rany suché, bolesti v pravom podbrušku a v pravej slabine, kde je menšia rezistencia v svalstve. Privolaný lekár OAIM a internista. Suspektný je infarkt myokardu. Na lôžku pacienta vykonané USG vyšetrenie brucha o 14,57 hod., kde subhepatálne a v cavum Douglasi je menšie množstvo tekutiny a v priebehu kolon ascendens objemný útvar cca 15 x 10 cm. CT vyšetrenie brucha o 15,35 hod. pod pečeňou a v priebehu mezo a hypogastria prítomná voľná tekutina, intraperitoneálne kolon ascendens objemnejší útvar 20 x 8 cm zasahujúci do malej panvy.

Záver: rozsiahly intraperitoneálny hematóm vpravo hemoperitoneum. Interné vyšetrenie o 15,19 hod.: tlak 90/60 Torrov, pulz 50 až 60, prešokový stav nejasnej etiológie, s ohľadom na negatívny EKG nález a negatívne kardiošpecifické enzýmy nepredpokladám kardiogénny šok. Hydratácia, volumexpandery, sledovať hemoglobín v KO, aktuálne

hemosubstitúcia. Laboratórne hodnoty: Kreatinin: 109,8 Na: 138, Cl. 106, K: 4,4 CKMB: 3,2, Troponín: pod 0,01. KO: o 14,34 hod. HGB:121 HTK: 0,27, ER: 3,86, Doštičky: 278, LE: 16,6. Hemokoagulačne 14,55 hod. Quick: 66%, INR: 1,41.

O 15,50 hod. pacient reoperovaný, nájdené hemoperitoneum, retroperitoneálne a subperitoneálne je zistený veľký hematóm. Po evakuácii hematómu, zistené arteriálne krvácanie z drobnej lézie artéria epigastrica inferior, tesne nad anulus inguinalis profundus (anulus inguinalis profundus by mal byť zakrytý sieťkou?). Operácia ukončená o 17,35 hod., pacient preložený na OAIM, zaintubovaný, napojený na umelú pľúcnu ventiláciu. Pre asystoliu začatá resuscitácia o 18,00 hod. konštatovaný exitus letalis.

**Záver pitevného protokolu:** Príčina smrti hemoragický šok, stav po iatrogennej ruptúre artéria epigastrica l. dx., komplikácie základnej choroby, edém mozgu, anémia corporis et organorum omnium gravis maioris, základná choroba: ruptura iatrogenes arteria epigastrica superficialis l.dx., cicatres post laparoscopiam et laprotomiam abdominis, hemoperitoneum 300ml postoperativum, hemorrhagia retroperitonei l. dx. postoperativa.

Ostatný nález: Atherosklerosis universalis gravis II až III, myofibrosis disseminata corpis et cicatrices parvule post microinfarcti, vitium cordis accvisitum: insuficiencia valvule mitralis gr. minoris v.s. sclerotica.

**Zistenia úradu:** Pacient prijatý na chirurgické oddelenie na plánovanú operáciu hernie. Pacient so zvýšeným anesteziologickým rizikom, pre chronickú ICHS - bolestivú formu s trvalou fibriláciou predsiení je pacient Warfarinizovaný, liečený na vysoký krvný tlak a trpí mitrálnou insuficienciou. Pacient prestavený hematológom na Fraxiparin. Predoperačne hemokoagulačné hodnoty sú v pásme, ktorý bezpečne dovoľuje urobiť operačný výkon. Priebeh operácie bez komplikácií. Pooperačne dochádza k výraznej hypotenzii a bradykardii. Ihneď pátrané po príčine hypotenzie, urobené interné vyšetrenie, sono a CT brucha, pre nález hemoperitonea pacient indikovaný na operačnú revíziu, pri ktorej nájdený ako zdroj krvácania - poškodená artéria epigastrika nad vnútorným inguinálnym otvorom. Odtiaľ sa krv šíri do retroperitonea a cez sutúru peritonea po hernioplastike do voľnej dutiny brušnej.

Chirurgicky vykonaná hemostáza za súčasnej náhrady krvného objemu podávaním krvi, plazmou a volum expanderov. TK bol udržiavaný vazopresormi.

Reoperácia sa uskutočnila tri hodiny po ukončení hernioplastiky. Pooperačne pacient preložený na OAIM, ale v dôsledku hemoragického šoku nastalo kardiálne zlyhanie a následný exitus.

**Kľúčové momenty liečby pacienta:** pacient so zvýšeným anestéziologickým rizikom pre ochorenie srdca na antikoagulačnej liečbe indikovaný na plánovanú laparoskopickú hernioplastiku. Operácia prebehla bez komplikácií. Pooperačne asi jednu hodinu po ukončení operácie výrazná hypotenzia v dôsledku krvácania. Od 14,00 hod. do 15,50 hod. sa urobili vyšetrenia za účelom diagnostiky príčiny hypotenzie za súčasnej náhrady objemu krvného riečiska.

O 16,00 hod. operačná revízia, pri ktorej sa vykonala chirurgická hemostáza. Počas prevažnej časti operačného výkonu podľa anestéziologického záznamu je tlak nemerateľný, pacient je na vazopressoroch. Počas operácie dostal dve transfúzie krvi a čerstvú zmrazenú plazmu. O 17,35 hod. vyložený na OAIM, kde pokračovala resuscitácii obehu. O 18,00 hod. exitus letalis.

Klinicky sa pooperačne prejavilo krvácanie hodinu po operácii hypotenziou. Krvácanie značnej intenzity, veľmi rýchlo viedlo k šokovému stavu. Veľmi nepriaznivý vplyv na priebeh krvácania, obehovej resuscitácie a reoperácie mali nasledovné faktory:

- pacient mal malú kardiálnu rezervu a nedokázal kompenzovať nahradzované krvné straty pre chronické ochorenie srdca. Anémia viedla k ďalšej ischemizácii už poškodeného myokardu ;
- pacient bol hypokoagulačný a stratou krvi došlo k prehĺbeniu hypokoagulačného stavu, čo negatívne ovplyvnilo mechanizmy hemostázy.

**K pochybeniu došlo v dôsledku poškodenia epigastrickej artérie vpravo pri laparoskopickej hernioplastike,** ktoré vo včasnom pooperačnom období spôsobilo šok z vykrvácania, ktorý napriek včasnej diagnostike a liečbe bol príčinou obehového zlyhania a smrti.

**Záver:** Úrad výkonom dohľadu zistili nedostatky v poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ktorá nebola poskytnutá správne, v súlade s platnými právnymi predpismi.

Zo strany dohliadaného subjektu došlo k porušeniu § 4 ods. 3. zákona č. 576/2004 Z.z.

**Sankcie:** Úrad uložil poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti pokutu.

## **Vznik subdurálneho hematómu s perakútnym vývojom u staršieho pacienta**

### **Epikritické zhrnutie:**

Manželka žiadala prešetriť poskytovanú zdravotnú starostlivosť svojmu zosnulému manželovi zo strany Fakultnej nemocnice.

