

- úrad pre
- dohľad nad
- zdravotnou
- starostlivosťou

# Kazuistiky 2013

# Obsah

Predslov.....	3
---------------	---

## **NESPRÁVNE POSKYTNUTÁ ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ**

Nesprávny postup pri ošetrovaní nestabilnej zlomeniny zápästia .....	4
Manažment u polytraumatizovaného pacienta .....	6
Dôležitosť včasnej reoperácie pri identifikovanom krvácaní .....	9
Bolesť na hrudníku .....	12
Nerozpoznaná komplikácia operácie endometriózy .....	14
Nesprávne vedený pôrod .....	16
Okultný karcinóm prsníka .....	21
Klimatické podmienky ovplyvnili uvažovanie lekára .....	28
Nedostatočný diagnostický postup počas pôrodu .....	31
Pacient spadol – zase vstal (na chvíľu) .....	34
Riešenie komplikácie po gynekologickej operácii .....	35
Používanie neštandardnej diagnostickej metódy .....	38
Nerozpoznaná zlomenina hornej končatiny .....	39

## **SPRÁVNE POSKYTNUTÁ ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ**

Podcenenie závažnosti ochorenia zo strany pacienta .....	42
Závažná komplikácia po podaní desenzibilizačnej liečby .....	45
Zriedkavá komplikácia po tonzilektómii .....	49
Úskalia diagnostiky AKS v praxi lekára LSPP .....	50
Hemoragická kolitída komplikovaná CMP – dg a th problém .....	55
Včasné tehotenstvo diagnostikované CT vyšetrením .....	61
Komplikácia po podaní injekcie? .....	64
Disekujúca aneuryzma hrudnej a brušnej aorty .....	67
Krukenbergov nádor s urýchleným rastom .....	70
Pacient to podcenil .....	74
Komplikácia po endarterektómii.....	77

Použité skratky .....	80
-----------------------	----

*Vážené kolegyně, vážení kolegovia a všetci tí, ktorí práve čítate túto publikáciu.*

*Lekári. Prví ľudia, ktorých zhladneme v sekunde nášho narodenia a mnohokrát patria k posledným v čase nášho odchodu.*

*Lekári. Sú tými, ktorých nepotrebujeme stretávať, pokiaľ nám náš najvzácnejší dar - zdravie - a tiež telo slúžia, avšak, ak začneme pociťovať nejaký zdravotný problém, sú opäť prvými, ktorých vyhľadávame.*

*Vykonávajú svoju prácu profesionálne a erudovane, s najvyššou mierou zodpovednosti - zodpovednosťou za ľudský život. Napriek tomu sú ich výsledky zväčša spomínané a zverejňované, len pokiaľ zdravotná starostlivosť nebola pacientom poskytnutá správne a tá drvivá väčšina náročných medicínskych výkonov, správnych diagnóz a zachránených životov ostáva akoby nepovšimnutá.*

*Ku každému jednému pacientovi pristupujú individuálne. Rutina nie je na mieste, pretože každý prípad je iný, sám o sebe ťažký a veľakrát náročný na kompletne posúdenie. Úlohou Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou je dohliadať na správnosť poskytovanej zdravotnej starostlivosti, poukázať na nedostatky pri jej poskytovaní, a tým úroveň a kvalitu zdravotnej starostlivosti zlepšovať.*

*Cieľom vydania aj tejto publikácie „Kazuistiky 2013“ je upozorniť na možné neobvyklé prípady a postupy v ich náročnom a komplikovanom povolaní, aby sa lekári mohli osobnostne a znalostne rozvíjať spolu s vyliečenými pacientmi.*

*Dovoľte mi v posledných riadkoch ešte vysloviť jedno pranie. Nie frázu o tom, ako sa máme poučiť z vlastných chýb, pretože chyby nerobíme preto, aby sme sa z nich učili. Mojm želaním je, aby sa práca lekára spomínala práve v pozitívnom svetle stále častejšie, na verejnosti, v médiách..., aby sa vyzdvihovali i tie najmenšie, každodenné, bežné, ale niekedy až naozaj excelentné výkony mojich kolegov, lekárov, pretože to je to, čo si skutočne zaslúžia.*

**MUDr. Monika Pažinková, MPH, MBA**  
**predsedníčka úradu**

# Nesprávny postup pri ošetroaní nestabilnej zlomeniny zápästia

Pisateľ podal podnet na prešetrenie jemu poskytnutej zdravotnej starostlivosti pri zlomenine ľavého zápästia. Namietal, že v dôsledku nesprávneho postupu pri repozícii fraktúry ľavého zápästia došlo k trvalému poškodeniu zdravia a k obmedzeniu hybnosti v ľavom zápästí.

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

Pacient bol dňa 27.09.2012 privezený posádkou RZP a následne ošetrovaný na ambulancii CPO. Dôvodom prevozu bol pád z rebríka s poranením ĽHK. Po klinickom a RTG vyšetrení mu bola diagnostikovaná trieštivá intraartikulárna zlomenina dolného konca ľavej vretennej kosti v typickej lokalite s dorzálnym posunom kostných úlomkov (fractura radii distalis I. sin in loco typico intraarticularis comminutiva dislocata – Collesi). Po primárnej repozícii na CPO s nevyhovujúcim postavením fragmentov mu bola na oblasť ľavého zápästia naložená sadrová dlahá, pacient bol poučený o nutnosti následnej repozície v celkovej anestézii. Vzhľadom na to, že odmietol hospitalizáciu, bol na repozíciu objednaný na nasledujúci deň.

Nasledujúci deň (28.09.2012) bol podľa plánu hospitalizovaný na lôžkovom oddelení ortopedickej kliniky, kde mu po nevyhnutnej predoperačnej príprave v deň prijatia bola vykonaná repozícia zlomeniny v celkovej anestézii. Pooperačný priebeh bol bez komplikácií. Na kontrolnej RTG snímke bol prítomný posun distálneho fragmentu zlomeniny dorzálnym smerom hodnotený ako diskretný a akceptovateľný. Po ústupe opuchu s odstupom 3 dní mu bola naložená definitívna sadrová fixácia na celkovú dobu 6 týždňov, dňa 01.10.2012 bol v klinicky dobrom stave prepustený do ambulantnej starostlivosti.

Po prepustení nasledovala séria kontrolných vyšetrení v ortopedickej ambulancii. Pri kontrolnom vyšetrení dňa 08.10.2012, po RTG kontrole, pretrvával dorzálny sklon distálneho fragmentu v akceptovateľnom postavení. Na kontrolné vyšetrenie a odstránenie fixácie bol objednaný o 5 – 6 týždňov od úrazu.

Dňa 12.11.2012, po uplynutí 40 dní od úrazu, bola sadrová fixácia odstránená, klinicky bolí prítomné známky skrátenia vretennej kosti

vľavo s tzv. Madelungovou deformitou ľavého zápästia. RTG nález bol s prítomnosťou dorzálnej dislokácie kostných fragmentov zlomeniny, s luxačným postavením zápästia. Vzhľadom na obmedzenie rozsahu pohyblivosti zápästia (flexia a extenzia obmedzené na polovicu, dukcia na tretinu normy) mu bola odporučená rehabilitácia a fyzikálna liečba. Do liečby boli pridané preparáty vápnika, vitamín D3 a chondroprotektíva. Na kontrolné vyšetrenie bol objednaný o 4 – 6 týždňov po ukončení rehabilitácie.

Na kontrolnom vyšetrení dňa 20.12.2012, po ukončení asistovanej ambulantnej rehabilitácie, pretrvávala deformita ľavého zápästia s obmedzením rozsahu pohyblivosti – obmedzenie dorziflexie na tretinu normy, volárna dukcia bola 10 st. Bolo mu odporučené ďalej pokračovať v rehabilitácii. Do liečby boli pridané antireumatiká. Kontrola bola plánovaná o mesiac. S navrhovanou operačnou revíziou a osteotómiou distálneho rádia vľavo pacient nesúhlasil.