70-ročný pacient prijatý 22.6.2009 na neurologické oddelenie FN. Predtým mesiac v liečbe neurológa pre intermitentné závraty, deň pred prijatím pociťoval zhoršenie stavu, závraty sa zvýraznili, opakovane mal nauzeu s vracaním, pri chôdzi ho ťahalo do strán, nemal poruchy vedomia ani hybnosti končatín, reči, zraku, ani sluchu. V objektívnom náleze prijímajúci lekár popisuje jasné vedomie, správnu orientáciu, naznačenú cerebelárnu dyzartriu, bez meningeálnych príznakov, nález na mozgových nervoch v norme, na horných a dolných končatinách bez pyramídových javov, šľachovo-okosticové reflexy výbavné symetrické, pri skúške päta-koleno zaostávanie vľavo, postoj a chôdza v norme, citlivosť neporušená. Prijímajúci neurológ stav hodnotil syndromologicky ako naznačenú cerebelárnu dyzartriu, neocerebelárny syndróm vľavo, paleocerebelárny syndróm, NIHSS hodnotil na 3 body. Diagnosticky uvažoval o suspektnej encefalomalácii infratentoriálne. V ten istý deň pacient absolvoval CT mozgu (o 16,00 hod.) so záverom: bez čerstvých ložiskových zmien v mozgovom a mozočkovom tkanive.

Dňa 23.06.2009 pri raňajšej vizite o 9,15 hod. počas vyšetrenia chôdze izbovým lekárom pacient spadol, podľa vyjadrenia ošetrojúceho lekára spadol na zadok, následne sa „oprel“ hlavou o skrinku vedľa posteľe, k vonkajšiemu poraneniu hlavy nedošlo, popisovaný neurologický nález bez progresie. Ordinované pokračovať v liečbe, MR mozgu, ultrasonografia mozgových ciev. Toho istého dňa o 10,30 hod. sa pri primárskej vizite konštatuje neistota pri chôdzi, závraty miernejšie, objektívny nález bez progresie, Romberg pozitívny. Popoludní pacient absolvoval ultrasonografiu mozgových ciev s nálezom AS zmien bez významnej stenózy, nález veku primeraný. Záznam v chorobopise o 13,00 hod. popisuje kontrolu stavu po MR vyšetrení: subjektívne bez ťažkosti, bez nevoľnosti, bez dvojitého videnia, objektívny nález bez progresie.

O 16,00 hod. toho istého dňa sa v zázname sestry píše, že pacient nereaguje na oslovenie, ani na taktilné podnety, glykémia 17,6 mmol/l, TK 100/50 torr, pulz 60/min., zahlasené službukonajúcemu lekárovi. Ten popisuje kómu, mydriázu obojstranne, bez fotoreakcie, kvadruplégiu, GCS 3 body. Službukonajúci lekár ordinoval vitálne CT mozgu, TK 170/90 torr, pulz 80/min., saturácia kyslíka 98 %. Na CT mozgu (popis o 18,13 hod.) sa popisuje rozsiahly akútny subdurálny hematóm na konvexite celej ľavej hemisféry, hrúbky maximálne cca 25-28 mm s výraznou

kompresiou mozgového tkaniva, subfalcinný kónus vpravo, v komorách bez hemorágie, v mozgovom tkanive bez akútnej hemorágie, stredočiarové štruktúry výrazne presunuté doprava o 21 mm, výrazná kompresia ľavej bočnej a III. komory, zúženie vonkajších likvorových priestorov.

Záver: rozsiahly akútny, až hyperakútny subdurálny hematóm na konvexite ľavej hemisféry s výraznou kompresiou mozgových štruktúr. Pacient rovno z CT pracoviska preložený na KAIM. Výsledok MR vyšetrenia mozgu z toho dňa o 12,00 hod. získaný dodatočne, popísaný subdurálny hematóm na konvexite ľavej hemisféry hrúbky maximálne 16 mm, diferenciálne diagnosticky akútny subdurálny hematóm, eventuálne chronický subdurálny hematóm s akútnym zakrvácaním. Bez presunu stredočiarových štruktúr. Tento výsledok však ošetrojúci lekári podľa ich vyjadrenia do zhoršenia stavu pacienta (teda do 16. hodiny) nemali k dispozícii. Pacient pri prijatí na KAIM v kóme, spontánne dýchal, následne intubovaný, pripravovaný na urgentnú operáciu. Operoval traumatológ (neurochirurgické pracovisko v nemocnici nie je), vzhľad ani konzistencia hematómu nie je v operačnom náleze popísaná, pre edém mozgu urobená dekompresívna kraniektómia, evakuácia hematómu, hemostáza a duroplastika.

Pooperačne hospitalizovaný ďalej na KAIM, kontrolné CT mozgu opakovane ukazovali extrémny edém mozgu s extrúziou ľavej hemisféry a s ischemiou mozgových hemisfér. Od 1.7.2009 pacient anurický, cirkulačne nestabilný napriek katecholamínovej podpore, progredovala renálna insuficiencia so závažnou hyperkaliémiou. Pacient exitoval dňa 03.07.2009 o 1,00 hod. Obhliadajúcim lekárom indikovaná pitva.

V pitevnom protokole sa uvádza ako príčina smrti mozgová smrť, teda sekundárne krvácanie v mozgovom kmeni, ako základná choroba subdurálny hematóm v čelovo-spánkovo-temennej oblasti vľavo a ako komplikácia, stav po operácii hlavy (dekompresívna kraniotómia) s odsatím krvného výronu pod tvrdou blanou mozgu, opuch mozgu ťažkého stupňa.

**Zhrnutie úradu:** Úrad konštatoval, že prijímajúci lekár postupoval správne, keď pri uvedenom klinickom stave pacienta suponoval infratentoriálne ischemické poškodenie a indikoval CT mozgu v ten istý deň, ktoré v podstate vylúčilo inú intrakraniálnu štruktúrnu léziu ako príčinu pacientových ťažkostí. Na druhej strane sa dá pochybovať, či popísané príznaky skutočne zodpovedali cerebelárnemu syndrómu. Na stanovenie neocerebelárneho syndrómu nestačí len porucha pri skúške päta-koleno (môže byť aj paretickým príznakom) a dyzartria, z popisu príznakov sa vôbec nedá identifikovať paleocerebelárny syndróm príznačný poruchou postoja, chôdze s retropulziou a poruchou veľkej synergie.

Pacient nasledujúci deň pri raňajšej vizite počas vyšetrovania chôdze pri zatvorených očiach spadol. Vyšetrenie postoja a chôdze pri zatvorených očiach patrí medzi rutinné vyšetrenia v neurológii. Pri vyšetrení je však potrebné zvážiť stav pacienta, či potrebuje, alebo nepotrebuje asistenciu



na zabránenie prípadného pádu. Výnimočne sa môže stať, že pacient pri vyšetrení skutočne spadne. V tomto prípade ošetrojúci lekár pravdepodobne hodnotil situáciu tak, že pacient vyšetrenie pri zatvorených očiach zvládne bez pomoci. Pri primárskej vizite o 10,30 hod. je podstatný fakt, že pacient nejavil známky poruchy vedomia, či už kvantitatívnej, alebo kvalitatívnej. Pravdepodobne z tohto dôvodu sa úrazu hlavy neprikladala veľká pozornosť. Podstatné pre posúdenie správnej starostlivosti resp. prípadného zanedbania je skutočnosť, že pacient bol naďalej pozorovaný, čo je dokumentované aj tým, že absolvoval ďalšie vyšetrenia - magnetic-kú rezonanciu a ultrasonografické vyšetrenie ciev, pri ktorých tiež neboli signály o prípadnom rozvoji príznakov poukazujúcich na zhoršovanie stavu. Ešte o 13. hodine je záznam v chorobopise o prakticky nezmenenom klinickom stave pacienta. Z toho dôvodu nemožno postup personálu kvalifikovať ako pochybenie.

Zmena nastala až o 16. hodine, keď si personál všimol, že pacient nereaguje na oslovenie, ani na taktilné podnety a privolaný bol službukonajúci lekár. Ten pri významnej zmene klinického stavu indikoval okamžite CT vyšetrenie mozgu, ktoré ukázalo rozsiahly akútne subdurálny hematóm nad ľavou hemisférou s výraznou kompresiou mozgových štruktúr. Tento postup bol správny, pretože pri zmenenom stave bolo indikované nové CT vyšetrenie mozgu. Ďalší postup pri zistení akútneho subdurálneho hematómu aj s pretlakom stredočiarových štruktúr bol taktiež správny, pacient okamžite preložený na KAIM, zabezpečené vitálne funkcie a následne podstúpil operačný zákrok bez prevozu na iné (neurochirurgické) pracovisko. Rovnako správna bola aj ďalšia pooperačná starostlivosť na KAIM. Kontrolné CT ukázalo nález, ktorý signalizoval, že ide o stav nezlučiteľný s prežitím.

Otázkou zostáva, ako vznikol subdurálny hematóm. Vysvetlenie personálu, že nemohol vzniknúť pádom, pretože pacient sa len oprel o skrinku vedľa postele neobstojí. Interpretácia, že došlo ku akútne krvácaniu do chronického subdurálneho hematómu nie je správna, nakoľko podľa snímok z primárneho CT vyšetrenia zo dňa 22.6.2009 možno chronický subdurálny hematóm vylúčiť. Taktiež interpretácia, že ku krvácaniu došlo v dôsledku metabolických zmien je nepravdepodobná. Nehomogénna denzita subdurálneho hematómu na CT svedčí pre pomerne rýchle krvácanie. Niektoré časti hematómu boli koagulované a iné ešte tekuté. Tak si možno vysvetliť aj rýchly priebeh klinického zhoršenia, ktoré nastalo po vyčerpaní kompenzačných mechanizmov, t. j. po vytesnení širokých likvorových priestorov. Na to, aby došlo ku pretrhnutiu premošťujúcich žíl a ku subdurálnemu krvácaniu u staršieho pacienta s atrofickým mozgom nemusí byť intenzita mechanického násillia na hlavu veľká. Na druhej strane mechanizmus vzniku subdurálneho hematómu nie je v tomto prípade podstatný. Podstatná je skutočnosť, že pacient bol pod takmer stálym dozorom zdravotníckeho personálu, rozvoj subdurálneho hematómu bol perakútne s relatívne rýchlym rozvojom porúch vedomia a útlakom

mozgového kmeňa, čo spôsobilo aj sekundárnu hemorágiu v mozgovom kmeni. Následne sa vyvinul stav, perspektívne nezlučiteľný so životom.

**Záver:** U pacienta došlo k súhre viacerých nepriaznivých faktorov pri banálnom úraze hlavy s následným rozvojom perakútneho subdurálneho hematómu s fatálnym koncom napriek tomu, že starostlivosť zdravotníckeho personálu bola adekvátna stavu pacienta. Dokumentujú to promptné reakcie personálu od začiatku hospitalizácie: akútne CT v deň prijatia, na druhý deň vyšetrenie magnetickou rezonanciou a ultrasonografiu, až po okamžitú CT kontrolu pri zmene stavu vedomia a následný transport rovno z rádiodiagnostického pracoviska na KAIM a realizáciu operačného výkonu. Pri traumatickej príčine zhoršenia stavu bola správne nariadená pitva i napriek tomu, že manželka pacienta zazlievala personálu túto skutočnosť.

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

## Vývojové anomálie plodu - limity diagnostiky

### **Anamnéza, objektívne a laboratórne vyšetrenia, epikritické zhrnutie:**

36-ročná pacientka prijatá na gynekologicko-pôrodnú kliniku pre začínajúci pôrod o 20,21 hodine (išlo o tretiu graviditu). Pri prijatí na pôrodnú sálu vykonané sonografické vyšetrenie a amniotómia o 22,50 hodine. Pôrod nastal o 23,30 hodine. Porodený plod ženského pohlavia s hmotnosťou 3190 gramov a dĺžky 53 cm, Apgarovej skóre 10/10. Po pôrode u dieťaťa zistené chýbanie ručičky a časti predlaktia. Počas hospitalizácie lekári novorodeneckého oddelenia konzultovali ortopéda. Na 5. deň po pôrode pacientka prepustená do domácej starostlivosti.

Pre výkon dohľadu vyžiadaná zdravotná dokumentácia a vyjadrenia od zainteresovaných subjektov poskytujúcich zdravotnú starostlivosť. V rámci súčinnosti vyžiadané súvisiace podkladové materiály od všeobecnej lekárky pre dospelých a gynekológa poskytujúceho prenatalnú starostlivosť. V zdravotnej dokumentácii od všeobecnej lekárky pre dospelých nie je záznam o prekonaní žiadneho vážneho ochorenia u pacientky.