Pri vyšetrení dňa 26.02.2013 bolo rovnako konštatované ťažké obmedzenie rozsahu pohyblivosti ľavého zápästia – dorziflexia na polovicu, volárna dukcia minimálna, radiálna dukcia 25 st., ulnárna dukcia 0. Stav bol hodnotený ako trvalý, pri ťažkostiach mu bola odporučená artrodéza zápästia vľavo.

### **Zistené skutočnosti a nedostatky**

Pri prvotnom vyšetrení v deň úrazu na CPO bola na základe klinického a RTG vyšetrenia správne stanovená diagnóza – fractura radii distalis l. sin in loco typico intraarticularis comminutiva dislocata – Collesi. V posudzovanom prípade išlo o typický primárne nestabilný typ zlomeniny (trieštivá zóna + zlomenina bodcovitého výbežku lakt'ovej kosti).

Bez fixácie kostných fragmentov osteosyntetickým materiálom nemá ani exaktná a technicky dokonalá repozícia šancu na dlhodobý úspech. Po ústupe opuchu nevyhnutne dôjde k redislokácii fragmentov, k ich „zrúteniu“ dorzálnym a radiálnym smerom s následným vznikom typickej – tzv. Madelungovej deformity, inkongruenciou rádiokarpálneho skĺbenia a z toho rezultujúceho ťažkého poškodenia funkcie zápästia.

V súčasnej dobe je základným pravidlom liečby zlomenín dolného konca vretennej kosti:

1. obnovenie dĺžky vretennej kosti,
2. obnovenie negatívnej hodnoty rádiokarpálneho uhla,
3. obnovenie kongruencie artikulačnej plochy rádiokarpálneho skĺbenia.

V posudzovanom prípade ani jedna z týchto základných podmienok splnená nebola. Adekvátnym postupom by bola urgentná (v ideálnom prípade v deň úrazu) operačná intervencia – zatvorená repozícia vo vertikálnom ťahu s perkutánnou fixáciou fragmentov K drôťmi, v prípade neúspechu zatvorenej repozície krvavá repozícia s osteosyntézou uhlovostabilnou platňou a skrulkami.

### **Záver**

**Zdravotná starostlivosť nebola poskytnutá správne podľa § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 576/2004 Z. z.“).**

## **Manažment u polytraumatizovaného pacienta**

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

28-ročný pacient bol privezený dňa 29.10.2012 o 21.45 h na urgentný príjem NsP po čelnom náraze osobného vozidla, ktoré viedol nepripútaný. Pri vyšetrení bol TK 115/77, P 118/min. Neurologicky bol vyšetrený so záverom: sekundárny úraz hlavy a odporučil sa ďalší postup. O 22.26 h sa realizovalo špirálové celotelové CT vyšetrenie, pri ktorom boli zistené viacpočetné poranenia - zlomenina tvárových kostí, kontúzia pľúc, zlomenina acetabula vľavo, zlomenina massa lateralis sacri vpravo, obojstranná zlomenina diafýzy stehnovej kosti a zlomeniny processu transversari Th12.

O 23.30 h bol prijatý na JIS traumatologického oddelenia, kde boli sledované vitálne funkcie a naložená transskeletárna trakcia stehnovej kosti obojstranne. Ordinovali sa základné liečebné opatrenia, biochemické vyšetrenia a monitorovanie v rámci intenzívnej starostlivosti.

Druhý deň (30.10.2012) sa stav pacienta považoval za relatívne stabilizovaný, čo bol zrejme dôvod, že v liečebnom procese ani v biochemickom skríningu sa neurobili žiadne opatrenia, ktoré by ozrejmili vznik stredne ťažkého stupňa posthemoragickej anémie (pokles Hb zo 117 na 79). Bola podaná hemosubstitúcia, vzhľadom na nález malého množstva voľnej tekutiny v dutine brušnej bola ordinovaná parenterálna výživa a infúzna liečba.

Bilancia tekutín bola po celý čas pobytu vedená nepresne, preto bola interpretácia nálezu v krvnom obraze komplikovanejšia. Bolo vykonané USG brucha s nálezom zväčšenej pečene.

Postupne sa saturácia Hb kyslíkom znižovala, dňa 31.10.2012 dosahovala intermitentne kritické hodnoty (60, 80 a 90 %), psychický stav pacienta sa zhoršoval. Opakovane bolo vykonané USG brucha s nálezom: možný fluidothorax vľavo, voľná tekutina okolo sleziny, hematóm laterovezikálne vpravo; pri CT vyšetrení brucha neboli zistené evidentné traumatické zmeny na parenchymatóznych orgánoch.

Stav dňa 01.11.2012 vyústil do terminálneho štádia ARDS. O 17.55 h nasledoval preklad na OAIM a následne na KAIM iného poskytovateľa ústavnej zdravotnej starostlivosti (FN).

Objektívne pri prijatí bol pacient zaintubovaný, s analgosedáciou, na UPV (režim P-SIMV), s hypoxémiou (oxygenačný index 103), hypotenzný (TK 90/48), oligoanurický. Bol uložený na resuscitačné lôžko, monitorovaný, kontinuálne analgosedovaný, bola zavedená nazogastrická sonda, kanylovaná artéria, vymenený permanentný močový katéter, preintubovaný, zavedený CVK cestou v. subclavia l. dx, RTG kontrola polohy (správna, bez PNO), natočené EKG. Urobené odbery, napojený na ventilátor s nutnosťou agresívneho ventilačného režimu (APRV), s vysokým PEEPom (1,2 kPa) a FiO<sub>2</sub> (0,5). Cirkuláciu bolo nutné podporovať katecholamínmi. Pri komplexnej liečbe sa podarilo stav pacienta stabilizovať, boli vysadené katecholamíny, ventilačný režim sa zmenil na menej agresívny, voľný myoglobín poklesol. Pacient bol pripravovaný na operačné riešenie. Dňa 05.11.2012 bol zrealizovaný operačný výkon – osteosyntéza oboch stehnových kostí. Dňa 12.11.2012 absolvoval CT panvy, na základe výsledku traumatológ indikoval operačný výkon na panve na 13.11.2012. Podľa RTG hrudníka z tohto dňa bol pľúcny parenchým bez ložiskových tieňov, zmnožená BVK, cor bez známok kardiomegálie. Pacient bol pri plnom vedomí, cirkulačne aj ventilačne stabilizovaný, dňa 15.11.2012 preložený na JIS TOK a dňa 20.11.2012 na oddelenie TOK.

### **Zistené skutočnosti**

28-ročný pacient s poranením skeletu tváre, kontúziou hrudníka, zlomeninou transverzálnych výbežkov stavcov, zlomeninou massa lateralis sacri, zlomeninou acetabula a obojstrannou zlomeninou diafýzy stehrovej kosti mal po prijatí na oddelenie zaistené venózne vstupy, sledovaný príjem - výdaj tekutín a základné laboratórne vyšetrenia (KO, biochémia, oxygenácia).

Pri prijatí tak závažného polytraumatizmu mal byť zavedený invazívny monitoring (CVK, arteriálna linka, hodinová diuréza).

Zlomeniny stehnových kostí boli stabilizované transskeletárnou trakciou obojstranne so záťažou 7 kg. Použitie obojstrannej trakcie bolo kontraproduktívne, nakoľko pacient nevie vykonať protiťah zdravou končatinou a výsledkom je stiahnutie pacienta až na čelo postele, kde sa končatiny oprú a trakcia stráca funkciu. Zároveň pre tento typ zlomeniny je to krajná možnosť stabilizácie pri zlyhávajúcom pacientovi, aj vtedy je vhodnejšie využiť fixáciu externým fixátorom, ktorého použitie je rýchle, jednoduché a poskytuje podstatne lepšiu fixáciu v prípade nemožnosti rýchlej definitívnej stabilnej fixácie.

V dňoch 30.10.2012 a 31.10.2012 bol pacient kompenzovaný, čo bolo treba využiť na definitívnu stabilnú fixáciu oboch stehnových kostí najvhodnejšie vnútrodreňovým klincom. Ponechanie oboch zlomenín na trakcii malo za následok ďalšie prehĺbovanie traumatického šoku a v konečnom dôsledku ARDS. Vzhľadom na charakter zlomeniny panvy a acetabula, tieto mohli byť definitívne ošetrené po stabilizácii pacienta.

Po preštudovaní zdravotnej dokumentácie úrad konštatoval, že v priebehu celej hospitalizácie v NsP bol pacient hranične kompenzovaný (tachykardia, tachypnoe, klesajúci Hb, narastajúca oligúria), čo bolo maskované nedostatočným, resp. málo agresívnym monitoringom a vyústilo do zlyhania.

Po ortopedickej stránke bolo treba využiť celkovo dobrý status prvých 24 až 48 hodín po prijatí na stabilnú osteosyntézu stehnových kostí, čo by bolo v súlade s princípmi „damage control“ pri polytraumatizovanom pacientovi.

Liečebné opatrenia nezodpovedali zdravotnému stavu pacienta, resp. jeho meniacemu stavu. Aj pri minimálnom množstve sledovaných parametrov sa dal stav hodnotiť ako zhoršený, no nedošlo k zmene alebo úprave liečebných postupov pri zhoršení funkcie niektorých orgánov (pokles diurézy, pokles saturácie HbO<sub>2</sub>, cirkulačná instabilita, psychický stav s prejavmi motorického nepokoja, až agresivity, ktorého dôvodom bola postupne sa rozvíjajúca hypoxia orgánových systémov). Podávanie betablokátorov, ak sa aplikovali s cieľom upraviť tachykardiu, bolo v danom stave kontraindikované. Okrem iného aj preto, že ovplyvnili inhibične sympatickú adrenergnú reakciu organizmu. Taktika podávania tekutín, ich zloženie, hodnotenie efektívneho cirkulujúceho objemu krvi boli absolútne nedostatočné a zodpovedali možnostiam, ktoré boli k dispozícii v 60. a na začiatku 70. rokov minulého storočia.



Biochemické sledovanie a technické monitorovanie bolo nezodpovedné a nedostatočné, bez možnosti hodnotiť meniaci sa stav pacienta, najmä funkciu pľúc. Bolo preto nemožné definovať začiatok respiračného zlyhávania. Stav 01.11.2012 bol vyústením do terminálneho štádia ARDS.

#### **Zistené nedostatky**

- nerealizovanie indikácie uloženia pacienta na OAIM hneď pri prijatí, nakoľko si to stav pacienta vyžadoval,
- nerealizovanie dostatočne agresívneho monitoringu pacienta s polytraumou (CVK, hodinová diuréza, arteriálna linka), ktorý zodpovedá princípom intenzívnej medicíny,
- nerealizovanie včasného vyhodnotenia zdravotného stavu pacienta, zmien alebo úprav liečebných postupov pri zhoršení funkcie niektorých orgánov,
- nesprávne podávanie betablokátorov s cieľom upraviť tachykardiu, ktoré bolo v danom stave kontraindikované,
- nesprávne zvolený typ stabilizácie zlomenín stehnových kostí.

#### **Záver**

Poskytovaná **zdravotná starostlivosť** nezodpovedala princípom intenzívnej starostlivosti, ktorá vzhľadom k rozsahu poranení bola jednoznačne indikovaná; **zdravotná starostlivosť nebola poskytnutá podľa § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.**

## **Dôležitosť včasnej reoperácie pri identifikovanom krvácaní**

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

65-ročný pacient bol dňa 12.01.2012 prijatý na chirurgickú liečbu na urologické oddelenie FNsP s diagnózou nádoru pravej obličky, ktorý bol potvrdený CT vyšetrením. Dňa 17.01.2012 o 11.15 h bol začiatok anestézie a od 11.30 h bola vykonaná z pravostrannej lumbotómie nefrektómia. Operačný priebeh podľa operačného záznamu bol nekomplikovaný, peroperačne nebolo potrebné podať transfúziu krvi. Ukončenie operácie o 13.43 h.

Z operačnej sály bol pacient preložený o 14.00 h na OAIM - zaintubovaný s noradrenalinom, dýchal spontánne cez ET rúčku. O 14.15 h bol extubovaný, pri vedomí. O 14.30 h pri úprave lôžka pacienta bolo zistené výrazné krvácanie z drénu z operačnej rany (približný odhad 2 l krvi), bolo volané urologické konzílium, ale urológ neindikoval revíziu operačnej rany. Pacient bol ďalej liečený štandardným spôsobom ako hemoragický šokový stav.

Urológ indikoval o 16.45 h prvú revíziu, ktorá sa vykonala v čase od 17.00 h do 18.55 h. Pri revízii sa našli početné koaguló v celom retroperitoneálnom priestore a zdroj krvácania z veľkých hilových ciev obličky. Krvácanie bolo zastavené opichovými a jednoduchými ligatúrami, bolo použitých 50 veľkých a 55 malých rúšok. Pacient po operácii bol prevezený na OAIM.

O 23.00 h bol opäť zaznamenaný krvavý obsah z drénu (asi 500 ml). Urológ preto znovu indikoval operačnú revíziu, ktorá bola vykonaná dňa 18.01.2012 v čase od 00.20 h do 00.54 h. Pri tejto revízii sa evidentný zdroj krvácania nepotvrdil, našlo sa iba difúzne krvácanie. O 02.00 h bola vykonaná kontrola pacienta urológom na OAIM. Pacient bol relatívne stabilizovaný, do drénu išlo minimum obsahu. V skorých ranných hodinách sa opäť šokový stav pacienta prehĺbil a napriek intenzívnej protišokovej terapii došlo dňa 18.01.2012 o 17.15 h k exitu.

Podľa pitevného protokolu vypracovaného na základe pitvy na oddelení patologickej anatómie bol príčinou smrti posthemoragický šok, základnými chorobami boli: svetlobunkový karcinóm z renálnych buniek pravej obličky, stav po pravostrannej nefrektómii a následných reoperáciách pre krvácanie.

### **Zistené skutočnosti**

Pacient bol hospitalizovaný na urologickom oddelení FNŠP dňa 12.01.2012 pre nádor dolného pólu pravej obličky a bol u neho plánovaný operačný zákrok. Po štandardných predoperačných vyšetreniach a príprave bol dňa 17.01.2012 vykonaný operačný výkon - pravostranná nefrektómia z lumbotomického prístupu.

Indikácia operačného výkonu bola správna. Bezprostredne po operácii, približne pol hodiny od prekladu pacienta z operačnej sály na OAIM z dôvodu obehovej instability (podávaný Noradrenalin a Voluven) sa zaznamenalo krvácanie z drénu z operačnej rany. Podľa údajov v záznamoch z OAIM išlo o stratu približne 2 litrov krvi (koagulum veľkosti detskej hlavy).