V priebehu tehotnosti pacientka absolvovala všetky potrebné vyšetrenia na gynekologickej ambulancii od 10. týždňa gravidity, kde bola vyšetrená celkom 13-krát. Okrem pravidelných sonografických vyšetrení, absolvovala transabdominálnu amniocentézu, z vekovej indikácie. Prenatálnym genetickým vyšetrením PGD – TAA, bol stanovený normálny karyotyp plodu 46 XX, AF AFP zodpovedal gestačnému veku, takže pri následnom morfológickom sonografickom vyšetrení v 20. týždni tehotnosti neboli dôvody pre detailné skúmanie skeletu plodu. Ďalšie sonografické vyšetrenia vykonané o mesiac a v 29. týždni gravidity. Na všetkých sonografických vyšetreniach, ktoré robili viacerí lekári neboli zistené žiadne vývojové anomálie plodu. Negatívny nález pri sonografickom vyšetrení ešte nemusí vylúčiť s úplnou istotou vývojové poškodenie plodu. Niektoré faktory ako napríklad nadváha tehotnej, menšie množstvo plodovej vody alebo „nepriaznivá“ poloha plodu znižujú diagnostickú istotu sonografického vyšetrenia. Úspešnosť sonografickej diagnostiky väčšiny vrodených vývojových chýb nie je a nemôže byť stopercentná, už aj pre skutočnosť, že ich výskyt je raritný. V odbornej literatúre sa uvádza 21-47 všetkých skeletálnych malformácií na 100 000 pôrodov, pričom sa vyskytli aj dve falošne negatívne diagnózy, t. j. malformácie, ktoré sa počas tehotnosti nediodagnostikovali, ale zistili sa až po pôrode. Niektoré skeletálne dysplázie sa dajú diagnostikovať až po 30. týždni tehotnosti, ale niektoré miernejšie, i keď postnatálne závažné formy, sa nemusí podariť diagnostikovať vôbec. Podľa údajov v odbornej literatúre nie je možné diagnostikovať chýbajúce alebo veľmi krátke končatiny v 10%. Najdôležitejšou časťou detailného vyšetrenia končatín v prvom a druhom trimestri je meranie dĺžky

stehennej kosti, nakoľko sa vedľa biparietálneho priemeru hlavičky používa pre určenie gestačného veku plodu. Rozmery ramennej kosti, predlaktia a kostí ruky sa obvykle nemerajú. Identifikácia prstov v rámci bežného vyšetrenia býva obtiažna a časovo náročná, nakoľko ruky sú obvykle zovreté, preto sa anomálie ruky ťažko diagnostikujú a často sú pri sonografických vyšetreniach prehliadnuté.

Pri muskuloskeletárnych abnormalitách, pokiaľ sa neuvádzajú v rodinnej anamnéze žiadne vývojové chyby a pri sonografickom vyšetrení bol zistený normálny nález, sa rutinný skríning zameriava na posúdenie vývoja a rastu dlhých kostí končatín. Redukčné deformity končatín sa podieľajú na muskuloskeletárnych anomáliách diagnostikovaných v 2. trimestri gravidity v 13%. Aj keby sa pri sonografickom vyšetrení zistilo chýbanie ručičky a predlaktia plodu, nebola by to zdravotná indikácia na prerušenie gravidity vzhľadom na to, že sa nejedná o vývojovú anomáliu plodu nezlučiteľnú so životom.

V zmysle § 5 zákona Slovenskej národnej rady č. 73/1986 Zb. o umelom prerušení tehotenstva, žene možno umelo prerušiť tehotenstvo zo zdravotných dôvodov s jej súhlasom alebo na jej podnet, ak je ohrozený jej život alebo zdravie alebo zdravý vývoj plodu alebo ak ide o genetický chybný vývoj plodu bez ohľadu na trvanie tehotnosti. Malformácia ruky, pokiaľ nie je súčasťou syndrómu charakterizujúcich chorobný stav, kedy plod nie je schopný života, nemôže byť dôvodom na prerušenie tehotenstva.

Zobrazenie trojdimenzionálnym ultrazvukom (3D) sa vykonáva obvykle pre podobizeň dieťaťa pred pôrodom. Toto vyšetrenie pomáha odhaliť najmä vývojové chyby predovšetkým na tvári, ako sú napríklad rozštepý perí a podnebí, pričom nie je cielene zamerané na vylúčenie alebo potvrdenie morfológických anomálií plodu. Kvalitu sonografických vyšetrení v súvislosti so syndrómami spájanými s deformáciou končatín, možno spätne definitívne posúdiť až po narodení dieťaťa.

**Záver úradu:** Na základe uvedených skutočností úrad konštatuje, že zdravotná starostlivosť pacientke bola poskytnutá správne v zmysle § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. Boli vykonané bezodkladne všetky zdravotné výkony potrebné na určenie správnej choroby a zabezpečil sa správny preventívny postup alebo správny liečebný postup.

## Riešenie komplikácií po operačnom zákroku

### **Anamnéza, objektívne a laboratórne vyšetrenia, epikritické zhrnutie:**

27-ročný pacient sa dostavil 18.3.2008 na vyšetrenie do ambulancie zmluvnej všeobecnej lekárnky s tým, že asi rok pozoruje vyklenutie v pravej slabine. Po vyšetrení odoslaný na chirurgické konzílium s podozrením na herniu scrotalis vpravo. Dňa 2.4.2008 pacient absolvoval chirurgické vyšetrenie. V zdravotnej dokumentácii pacienta je ambulantným chirurgom zaznamenané: „... cca rok v l. dx. inguine vyklenutie reponibilné, ide do skróta, brucho v niveau hrudníka, palpačne mäkké, priehmatné, nebolestivé, v oblasti anulus ing. superficialis bránka na prst, vyklenutie do skróta

Dg.: *Hernia scrotalis l. dx. libera*

Th.: *interné predoperačné vyšetrenie, potom sa hlási na chir. v NsP k objednaniu op. zákroku...*“.

Dňa 16.4.2008 pacient prijatý s interným predoperačným vyšetrením k elektívnemu operačnému zákroku. Operačný zákrok vykonaný dňa 17.4.2008 v spinálnej anestézii (Herniotomia et plastica sec. McVay—Lotheisen).

Pooperačne realizovaná štandardná ordinácia: medikamentózne - analgézia, heparinizácia, sledovanie pacienta, pieskové vrecko na ranu. Pooperačne pacient afebrilný, udával mierne algie, bez komplikácií. Následne :

- 18.4.2008 pacient udával algie, zistené febrílie do 37,8°C, Redonov drén - 20 ml.
- 19.4.2008 vyšetrením zistený opuch skróta, rana kľudná, minimálne bolesti, bez nutnosti analgetizácie. Do liečby pridaný Reparil 3 x 2 drg, chladenie. Odstránený Redonov drén.
- 20.4.2008 pacient udával pobolievanie, vyšetrením zistený edém skróta, rana kľudná, febrílie do 38,4°C, medikamentózne ordinovaná antibiotická liečba - Ciprinol 2 x 200 mg p.o.
- 21.4.2008 zaznamenané subfebrílie do 37,5°C.
- 22.4.2008 vyšetrením zistené pretrvávanie opuchu skróta a objavilo sa začervenanie skróta, pretrvávali subfebrílie.
- 22.4.2008 pacient afebrilný, medikamentózna liečba nezmenená.
- 23.4.2008 pacient ťažkosti neudával, cítil sa dobre, afebrilný, rana kľudná, pretrvával mierny edém a začervenanie skróta.
- 23.04.2008 pacient prepustený do ambulantnej starostlivosti s odporúčením: „...kľud (3 mesiace bez zvýšenej fyzickej námahy), ranu nemáčať, hlásiť sa u obv. lekára, pokračovať v medikácii Ciprinol 2 x 200 mg tbl. p. o. ešte 2 dni, scrotum ľadovať, kontrola chirurgom v piatok (stehy ex)...“.