Krvácanie v takom rozsahu po nefrektómii, ktorú vzhľadom na veľkosť nádoru a jeho lokalizáciu možno pokladať za jednoduchú, je neobvyklé a vyžaduje okamžitú revíziu retroperitoneálneho priestoru. Revízia však nebola konzultujúcim urológom indikovaná. Preto sa pokračovalo v štandardnej liečbe šokového stavu, ktorý sa prehlboval a ani po opakovanej konzultácii nebola indikovaná revízia operačnej rany. Po ďalšej konzultácii urológa o 16.30 h, kedy bol stav pacienta kritický, sa indikovala revízia retroperitoneálneho priestoru. Pri revízii sa zistilo krvácanie v blízkosti hilu, ktorý bol uzatvorený ligatúrami. Krvácanie bolo zastavené a na konci operačnej revízie neboli známky krvácania z retroperitoneálneho priestoru. Po prechodnej čiastočnej úprave stavu sa opäť zaznamenalo odvádzanie krvavého obsahu, približne 500 ml z drénu v retroperitoneálnom priestore. Urológ indikoval ďalšiu revíziu, pri ktorej sa nezistil významnejší zdroj krvácania a urobila sa mechanická kompresia menšieho difúzneho krvácania rúškami. V skorých ranných hodinách sa stav pacienta ďalej zhoršil a napriek intenzívnej liečbe dňa 18.01.2012 o 17.15 h exitoval. Pri prijatí na OAIM bola prítomná leukocytóza 13,8; o 16.36 h 15,2; o 19.44 h 21,5; o 22.50 h 16,2. Leukocytóza v tomto prípade poukazovala na akútne krvácanie. Sumárne mal pacient v priebehu 24 hodín transfúzne podaných 14 erytrocytárnych más, 7 plaziem a 1 trombocyty; okrem toho ďalšiu komplexnú terapiu. Pacient bol rizikový vzhľadom na existujúcu hypertonickú chorobu, mal (ako to vyplýva z pitevného protokolu) aj aterosklerózu koronárnych tepien a myofibrózu myokardu. Z pohľadu kardiovaskulárnej zdatnosti bol oslabený v schopnosti kompenzovať záťaž. V tomto prípade išlo o záťaž krvácaním, ktoré bolo masívne (2 litre krvi a početné koaguló v celom retroperitoneálnom priestore). Pacient bol v prolongovanom hemoragickom šoku, ktorý spôsobil multiorgánové zlyhanie (dýchanie, obeh, obličky), ktoré následne viedlo k jeho smrti. Príčinou úmrtia, a to potvrdila aj patologicko-anatomická pitva, bol hemoragický šokový stav. Krvácanie po nefrektómii sa môže vyskytnúť, môže byť intenzívne, ohrozujúce život pacienta. Vždy je však potrebná bezprostredná revízia po zistení výrazného krvácania. Je to jediný spôsob ako zabrániť možnému prechodu do ireverzibilného štádia hemoragického šokového stavu a fatálnemu koncu. U pacienta išlo o intenzívne krvácanie z miesta po odstránenej obličke a premeškal sa čas, ktorého dodržanie bolo podmienkou úspešného zvládnutia vyskytnutej komplikácie a možnej úpravy celkového stavu.

Už v čase potrebnej reintubácie dýchacích ciest, zhoršenia vedomia pacienta a objavenia sa väčšieho množstva zrážajúcej sa krvi vo vrecku drénu (od 14.30 do 14.40 h) bolo potrebné pristúpiť k operačnej revízii.

#### **Zistené nedostatky**

- revízia operačnej rany po nefrektómii, ktorá mala byť bezprostredne indikovaná po identifikácii krvácania o 14.30 h, bola oddialená až do 17.00 h v období rozvinutého ťažkého hemoragického šoku, čím nebola zabezpečená včasná a tým aj účinná liečba komplikácie.

#### **Záver**

Zdravotná starostlivosť nebola poskytnutá správne, výkonom dohľadu na mieste úrad zistil porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.

## **Bolesť na hrudníku**

#### **Anamnéza a objektívne vyšetrenie**

Dňa 21.05.2013 bol uskutočnený výjazd posádky RLP k pacientke s údajmi o bolestiach na hrudníku a trpnutím rúk.

V zázname o zhodnotení zdravotného stavu vyšetrovanej osoby boli uvedené tieto údaje: Hlásenie o 4.15 h, výjazd o 4.16 h, príchod o 4.22 h, ukončenie o 4.38 h.

Anamnéza: sťažené dýchanie, užila Nitroglycerin, stav sa nezlepšil, trpnutie končatín, lieky žiadne pravidelne neberie, lieči sa na glaukóm.

Objektívne vyšetrenie: pacientka pri vedomí, orientovaná, kardiopulmonálne kompenzovaná, hyperventiluje; TK 90/50, P 80/min, saturácia O<sub>2</sub> 99 %; fyzikálny nález interný aj neurologický bol popísaný ako fyziologický.

Diagnóza: Hyperventilácia a reakcia na stres. Therapia: Lexaurin 3,0 mg p. o. Rozhodnutie: ponechať na adrese, kontrola u obvodného lekára.

Druhý výjazd posádky RLP bol o 11.57 h toho istého dňa: konštatovaný exitus letalis. Vzhľadom ku klinickému nálezu už nebola realizovaná resuscitácia.

Podľa pitevného protokolu vypracovaného na základe pitvy na oddelení patologickej anatómie bolo príčinou smrti zlyhanie činnosti srdca, základnou chorobou bolo generalizované skôrnatenie tepien II. – III. stupňa.

### **Zistené skutočnosti**

Pobyt posádky RLP na adrese bol 13 minút, za taký čas sa iste dá pacient dostatočne vyšetriť, ale určite sa nedá sledovať klinický stav, eventuálne účinok podanej liečby.

Nitroglycerín má jedinú indikáciu: užiť ho ako prvú pomoc pri angine pectoris. Fakt, že ho mala pacientka k dispozícii, je jednoznačným dôkazom, že sa liečila na ICHS. Bolo treba aktívne zisťovať priamymi otázkami prítomnosť rizikových faktorov, pýtať sa na ošetrojúcich lekárov, anamnéza bola nedostatočná.

U ženy v strednom veku bola zistená hypotenzia, preto bola na mieste okrem otázok o možnom liekovom ovplyvnení (pacientka v skutočnosti užívala antihypertenzívum Lokren) určite aj kontrola TK. V tomto prípade bola zistená hypotenzia dôležitým indikátorom pre diagnózu náhlejšieho srdcového príhody.

Hyperventilácia je vlastne symptóm a reakcia na stres je pokus o jeho vysvetlenie, ale nie je to klinická diagnóza.

Podanie anxiolytika bolo symptomatickou liečbou nesprávne stanovenej diagnózy.

Správnym rozhodnutím by bolo neponechať pacientku na adrese, ale previezť ju na hospitalizáciu.

### **Zistené nedostatky**

- nebola dostatočne odobratá anamnéza pacientky (chýbali údaje o hypertenzii, fajčení),
- nebol dostatočne zhodnotený klinický obraz (hypotenzia),
- nebolo urobené EKG,
- nebola odporúčaná hospitalizácia.

### **Záver**

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

### **Doplnenie**

Diferenciálna diagnostika bolestí na hrudníku je jednou z najčastejších vo vnútornom lekárstve, ale aj v urgentnej medicíne. Základným pravidlom je zamerať sa na život ohrozujúce ochorenia - hľadať príznaky infarktu myokardu, pľúcnej embólie. Ak nie je možné

jednoznačne vylúčiť takúto diagnózu, je vždy zodpovednejšie odoslať pacienta na hospitalizáciu, príp. na odborné vyšetrenie. Tento prípad je toho jednoznačným dôkazom.

## **Nepoznaná komplikácia operácie endometriózy**

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

Pacientka pre asi 3 roky trvajúce ťažkosti s extragenitálnou, histologicky verifikovanou endometriózou, po 2 operáciách na gynekologickej klinike, s následnou 6 mesiacov trvajúcou hormonálnou liečbou bola pre pretrvávajúce ťažkosti odporučená svojim zmluvným gynekológom na operačné riešenie endometriózy rektovaginálneho septa.