- 28.4.2008 realizované pooperačné kontrolné vyšetrenie v chirurgickej ambulancii - extrakcia stehov. Pooperačná rana kľudná, pre edém na miešku rdinovaná antiedematózna liečba (Aescin tbl, IbuHepa crm).

Ďalšie kontrolné vyšetrenie v chirurgickej ambulancii plánované o 7 dní z dôvodu posúdenia efektu terapie. Kontrolné vyšetrenie zrealizované 19.5.2008 - rana po herniotomii kľudná, pravá časť mieška zhrubnutá, nebolestivá, bez edému. Lekárom odporúčené pokračovať v aplikácii mastí.

Pri ďalšej kontrole 3.6.2008 rana a miešok nebolestivé, rezistencia v pravej časti miešku menšia ale pretrvávala, preto odporúčené USG vyšetrenie miešku na urologickej ambulancii. Pri kontrole dňa 10.6.2008 rana po herniotomii kľudná, miešok zhrubnutý, nebolestivý. USG vyšetrenie realizované ambulantným urológom 10.6.2008 so záverom: „...vľavo testis bpn, vpravo je testis objemné, v parenchýme hypoechogénne ložiská – nález ako pri venostáze, línia obalov nie je hladká, hydrokéla prítomná nie je“.

Zo strany urológa odporúčená antibiotická a antiedematózna terapia, pacient objednaný urológom k odberu onkomarkerov. Dňa 12.6.2008 realizovaný odber onkomarkerov (výsledky v norme).

Dňa 12.6.2008 pacient požiadal všeobecnú lekárku o ukončenie PN z dôvodu odchodu do zahraničia.

Po návrate zo zahraničia pre pretrvávajúce pobolievanie pravého semenníka sa dostavil dňa 7.1.2009 na urologické vyšetrenie, kde mu boli odobrané onkomarkery. Zároveň vykonané sonografické vyšetrenie testis so záverom: „... testis vľavo bpn, vpravo štruktúra parenchýmu hypoechogénna, na dolnom póle suspektná expanzia – ťažko hodnotiť – do úvahy pripadá i zmena štruktúry epidydimis ...“.

Pre uvedený nejednoznačný nález pacient odoslaný dňa 12.01.2009 ambulantným urológom na konzultáciu na vyššie špecializované pracovisko.

Záver vyšetrenia: „...atrophio testis l. dx. v. siatrogenes, St. p. herniotomiam ing. l. dx., onkomarkery v norme. Dňa 27.1.2009 sa pacient pri následnej kontrole u spádového urológa rozhodol pre orchiektomiu vpravo. Bolo mu doporučené interné predoperačné vyšetrenie.

Dňa 29.01.2009 sa pacient podrobil operačnému zákroku – Orchiectomia l. dx. transscrotalis. Pooperačný priebeh bez komplikácií.

**Záver:** Pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientovi dohliadaným poskytovateľom v dohliadanom období **neboli zistené nedostatky.** Pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti neboli porušené ustanovenia § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z.z.

## Zhrnutie úradu:

- skrotálna hernia vpravo k operačnému zákroku indikovaná správne;
- pri realizovanom type plastiky (Herniotomia et plastica sec. McVay—Lotheisen) nastalo mechanicky alebo opuchom zúženie prstenca (anulus iniquinalis internus), ktorým sa vaskulárne štruktúry dostávajú k testis, následkom čoho vznikla ischémia s venostázou a následným nedokrvením kompletná atrofia pravého testis;
- atrofia testis po operáciách inguinálnych hernii je popisovaná ako komplikácia.

### Citácie z odbornej literatúry:

Špeciálna chirurgia 2, Chirurgia brušných orgánov a retroperitonea,

J. Černý a kol., Osveta 1996

Kapitola 7. Prietrže

Kapitola 7.6 Operačné komplikácie, str. 453

Kapitola 7.7 Výsledky operačnej liečby prietrží, str. 455

Popisované komplikácie: hematómy, serómy, infekcie v rane, tromboembolické komplikácie, pooperačné pneumónie, pretrvávajúca bolesť v rane, atrofická orchitída...

Praktický pohľad na riešenie slabínovej prietrže-klasický aj laparoskopicky,

MARKO a spol., Marko, 2004, str. 44-46

V kapitole o komplikáciách po klasických operáciách inguinálnych herniach: Medzi včasné pooperačné komplikácie patrí tvorba hematómov, serómov, výskyt infekcie, edém testis a edém skróta . Medzi neskoré komplikácie patrí testikulárna atrofia..

Plastika kýly-nové smery, I. L. Lichtenstein, Nakladatelství a vydavatelství H8H, 1994, str. 211, tabuľka č.8. Pozdní komplikace

Atrofia testes - častost výskytu v 1% prípadov.

ÚDZS konštatuje, že v posudzovanom prípade ide o komplikáciu, ktorá vznikla po operácii hernie na základe prílišného zúženia anulus iniquinalis internus, ktorým sa vaskulárne štruktúry dostávajú k testis, následkom čoho vznikla ischémia s venostázou a následným nedokrvením kompletná atrofia pravého testis. Táto komplikácia nemusí byť zapríčinená chirurgom, pretože i pooperačný edém, ktorý nie je možné jednoznačne vylúčiť, môže vyvolať atrofiu testis. Pooperačná komplikácia u pacienta je v priamej súvislosti s operačným výkonom, nemožno ju však jednoznačne klasifikovať ako chybu operátora.

## **Sťažnosť pacienta na neodborný zásah lekára a vznik malígneho melanómu**

Prešetrovanie poskytnutej zdravotnej starostlivosti v dermatologickej ambulancii v priebehu prvého polroka 2008. Pacient liečený kryoterapiou pre filiformné veruky na krku a hrudi. V podnete uvádzal, že zdravotná sestra okrem lekárkou indikovaných verúk mu kryovala s N<sub>2</sub> aj znamienko na ľavom predlaktí a z toho dôvodu sa mu v tomto mieste vytvoril tumor, verifikovaný ako malígny melanóm (MM), čím bolo poškodené jeho zdravie a musel sa podrobiť náročnej chemo–rádioterapii.

### **Z anamnézy, objektívnych vyšetrení a epikritické zhrnutie:**

Podľa udania pacienta v podnete už od r. 1995 mal pigmentový útvar na ľavom predlaktí. Dňa 5.2.2008 pacient poukázaný na kožnú ambulanciu všeobecným lekárom na konziliárne vyšetrenie pre bradavice na krku. Na výmennom lístku nebola zmienka o pigmentovom znamienku na ľavom predlaktí. Dermatologička pacienta vyšetřila a zaradila ho na kryoterapiu N<sub>2</sub> (tekutý dusík) pre foliformné veruky na hrudi a krku. Kryoterapia aplikovaná zdravotnou sestrou celkove 9x. Liečba ukončená 9.7.2008.