Pred operáciou bolo vykonané gynekologické a CT vyšetrenie zamerané na oblasť malej panvy. Po príprave, odbere laboratórných vyšetrení, realizovaní interného predoperačného vyšetrenia a predanestetického vyšetrenia bola vykonaná operačná extirpácia endometriózných ložísk (potvrdených histologickým vyšetrením), pričom počas operácie došlo k poraneniu análneho sfinktera. Táto komplikácia bola riešená operatárom sutúrou počas operácie. Pri záverečnej kontrole po operácii nebol defekt rektálnej steny operatárom pri vyšetrení per rectum zistený. V pooperačnom období bola pacientka liečená lokálne Entizolom, mala ordinovanú kašovitú stravu. Na tretí pooperačný deň bola prepustená do ambulantnej starostlivosti, podľa prepúšťacej správy bez peroperačných komplikácií.

V deň prepustenia z GPO bola pacientka v poobedňajších hodinách neodkladne prijatá na chirurgické oddelenie nemocnice s anamnézou objavenia sa výtoky stolice z operačnej rany.

Pri objektívnom vyšetrení bola zistená prítomnosť rany o dĺžke cca 7 cm, v jej mediálnej časti s dehiscenciou, výtok stolice a fistula v oblasti rany, lokalizovaná perianálne na perineu. Stav bol diagnosticky uzavretý ako anorektálny absces. Po predoperačnom vyšetrení bola v celkovej anestézii realizovaná revízia a sutura rekta, vagíny a sfinktera, s následnou toaletou a drenážou.

Následne bola pacientka druhý deň po operácii, na žiadosť príbuzných, preložená na vyššie chirurgické pracovisko, kde po diagnostikovaní iatrogénnej rektovaginálnej fistuly bola v deň prijatia vykonaná dočasná odľahčovacia axiálna sigmoidostómia. Po 9 dní trvajúcej hospitalizácii bola pacientka prepustená do ambulantnej starostlivosti v dobrom stave, rana sa hojila per primam intentionem, drén z perinea bol odstránený, stehy boli ponechané. Bola odporučená ambulantná kontrola s perspektívnym odstránením stómie.

### **Zistené skutočnosti a nedostatky**

Pre ťažkosti spôsobené extragenitálnou, histologicky potvrdenou endometriózou, po dvoch operáciách na klinickom pracovisku, s následnou 6 mesiacov trvajúcou neúspešnou hormonálnou liečbou bola pacientka prijatá na operačné riešenie jej zdravotného stavu. Pred operáciou bolo vykonané gynekologické a CT vyšetrenie zamerané na oblasť malej panvy. Nebolo vykonané vyšetrenie per rectum, rekto-vaginálne vyšetrenie, TVS vyšetrenie, endorektálne sono vyšetrenie, rektoskopia, chirurgické konziliárne vyšetrenie, event. NMR oblasti perinea a rekta, ktoré boli vzhľadom k anamnéze (endometrióza, opakované chirurgické zákroky a neúspešná a nedostatočná hormonálna liečba) nevyhnutnou podmienkou pred takýmto typom operácie. Vzhľadom k uvedenému, mala byť operácia vykonaná na vyššom špecializovanom pracovisku. Ak sa operátor rozhodol pre riešenie v nemocnici nižšieho typu, mala byť pred operáciou vykonaná črevná príprava a vzhľadom k lokálnemu nálezu mala byť operácia vykonaná minimálne v spolupráci s chirurgom a s prípravou pacientky k eventuálnej kolostómii. Podľa operačného protokolu došlo počas výkonu k poraneniu análneho sfinktera, ktoré operátor ošetril sám. Po operácii neboli aplikované antibiotiká celkovo, len lokálne. Vzhľadom k charakteru ochorenia, anamnéze, typu operácie a poraneniu počas operácie mala byť aplikovaná predoperačná profylaxia antibiotikami a následná pooperačná celková antibiotická liečba s preferenciou dlhšej hospitalizácie. Vznik komplikácie počas operácie sa dal predpokladať, bolo nutné vykonať adekvátne preventívne diagnostické a následne terapeutické úkony na jej minimalizovanie, čo v tomto prípade nebolo zabezpečené. Vzhľadom k charakteru ochorenia a vzniknutej komplikácii počas operácie mala byť preferovaná dlhšia hospitalizácia s nutnosťou sledovania stavu pacientky.

Riešenie vzniknutej komplikácie na chirurgickom oddelení v rámci neodkladnej starostlivosti bolo správne, mala však nasledovať odľahčovacia kolostómia. Nakoľko však pacientka bola preložená na vyššie pracovisko, nie je jednoznačne možné posúdiť, či bolo v pláne chirurgického oddelenia takýto postup zrealizovať.

Záverom možno konštatovať, že boli prítomné závažné rizikové faktory svedčiace pre recidívu endometriózy, ktorá bola riešená už v minulosti, a to tak chirurgicky ako aj medikamentózne. Z hľadiska terapie išlo o stav, ktorý mohol byť riešený konzervatívne s následnou operáciou alebo bez nej, ako aj primárne operačne. Z tohto pohľadu rozhodnutie sa pre primárne operačné riešenie považujeme síce za menej vhodné, ale možné, a preto nie nesprávne. Ako nesprávne však hodnotíme nedostatočné predoperačné diagnostické postupy, nedostatočnú predoperačnú prípravu, neadekvátne personálne riešenie operácie, sporné riešenie peroperačnej komplikácie pri poranení sfinktera, ako aj spôsob a formu pooperačnej starostlivosti na GPO.

### **Záver**

Výkonom dohľadu úrad konštatoval, že **zdravotná starostlivosť** zo strany prvého PZS **nebola poskytnutá správne, podľa § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.**

## **Nesprávne vedený pôrod**

Právny zástupca pacientky žiadal prešetriť zdravotnú starostlivosť poskytovanú pacientke v súvislosti s pôrodom. Dňa 14.12.2012 prišla pacientka do nemocnice po tom, čo u nej nastali pôrodné bolesti. Do zdravotníckeho zariadenia sa dostavila po 22.00 h, o 24.00 h dieťa porodila a o 00.45 h bola konštatovaná po pokusoch o resuscitáciu smrť dieťaťa. Službukonajúca lekárka podľa podania neakceptovala žiadosť o privolanie dohodnutého pôrodníka, ani to, že rodička evidentne so spontánnym pôrodom nesúhlasila.

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

Pacientka pravidelne navštevovala prenatálnu poradňu od 14.05.2012, kedy jej bola diagnostikovaná gravidita zodpovedajúca 6. týždňu a 6. dňu tehotnosti. Spolu absolvovala 10 prenatálnych prehľadov. V 22. týždni gravidity mala pacientka lokálne preliečenú vaginálnu infekciu aplikáciou vaginálneho krému (2 % Dalacin).



Pre anémiu užívala preparát železa a kyselinu listovú, pre nepravidelné tonizácie uteru magnéziom. Skriningovým vyšetrením bola zistená pozitivita Streptococcus agalactiae. Pacientka bola zmluvnou gynekologičkou odoslaná na interné predoperačné vyšetrenie pre možný cefalopelvický nepomer. Dňa 05.12.2012 pri vyšetrení prietokov bol plod bez známkohrozenia hypoxiou. Posledná prenatálna prehliadka bola realizovaná dňa 14.12.2012 s prítomnosťou občasných tonizácií uteru.

Dňa 14.12.2012 bola pacientka prijatá na GPO ako secundigravida v 39. týždni gravidity s pravidelnou pôrodnou činnosťou. Pohyby plodu cítila dobre, nekrvácala, bolesti udávala každých 10 minút, plodová voda zachovaná. Anamnéza rodinná a osobná boli bez pozoruhodností, v gynekologickej anamnéze bol uvedený údaj o pôrode v r. 2011 (3550/ 52; abnormálna rotácia hlavičky). Vstupné orientačné interné vyšetrenie vykonané pôrodnikom bolo negatívne. Rozmery panvy boli v norme (24, 29, 33, 21 cm). Vo vaginálnom náleze bolo hrdlo takmer spotrebované, bránka na 2 cm, hlavička naliehala na vchod vo vaku blán, pacientka nekrvácala, plodová voda bola zachovaná. Vyšetrenie so záverom Graviditas hebdom. 39, GBS pozit. Pacientka bola prijatá na pôrodnú sálu. Ozvy plodu auskultačne 138/min, kontrakcie v 3 minútových intervaloch. CTG záznam sa v zdravotnej dokumentácii nenachádzal. USG vyšetrenie - jeden plod v polohe hlavičkou, akcia srdca a pohyby plodu prítomné, BPD 97, TTD 110, placenta pravá hrana gr. III, AFI v norme. Pacientke bol podaný Buscopan 1 amp. i. m., 2 g MgSO<sub>4</sub> i. v., Ampicilín 1 g i. v. Ordinované bolo aj podanie Plegomazinu, ktorý podaný nebol. V čase o 22.45 h ozvy plodu zaznamenané nečitateľne 108 ?, 128 ? alebo 138 ?/ minútu.

O 23.10 h CTG monitoring, na zázname prístrojovo zaznamenané časové údaje, cit. "... 00:00 04.04.44, ...00:10 04.04.44, ...00:20 04.04.44..." (podľa písomnej poznámky CTG realizovanej o 23.10 h).

V čase o 23.30 h záznam v zdravotnej dokumentácii o zachytení bradykardie plodu na CTG, zavolaná operačná hotovosť. Pacientka nespolupracovala, bola nepokojná, pretláčala. Vo vaginálnom náleze hrdlo spotrebované, bránka na 7 cm, hlavička začínala vstupovať malým oddielom, pacientka nekrvácala.

V čase o 23.35 h kontrola oziev podľa USG 125/minútu, pravidelné.

O 23.45 h kontrakcie v 2 minútových intervaloch. Ozvy plodu 90 - 110/minútu. Podaný kyslík. Z bránky ostával 1 cm lem, hlavička plodu vstupovala malým oddielom.

V čase o 23.50 h bránka zašla, tlačenie. O 24.00 h počas 5 - 6 kontrakcií porodený hypotonický plod mužského pohlavia, 4100 g, 54 cm, odovzdaný neonatológovi. APGAR skóre 0/0/0.

Zo záznamov v pôrodopise:

*I. pôrodná doba:* začiatok kontrakcií 14.12.2012 o 20.00 h, odtok zelenej plodovej vody 14.12.2012 o 22.55 h, doba trvania 3 h 50 minút;

*II. pôrodná doba:* bránka otvorená 14.12.2012 o 23.50 h, pôrod 14.12.2012 o 24.00 h, trvanie 10 minút;

*III. pôrodná doba:* pôrod placenty 15.12.2012 o 00.10 h, trvanie 10 minút.

Celkovo doba trvania pôrodu: 4 hodiny 10 minút.

Priebeh hospitalizácie pacientky po pôrode – šestonedelie bolo nekomplikované, podávaný bol agonista dopamínu Medocriptine, podaná infúzia s oxytocínom. Pacientka bola prepustená do ambulantnej starostlivosti dňa 17.12.2012, na tretí deň puerperia. Odporúčaná kontrola u zmluvného gynekológa po šestonedelí, vyviazať prsia, ešte 11 dní pokračovať v liečbe Medocriptine 1 tbl. v 12 hodinových intervaloch.

Podľa stanoviska PZS o „dohode“ rodiť cisárskym rezom pacientka službukonajúcu lekárku neinformovala. Podľa sonografického vyšetrenia, zistených rozmerov, priestrannosti panvy pacientka spĺňala podmienky na vaginálny pôrod. Po prijatí sa pôrodná činnosť stupňovala, bola nadmerná, v čase o 22.45 h boli pacientke podané intravenózne 2 g magnézia ako tokolytikum, Buscopan. Vstupné CTG pre nespoluprácu pacientky nebolo realizované, ozvy plodu boli počúvané pomocou CTG sondy.

Podľa záznamu neonatológa dieťa po spontánnom pôrode záhlavím nejavilo známky života, akcia srdca prítomná nebola, nedýchalo, bolo atonické, cyanotické, reflexy nevýbavné. Zahájená bola intenzívna resuscitácia, lekár OAIM dieťa intuboval, napojené bolo na prístrojovú pľúcnu ventiláciu, realizovaná oxygenoterapia, zavedená NGS, dieťa bolo opakovane odsávané. Podávaný adrenalín. Resuscitácia bola ukončená po 45 minútach. V čase o 00.45 h bol konštatovaný exitus letalis.

Pitvou zistená príčina smrti: adnátna obojstranná pneumónia, komplikácia základnej choroby: aspirácia plodovej vody, základné ochorenie: smrť novorodenca v priebehu pôrodu, edém mozgu.

Vo výsledku bioptického vyšetrenia pupočníka zistený edém bez zápalu, plodové blany so stredne ťažkou akútnou chorioamnionitídou ascendentného typu, placenta s reaktívnou (hypoxickou) proliferáciou trofoblastu.

## Zistené skutočnosti

Pacientka bola dňa 14.12.2013 v čase o 22.30 h prijatá v 39. týždni gravidity s pravidelnou pôrodnou činnosťou. Pri prijatí bolo odporučené CTG vyšetrenie, záznam a ani vyhodnotenie záznamu neboli súčasťou dostupnej zdravotnej dokumentácie. CTG záznam, ktorý bol súčasťou zdravotnej dokumentácie, mal nesprávne zaznamenaný čas a dátum. Podľa dopísaného údaju na zázname a aj vyjadrenia PZS začína v čase o 23.10 h. Na zázname CTG sú viditeľné salvy kontrakcií vysokej intenzity. Osem z nich má intenzitu nad 100 torrov. Zo záznamu, ktorý má 23 minút (1380 sekúnd), je uterus bez tonizácie (oddychová fáza) iba 675 sekúnd, čo je takmer polovica času. Pri troch kontrakciách dochádza k následnej kontrakcii bez medzikontraktného času (čas, kedy dochádza k poklesu intrauterínneho tlaku a teda k obnoveniu cirkulácie v placente; tá je pri kontrakcii pozastavená, resp. značne znížená). Podľa záznamu približne o 23.19 h dochádzalo k výraznej bradykardii, pod 100/min s minimom na úrovni 70/min, bradykardia pretrvávala 7 minút. Počas tejto doby dochádzalo k výraznej pohybovej aktivite plodu (záznam fetálnych pohybov na CTG zázname). Od 23.10 h je na zázname zúžene undulatórny typ krivky. Po skončení bradykardie pretrvávala alterácia oziev, pri kontrakcii nad 100 torrov bola na CTG bradykardia 90/min a následne tachykardia 140/min. Po epizóde bradykardie až do skončenia záznamu bola bazálna frekvencia okolo 120/min. V čase o 23.19 h, kedy začala bradykardia, mala byť plodová voda odtečená, zelená, čo mohlo byť jednak prejavom infekcie v plodovej vode, alebo mohlo znamenať, že hypoxia plodu spôsobila povolenie sfinkterov plodu, odchod smolky, ktorá sfarbila plodovú vodu na zeleno. V krátkom časovom úseku boli prítomné dva zásadné varovné príznaky hroziacej hypoxie plodu.