Pri dohľade na mieste bolo pracovníkmi Úradu zistené, že ambulancia dermatologičky má len jednu miestnosť, ktorá je neúplnou sklenenou stenou rozdelená na vyšetřovňu a ošetrovňu. Je predpoklad hraničiaci s istotou, že lekárka bola prítomná v miestnosti pri každom ošetření pacienta a bolo možné sa na ňu obrátiť v prípade nespokojnosti pacienta. Pacient tak neurobil počas celej liečby a preto jeho tvrdenie, že sestra svojvoľne aplikovala N<sub>2</sub> aj na pigmentovú škvrnu je v rozpore s vyjadrením lekárky, že N<sub>2</sub> nebolo aplikované na pigmentovú škvrnu na ľavom predlaktí. Tieto tvrdenia Úrad považuje za tvrdenie voči tvrdeniu a nie je možné to postupom dohľadu potvrdiť, ani vyvrátiť.

Následná zdravotná starostlivosť poskytovaná pacientovi nebola predmetom dohľadu.

V priebehu júla 2008 začal útvar na ľavom predlaktí rásť a mokvať. Dňa 26.8.2008 pacient vyšetřený na KMEK. Zistený exulcerovaný tumor s lokoregionálnymi MTS do 4 cm od tumoru. V axile nejednoznačný nález. Pacient poukázaný na ambulanciu plastickej chirurgie a dňa 8.9.2009 operovaný – výkon: Excisio Tu et mts radicalis, extirpatio sentinel LN. Redonov dren. Prekrytie s ATB. Histologické vyšetřenie potvrdilo štruktúry exulcerovaného, solídne a pseudoglandulárne formovaného nodulárneho malígneho melanómu, prítomné známky endolymfatickej propagácie nádorových štruktúr. Parametre: rastová frekvencia vertikálna, mitózy 25/mm<sup>2</sup>, regresia neprítomná, Clark IVa, Breslow 6,5 mm ,

Následne vykonaný kompletný staging vrátane PET, ktorý bol negatívny. Pacient absolvoval liečbu vysoko dávkovaným Interferonom alfa podľa



Kirkwooda v trvaní 10 mesiacov a následne rádioterapiu na ľavé predlaktie 3 x 8 Gy. Staging po liečbe, včetně PET, bol negatívny.

**Záver:** Malígnym melanóm (MM) patrí k najzhubnejším nádorom kože a slizníc. Malígne biologické chovanie spočíva hlavne v jeho silnom a včasnom metastazovaní lymfatickou a hematogénnou cestou. Asi 30% pacientov udáva vznik MM z pigmentových nevocelulárnych névov, ktoré pacient má na koži celé roky. Často sa dáva vznik MM do súvislosti s iritačnými pochodmi, ale to nie je vedecky dokázané.

Podľa údajov sťažovateľa už v r. 1995 mal na predlaktí ľavej hornej končatiny pigmentový útvar (tumor). Podľa biologického chovania nádoru nie je možné, aby MM narástol tak rýchlo, ako udáva pacient – od marca 2008 do augusta 2008, kedy bol diagnostikovaný na KMEK. Z toho vyplýva, že rast melanómu bol na predlaktí pacienta prítomný už predtým, než navštívil dermatologickú ambulanciu. Pacient však tento útvar neukázal žiadnemu lekárovi až do augusta 2008. Aj histologický nález Clark IVa, Breslow 6,5 mm musel na koži rásť už dlhšie pred klinickou manifestáciou.

**Zhrnutie úradu:** Zdravotná starostlivosť bola pacientovi v dermatologickej ambulancii v r. 2008 poskytovaná správne, v súlade s § 4 ods. 3 zákona 576/2004 Z. z. a nemala vplyv na vznik MM na ľavom predlaktí.

## **Správne indikovaná totálna tyreoidektómia**

### **Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie:**

63 – ročná pacientka 11.6.2007 prijatá na chirurgické oddelenie na elektívnu operáciu nodóznej strumy vpravo. Realizovaný operačný výkon – lobectomia l. dx. Totalis. Operácia aj pooperačný priebeh bez komplikácií. Dňa 18.6.2007 histologický nález z odstráneného laloka štítnej žľazy hodnotený ako dva folikulárne adenómy, vo väčšom folikulárny variant papilárneho karcinómu. Vzhľadom na uvedený histologický nález doporučená totálna tyreoidektómia s následnou liečbou rádiojódom. Po MRI vyšetrení krku, krčnej chrbtice a predoperačnej príprave pacientka dňa 3.10.2007 reoperovaná - vykonaná lobectomia l. sin. s disekciou CK. Operačný a pooperačný priebeh bez komplikácií. V histologickom náleze z odobratého materiálu štítnej žľazy čiastočne nodózne zmenené tkanivo žľazy s prevažujúcou normofolikulárnou miestami makrofolikulárnou štruktúrou – bez neoplastických zmien. V mäkkom tkanive vyšetrené 4 lymf. uzliny (viac nenájdenných) bez ložiskových zmien.

V ďalšom pooperačnom priebehu pacientka v starostlivosti chirurgickej ambulancie. Dňa 5.3.2008 vyšetrená endokrinológom, ktorý požiadal o rehistologizáciu materiálu z prvého operačného zákroku.

V konzultovaných preparátoch nález hodnotený ako dva folikulárne adenómy, bez prítomnosti papilárneho karcinómu. Patológom konštatované, že liečba rádiojódom nie je potrebná a pacientke doporučená trvalá substitučná terapia.

**Záver:** Folikulárny variant papilárneho karcinómu (FVPC) je papilárny karcinóm s dominantným folikulárnym spôsobom rastu. Diagnóza FVPC a jeho kľúčová diferenciálna diagnóza, odlíšenie od folikulárneho adenómu (FA), je založené na nukleárnych charakteristikách hodnotených v svetelnom mikroskope.

Nukleárne charakteristiky PC sú jadrové pseudoinklúzie, matnicové jadrá, jadrové zárezy, prekryvanie jadier, nepravidelnosti jadrovej membrány a zväčšenie jadier. Za najdôležitejší znak sú pokladané jadrové pseudoinklúzie. Diagnostiku robí problematickou fakt, že ani jedna z týchto črt nie je sama o sebe patognomická pre diagnózu PC a všetky sa môžu vyskytovať i pri iných léziách štítnej žľazy, vrátane folikulárneho adenómu.

V súčasnosti nie je dosiahnutý konsenzus na minimálnych kritériách pre diagnózu FVPC, ani pre kvalitu jadrových znakov, ani pre ich kvantitu (aké percento jadier vo folikulárnej lézii musí spĺňať kritéria FC, aby bola diagnostikovaná ako FVCK).

Tiež neexistujú objektívne imunohistochemické ani genetické markery na toto odlíšenie.

Diferenciálna diagnóza FA verzus FVPC je teda subjektívna a teda je zaťažená veľkou inter a tiež intra-observer variabilitou.

Z publikovanej literatúry vyplýva, že pri hraničných diagnózach sa experti vo väčšej časti prípadov nezhodnú.