Podľa záznamov v zdravotnej dokumentácii operačná pohotovosť bola privolaná o 23.30 h, pacientka bola nepokojná, nespolupracovala, pretláčala. V tomto čase mohlo byť rozhodnuté o akútnom cisárskom reze alebo o vedení pôrodu per vias naturales s možnosťou eventuálneho ukončenia per forcipem (pri hypoxii plodu je vakuumextrakcia kontraindikovaná). Operačná pohotovosť mala byť volaná už v čase 23.19 h, kedy bola zistená bradykardia, nie až o 23.30 h.

V oboch rozhodnutiach, ktoré prichádzali do úvahy, mala byť bezodkladne začatá akútna, hoci aj parciálna tokolýza podľa všeobecne známych princípov (ritodrin, hexoprenalín, prípadne betamimetiká, indometacín, blokátory kalciových kanálov). Podanie magnézia nebolo vhodné na akútnu tokolýzu.

Pri aplikácii tokolýzy mohol byť získaný čas potrebný na prípravu k akútnej sekcii, pričom zníženie tonusu uteru by zlepšilo perfúziu v uteroplacentárnom a aj fetoplacentárnom riečisku. To isté by sa dosiahlo v prípade voľby pôrodu per vias naturales, pričom monitoring plodu, vaginálny nález a účinok tokolýzy by určili následný priebeh pôrodu. Od zistenia patologického CTG mal byť pacientke podávaný kyslík, pacientka mala byť polohovaná na boku a CTG malo byť realizované kontinuálne. (Podanie kyslíka je zaznamenané v zdravotnej dokumentácii až v čase 23.45 h, polohovanie nezaznamenané).

Lekári sa bez tokolýzy rozhodli pre vedenie pôrodu per vias naturales, pričom o 23.45 h bol zaznamenaný pokles oziev na 90 - 110/min. Od tohto času nebol v zdravotnej dokumentácii zaznamenaný údaj o ozvách plodu. K odumretiu plodu mohlo dôjsť medzi časom 23.45 h až 24.00 h.

Rozhodnutie viesť pôrod per vias naturales je akceptovateľné, aj keď pri bránke otvorenej na 7 cm, väčšom plode a nepodaní tokolýzy nanajvyš sporné. V pôrodopise neboli zaznamenané odbery, ani výsledky výterov z plodových obalov, placenty, pupočníka a pošvy, ktoré by mali byť odobraté pri odumretí plodu intrapartum.

Napriek tomu, že bola mikroskopickým vyšetrením patológom diagnostikovaná stredne ťažká akútna chorionamnionitída ascendentného typu (na pupočníku len edém, bez zápalu), nič to nemení na skutočnosti, že pri pôrode došlo k odumretiu plodu pre ťažkú asfyxiu plodu (aspirácia plodovej vody) v čase, kedy je plod vyživovaný placentou, t. j. intrauterinne. Plod bol vybavený bez známkov života, t. j. k zahájeniu činnosti pľúc (s adnatnou pneumóniou) vôbec nedošlo.

### **Zistené nedostatky**

Vedenie pôrodu nebolo správne, nakoľko:

- chýba vstupné CTG vyšetrenie a jeho vyhodnotenie,
- operačná pohotovosť bola zvolaná v čase o 23.30 h, nie v čase zistenia bradykardie o 23.19 h,
- pacientka od zistenia patologického CTG nemala podávaný kyslík, nebola polohovaná na boku, CTG nebolo realizované kontinuálne,
- pacientke pri hyperaktivite uteru podľa realizovaného CTG nebola podaná akútna tokolýza, podané magnézium nebolo na akútnu tokolýzu vhodné,

- v pôrodopise chýbajú výsledky výterov z plodových obalov, placenty, pupočníka a pošvy, ktoré by mali byť odobraté pri odumretí plodu intrapartum.

### **Záver**

Výkonom dohľadu na mieste **pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientke v dohliadanom období bolo zistené porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.**

## **Okultný karcinóm prsníka**

Neter pacientky žiadala preskúmanie zdravotnej starostlivosti poskytovanej jej zomrelej tete, ktorá bola v pľúcnej ambulancii opakovane vyšetrená pre dráždivý kašeľ. Počas hospitalizácie na internom oddelení absolvovala CT vyšetrenie hrudníka, ktoré bolo opakované o niekoľko mesiacov. Medzičasom mala aj gynekologické vyšetrenie, USG prsníkov, mamografické vyšetrenie a vyšetrenie krvi na onkomarkery, ktoré boli značne zvýšené; bolo jej odporučené stav o pár mesiacov znova dosledovať. Na vlastnú žiadosť bola hospitalizovaná v špecializovanom zdravotníckom zariadení, kde bol na CT zistený suspektný tumor prsníka a nájdené mnohopočetné metastázy v skelete. Podávateľka sa domnievala, že pokročilý stav onkologického ochorenia a metastázy boli odhalené neskoro, resp. že predchádzajúce CT vyšetrenia boli nesprávne interpretované.

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

75-ročná polymorbídna pacientka s anamnézou polínózy, dráždivého kašľa od roku 1994, diagnostikovanou astma bronchiale (2009), ICHS (chronickou dysrytmickou formou s paroxyzmom fibrilačnej arytmie predsiení), arteriálnou hypertenziou, inkontinenciou moču, lymfédémom predkolenia a chronickou venóznou insuficienciou bola opakovane vyšetrovaná v odborných ambulanciách pre dráždivý kašeľ a hmotnostný úbytok.

V máji 2011 bola vyšetrená alergológom, pneumológom a ORL lekárom pre pretrvávajúci suchý dráždivý kašeľ od prekonania bronchitídy v januári. Na RTG snímke boli bránice strechovité, uhly zašlé, srdce doľava rozšírené, známky pľúcnej stázy, hily mierne presiaknuté, ostatný pľúcny parenchým bol čistý. Spirometrické vyšetrenie bolo v norme. Ordinované bolo antibiotikum, expektorans.

Pacientka bola vyšetrená aj internistom, na jeho odporúčenie realizované echokardiografické vyšetrenie bolo s nálezom hraničnej hrúbky stien LK, EF 60 %; EKG Holter so záznamom permanentného fibrofluttera, KES Lown I.

V júni 2011 bola pacientka znovu vyšetrená v pľúcnej ambulancii. V popredí ťažkostí bol dráždivý, protrahovaný kašeľ, pacientka bola afebrilná. Predpísané bolo expektorans a antiastmatikum.

V septembri 2011 v internej ambulancii z dôvodu pátrania po príčine hmotnostného úbytku bola odporúčená RTG snímka hrudníka. Rádiológom bola popísaná kardiomegália, mediokalcinóza oblúka aorty, ložiskové zmeny neprítomné.

Pacientka bola vyšetrená aj zmluvnou gynekologičkou, neudávala žiadne gynekologické ťažkosti, udala iba hmotnostný úbytok. V gynekologickom náleze pri vyšetrení prsníkov bolo zaznamenané - prsníky chabé, palpačne bez patologického nálezu. Bol odobratý materiál na cytologické vyšetrenie vzhľadom na anamnézu, výsledok vyšetrenia negatívny.

V októbri 2011 bolo pre dyspepsiю, nechutenstvo, chudnutie realizované GFS vyšetrenie so záverom duodenogastrický reflux; príčina váhového úbytku nebola zistená. Plánovaná bola kolonoskopia. Pacientka bola znovu vyšetrená v pneumologickej ambulancii, nález nevysvetľoval príčinu pretrvávajúceho kašľa, uvažovalo sa o možnej kardiálnej príčine kašľa.

Kontrolné pneumologické vyšetrenie bolo realizované v novembri 2011 - CRP v norme, sérologické vyšetrenie na mykoplasmu - latentná infekcia nevyžadujúca ATB liečbu, chlamýdie - negatívny výsledok.