V mikroskopických preparátoch z prvej operácie realizovanej u pacientky dňa 12.6.2007 bola zachytená opuzdrená folikuláma lézia s viac alebo menej vyjadrenými nukleárnymi črtami PC, ktoré boli pozorovateľné vo väčšej časti nádorového uzla. Občasne boli zachytené aj jednoznačné jadrové pseudoinklúzie, i keď u niektorých (opticky prázdne) je ťažké posúdiť, či nie sú arteficiálne.

**Chirurgický zákrok s totálnou tyroidektómiou bol podľa súčasných chirurgických štandardov oprávnený, i keď prognóza aj pri konzervatívnejšom prístupe (lobektómii/parciálnej resekcii) by bola pravdepodobne excelentná.**

**Aplikovanie striktnejších kritérií spôsobilo nezhodu diagnózy medzi dvoma pracoviskami, čo reflektuje vysokú inter aj intra-observer variabilitu pri hodnotení hraničných lézií i medzi prominentnými zahraničnými špecialistami na problematiku patológie štítnych žliaz.**

**Z uvedeného je možné konštatovať, že pacientke bola v dohliadanom období poskytnutá adekvátne zdravotná starostlivosť, v súlade s platnými právnymi predpismi.**

**Zhrnutie úradu:** Postupom úradu podľa zákona č. 581/2004 Z.z., vykonaním dohľadu na mieste, z údajov zaznamenaných v dostupnej zdravotnej a súvisiacej dokumentácii, ako aj vyjadrením dotknutého subjektu a na základe odborného stanoviska konzultanta sa preukázalo, že zdravotná starostlivosť zo strany poskytovateľa zdravotnej starostlivosti bola v súlade s ustanoveniami § 4 ods. 3, zákona 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti.

## **Chylózna cysta s perakútnym vývojom náhlej brušnej príhody u novorodenca**

### **Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie:**

**Manželia žiadali prešetriť poskytovanú zdravotnú starostlivosť svojej zosnulej dcérke zo strany všeobecnej lekárky pre deti a dorast a službukonajúceho lekára LSPP.**

Novorodenec vo veku 23 dní bol dňa 13.7.2009 vyšetrený na ambulancii všeobecného lekára pre deti a dorast, matka udávala ťažkosti od cca 20,00 hod. predchádzajúceho dňa, kedy malo dieťa hlienovitú stolicu sfarbenú do hnedá, inú ako zvyčajne, spalo prerušovane s plačom, neprijímalo stravu. Pri vyšetrení o 11,45 hod. všeobecná detská lekárka uvádza TT 37,2 st. C, ďalej sa v zázname píše, že dieťa slabšie pije, stolica riadna, negrckala, močí riadne. Pri kompletnom vyšetrení lekárka konštatovala, že dieťa bolo pokojné, kardiopulmonálny nález v norme, brucho mäkké, priehmatné, tesne pred vyšetrením malo dieťa stolicu, ktorá mala vzhľad stolice dojčeného dieťaťa. Okrem nálezu diskretného sooru na jazyku lekárka nenašla na dieťati žiadny patologický nález. Odporučila naďalej dojčiť, podávať Vigantol a vytierať ústnu dutinu roztokom Entizolu, objednala dieťa na preventívne vyšetrenie v detskej poradni. Matka bola lekárkou poučená, že v prípade ťažkostí má navštíviť ambulanciu, alebo LSPP.

Podľa údajov v podnete dieťa po príchode domov asi 2 hodiny pokojné a potom znovu začalo plakať a neskôr aj grckať, preto vo večerných hodinách navštívili LSPP. V zázname z vyšetrenia z 13.7.2009 (medzi 22. hodinou a polnocou - čas nie je možné verifikovať, nakoľko chýba časový údaj v dokumentácii) sa uvádza, že dieťa je bez teploty, obstipované, brucho meteoristické, ale priehmatné. Lekár dieťa opakovane polohoval, masíroval brucho, pričom dieťa po celý čas kľudné, nereagovalo bolestivo, nezvracalo, nejavilo známky náhlej brušnej príhody. Matku upozornil, že keby dieťa začalo zvracať, má sa okamžite dostaviť na kontrolné vyšetrenie. Podľa údajov matky v podnete sa po príchode domov dieťa budilo zhruba každú hodinu, poplakávalo, grkanie pokračovalo. Ráno 14.7.2009 o cca 9,00 hod. sa s chuťou najedlo, potom zaspalo na 1,5 hodiny, po prebudení znova nakrmené, ale po tomto dojčení začalo prudko zvracať, pričom zvratky išli von aj nosom.

Preto znovu navštívili ambulanciu všeobecnej detskej lekárky, v zázname s časovým údajom 13,30 hod. je uvedené, že dieťa je v somnolentnom stave, sťažene dýcha, v okolí nosa a ústnej dutiny zvyšky nažltlého sekrétu, stonká, akrálna cyanóza, sliznice ružové, tachykardia, dýchanie s vlhkými chropkami, brucho výrazne nad niveau hrudníka, zvýraznená cievna kresba, podbruško cyanotické.

Záver vyšetrenia znel: Ileózný stav, susp. aspirácia črevného obsahu. Lekárka ihneď volala RLP. Nakoľko posádka RLP bola v danom čase nedostupná, lekárka to riešila privolaním RZP, kde sama sprevádzala dieťa, zabezpečila monitorovanie, odsávanie a podávanie O<sub>2</sub> maskou. Medzitým bola vyslaná posádka RLP, ktorá tesne pred cieľovým mestom prevzala dieťa od posádky RZP so všeobecnou lekárkou a transportovala ho na OAİM spádovej nemocnice.

Na OAİM bolo dieťa prijaté 14.7.2009 o 14,32 hod. v šokovom stave. Zišlo sa lekárske konzílium, ktoré stav uzavrelo ako náhla brušná príhoda. Po stabilizácii vitálnych funkcií (sedácia, OTI a napojenie na UPV, infúzna terapia, odsávanie žalúdočného obsahu) dieťa vzhľadom k potrebe operačného riešenia a následnej intenzívnej starostlivosti o novorodenca letecky transportované na vyššie pracovisko - do detskej fakultnej nemocnice.

Na detskej klinike AIM dieťa hospitalizované 14.7.2009 o 16,00 hod. v moribundnom stave, s centralizovaným obehom, na UPV, realizovanými vyšetreniami diagnostikované pneumoperitoneum a voľná tekutina v brušnej dutine, indikované k urgentnej laparotómii s nálezom chylóznej cysty, okolo ktorej bol omotaný radix mesentéria, celé tenké črevo gangrenózne s prítomnosťou 1,5 l fekaloidného obsahu v brušnej dutine. Realizovaná resekcia ilea a duplexná ileostómia, vzhľadom na závažnosť nálezu ponechaná časť čreva na second look revíziu.

Peroperačne aj pooperačne nutná masívna objemová resuscitácia a kombinovaná katecholamínová podpora, laboratórne prítomná ťažká kombinovaná acidóza s hyperkaliémiou a výkyvy glykémie. Podľa rtg hrudníka prítomná bilaterálna pneumónia a fluidothorax, pozitívne aj hemokultúry. Napriek kontinuálnej resuscitačnej starostlivosti došlo k rozvoju MODS a dňa 16.7.2009 o 8,27 hod. k letálnemu exitu.

**Zhodnotenie a záver úradu:** Ťažkosti novorodenca začali vo veku 23 dní, dňa 12.7.2009 vo večerných hodinách, kedy dieťa začalo byť plačlivé, zhoršila sa chuť do jedla. Následne bolo dieťa 2x vyšetrené dňa 13.7.2009 detskými lekármi, pričom neboli zistené známky NBP. K výraznému zhoršeniu klinického stavu došlo 14.7.2009 predpoludním, kedy dieťa začalo profúzne zvracať. Stav bol pri opätovnom príchode na ambulanciu všeobecnej lekárky kritický, čo lekárka aj správne zhodnotila a indikovala okamžitý prevoz do najbližšej spádovej nemocnice. Toto rozhodnutie bolo vzhľadom ku kritickému stavu a potrebe stabilizácie vitálnych funkcií správne. Evidentná bola aj snaha lekárky o maximálne urýchlenie prevozu, keďže sa pre aktuálnu nedostupnosť posádky RLP rozhodla k neštandardnému riešeniu prevozu, keď sama sprevádzala pacientku v spolupráci s posádkou RZP a zabezpečila monitorovanie, odsávanie a oxygenáciu novorodenca v rámci svojich možností. Na OAİM spádovej nemocnice konzílium lekárov konštatovalo kritický stav a rozvoj náhlej brušnej príhody. Dieťa bolo v rámci stabilizácie vitálnych funkcií

zaintubované a napojené na UPV, odsávané a bola podávaná infúzna terapia. Pre potrebu operačného riešenia stavu ako i následnej intenzívnej starostlivosti o novorodenca sa lekársky tím správne rozhodol vzhľadom k podmienkam uvedenej nemocnice o prevoze pacientky na špecializované pracovisko cestou leteckej záchranej služby. V detskej fakultnej nemocnici dieťa po vstupných vyšetreniach na objasnenie príčin stavu urgentne operované, pričom operačný nález diagnostikoval chylóznou cystu mesentéria, okolo ktorej bol otočený radix mesentéria, čo spôsobilo črevnú nepriechodnosť s gangrénou a perforáciou čreva, s následnou akútnou sterkorálnou peritonitídou, rozvojom endotoxínového a septického šoku. Navyše podľa rtg nálezu konštatovaná aj aspiračná bilaterálna pneumónia. Stav v krátkej dobe napriek realizovanému operačnému zákroku a komplexnej resuscitačnej starostlivosti progredoval do rozvoja MODS s letálnym exitom novorodenca.

Chylózna cysta predstavuje mimoriadne zriedkavú vrodenú anomáliu, ktorá sa zistí približne u jedného z 20 000 hospitalizovaných detských pacientov. Klinická symptomatológia môže pritom variovať od náhodného nálezu napr. počas laparotómie realizovanej pre iné príčiny, až po akútnu, život ohrozujúcu vnútrobrušnú príhodu. Ku klasickým prejavom patrí parciálna črevná obštrukcia kombinovaná s hmatným, voľne pohyblivým vnútrobrušným útvarom. Najčastejším spôsobom akútnej prezentácie u detí je obštrukcia tenkého čreva, niekedy spojená s volvulom a infarzáciou čreva. Pri volvule sa zatočia črevné kľučky spolu s mezentériom, čo má za následok poruchu črevnej priechodnosti potencovanú poruchami cirkulácie krvi v črevnej kľučke, čo vedie k ischémii čreva. Tento stav sa môže vyvíjať rýchle (akútny volvulus), alebo pozvoľne. Črevná obštrukcia sa prejaví kŕčovitými bolesťami brucha, distenziou brucha a vracaním s prímiesou žlče. Keď dôjde k poruche mezenterálnej cirkulácie a následnej črevnej ischémii, brucho sa stáva tvrdým, palpačne veľmi citlivým a často je prítomná krv v stolici. Rozvíja sa hypovolémia a šok. Pri rozsiahlom postihnutí čreva mortalita prevyšuje 60 %.

Na základe skutočností zistených pri výkone dohľadu úrad konštatuje, že všetky predmetné vyšetrenia dieťaťa boli realizované štandardným spôsobom. Pri prvých dvoch vyšetreniach anamnéza ani fyzikálny nález nesvedčili pre náhlu brušnú príhodu, nepokoj dieťaťa bolo možné interpretovať ako dojčenskú koliku, ktorá je v tom veku najčastejšou príčinou bolestí brucha. Diagnosticko-terapeutický postup bol správny. Pri treťom vyšetrení lekárka správne diagnostikovala črevnú nepriechodnosť a dokonca i podozrenie na aspiračnú pneumóniu, správne zhodnotila stav dieťaťa ako kritický a správne sa rozhodla pre transport dieťaťa na špecializované pracovisko. Transport pritom nielen zabezpečila, ale sama zaistila lekársky doprovod počas transportu

s poskytnutím nevyhnutnej starostlivosti. Aj tento postup úrad hodnotil ako správny.

Napriek tragickému koncu **diagnosticko-liečebný postup lekárov bol správny**, priebeh ochorenia vykazoval známky perakútneho vývoja, pri ktorom je aj napriek včasnému operačnému zásahu vysoká mortalita; **úrad nezistil porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.**

## **Kazuistiky 2009**

### Odborní recenzenti:

Doc. MUDr. Martin Huřan, CSc. – odbor chirurgia  
MUDr. Juraj Štofko, PhD., MBA, MPH – odbor neurologie  
MUDr. Jozef Kallay, CSc. – odbor gynekologie a pôrodnictvo  
Doc. MUDr. Ján Pařkan, CSc. – odbor traumatologie  
Doc. MUDr. Pavel Āernák, PhD. – odbor psychiatria  
Doc. MUDr. Martin Demeř, PhD., MPH – vnútorné lekárstvo

### Pripravili

MUDr. J. Hlavatý  
MUDr. E. Chlebovičová  
MUDr. Z. Kubová, MPH  
MUDr. E. Sladká  
MUDr. K. Špačková  
MUDr. O. Grollmusz  
MUDr. Z. Fleřarová  
MUDr. Š. Lipčák  
MUDr. N. Regendová  
MUDr. E. Némethová  
MUDr. O. Mancová  
MUDr. V. Stanislavský  
MUDr. M. Vagovič  
MUDr. M. Palková  
PhDr. V. Šebeková, PhD.  
MUDr. E. Šoltýsová  
PhDr. M. Sklenková  
MUDr. R. Martoš

### Zostavili a upravili:

MUDr. Beata Āernáková, PhD., MPH  
Milan Michalič

Tlač: Klemo

Náklad:  
6000 kusov

[www.udzs.sk](http://www.udzs.sk)

©UDZS 2010