Od 22.11.2011 do 25.11.2011 bola pacientka hospitalizovaná na internom oddelení pre dyspepsiю s výrazným chudnutím pred kolonoskopickým vyšetrením. Zistená bola divertikulóza sigmy, ostatný nález bol v norme. Kolonoskopické vyšetrenie nevysvetľilo príčinu chudnutia. V laboratórných parametroch bola zistená mierna elevácia GMT, test na okultné krvácanie v stolici bol negatívny. Odobraté onkomarkery - zistená mierna pozitivita CEA (14,87). Stav bol diagnosticky záverovaný ako dyspeptický syndróm dolného typu – sklon k obštipácii – funkčný, duodenogastrický reflux. Pri prepustení bolo odporúčené doplniť gynekologické vyšetrenie.

Dňa 16.01.2012 bola pacientka vyšetrená v ambulancii zmluvnej gynekologičky s údajom, že asi 3 týždne pozoruje zväčšenie pravého prsníka, bolesti neudávala. V objektívnom vyšetrení bolo zistené zväčšenie pravého prsníka tuhej konzistencie. Pre suponovaný tumor bolo v ten istý deň realizované MMG vyšetrenie so záverom: vľavo

bez známkov podozrivých z malignity, vpravo edém prsníka so zvýraznenou fibrotickou kresbou v DLQ a zhrubnutou kožou, podkožím bez ložiskových zmien, BIRADS 3. Odporúčené kontrolné MMG vyšetrenie o 3 - 6 mesiacov podľa kliniky, dovtedy USG vyšetrenie.

Dňa 19.01.2012 bola vyšetrená v pneumologickej ambulancii. Pretrvával kašeľ. Objektívne boli auskultačne hrubšie vrzoty pod ľavou lopatkou a parasternálne vľavo, pritlmený poklop pod pravou lopatkou a oslabené dýchanie v týchto miestach. Spirometriou bola zistená redukcia FVC. RTG snímka hrudníka bola so známami fluidotoraxu vpravo, srdce rozšírené doľava, cípovitý zrast bránice. Po konzultácii s internistom bola plánovaná pleurálna punkcia.

Od 20.01.2012 do 01.02.2012 bola pacientka hospitalizovaná na internom oddelení pre RTG diagnostikovaný pravostranný pleurálny výpotok s pretrvávajúcim suchým, dráždivým kašľom. V prijímačej správe údaj o ťažkostiach gynekologického charakteru z posledných týždňov absentoval. V anamnestických údajoch boli zaznamenané výsledky predchádzajúceho gynekologického vyšetrenia. Realizované bolo echokardiografické vyšetrenie s nálezom cirkulárneho asymetrického perikardiálneho výpotku – stredne významného (perikardiálny výpotok v zdravotnej dokumentácii dokumentovaný už 5/2011). V diferenciálnej diagnostike perikardiálneho a pleurálneho výpotku bola realizovaná širšia laboratórna diagnostika – paleta autoprotilátok negatívna, TSH v norme, hodnota pBNP i zápalových markerov (CRP) v norme. Počas hospitalizácie bola pacientka vyšetrená pneumológom, bola afebrilná, FW bolo v norme. Terapeuticky bolo pacientke podané diuretikum, vzhľadom k perikardiálnemu výpotku bola prerušená liečba Warfarinom a pacientke bol aplikovaný nízkomolekulárny heparín. Realizovaná bola diagnostická a odľahčovacia pleurálna punkcia (620 ml) s výpotkom charakteru transudátu. Výsledok cytologického vyšetrenia bol vyhodnotený ako pleurálny punktát bez známkov neoplastického procesu. Opakovane bolo realizované konziliárne pľúcne vyšetrenie pri lôžku. Po navýšení dávky diuretika bolo realizované kontrolné echokardiografické vyšetrenie s regresiou perikardiálneho výpotku, poklesom pľúcnej hypertenzie. Kliniky došlo k zmierneniu dyspnoe, ale pretrvával suchý dráždivý kašeľ. Odporúčené bolo CT pľúc a mediastína. Realizované boli sérologické vyšetrenia na atypické respiračné patogény a sérologické vyšetrenie na Bordetella pertussis s pozitívnym nálezom IgG, antibordetella pertussis. Bola iniciovaná terapia antibiotikami makrolidového radu, po konzultácii s infektológom bolo odporúčené prolongovať liečbu klaritromycínom

a realizovať kontrolné sérologické vyšetrenie o 2 týždne. Pri ukončení hospitalizácie dňa 01.02.2012 bol stav záverovaný: cirkulárny asymetrický perikardiálny výpotok v. s. kardiálnej povahy – pri pravostrannom zlyhavaní; mitrálna regurgitácia hemodynamicky stredne významná - trikuspidálna regurgitácia III. st., stredne závažná pľúcna hypertenzia; ICHS – algická forma; artériová hypertenzia 3. stupňa ESC/ESH – stabilizovaná; pretrvávajúci dráždivý kašeľ - pertussis suspektný, spirometria opakovane v norme. Pacientke boli odporúčené kontroly u odborných lekárov, prolongovaná liečba makrolidom.

Po prepustení z hospitalizácie bolo realizované pľúcne vyšetrenie, auskultačne na pľúcach bolo dýchanie čisté, spirometria v norme, plánované bolo CT vyšetrenie pľúc.

Dňa 22.02.2012 bolo realizované CT vyšetrenie hrudníka s nálezom fluidotoraxu vpravo, perikardiálneho výpotku, pozápalových atelektáz a fibrotických zmien, nepravidelných ložiskových lézií v dolnom laloku pľúc vľavo periférne, najskôr zápalového charakteru. Odporúčené bolo kontrolné CT vyšetrenie hrudníka na posúdenie dynamiky zmien. Výsledok CT vyšetrenia bol zaznamenaný pneumologičkou do zdravotnej dokumentácie pacientky s poznámkou o potrebe intenzívnej kardiotonickkej a diuretickej liečby, z pľúcneho hľadiska bola odporúčená symptomatická terapia bronchodilatanciami a expektoranciami a plánované kontrolné CT vyšetrenie hrudníka o 3 mesiace.

Dňa 29.02.2012 u pacientky bolo realizované USG vyšetrenie prsníkov - bilaterálne so záverom BIRADS 0. Odporúčené bolo pokračovať cieľenou kontrolou pravého prsníka. K ďalšej kontrole bolo odporúčené odobratie onkomarkera. V ambulancii zmluvnej gynekologičky boli pacientke realizované odbery na onkomarkery CA 15-3, pozitívny výsledok bol zaznamenaný gynekologičkou 05.03.2012 (69,55), gynekologička požiadala o konziliárne vyšetrenie chirurga.

Pri vyšetrení chirurgom dňa 07.03.2012 bol prsník bez zápalu, bez hmatnej rezistencie, axily bez hmatnej lymfadenopatie. Odporúčené bolo onkologické vyšetrenie, kontrolné MMG a USG vyšetrenie o 3 mesiace.

Dňa 08.03.2012 absolvovala pacientka konziliárne onkologické vyšetrenie, na odporúčenie onkológa vyšetrenie v mamologickej ambulancii. V objektívnom náleze boli prsníky symetrické, bez evidentnej asymetrie, koža bez známok zápalu, bez viditeľného zhrubnutia, bilaterálne bez hmatnej patologickej rezistencie. Pacientke bolo odporúčené RTG vyšetrenie pľúc, pľúcne vyšetrenie



na vylúčenie eventuálneho metastatického pľúcneho postihnutia, v prípade pretrvávajúceho fluidotoraxu zvážiť punkciu a odoslať na onkocytologické vyšetrenie (vzhľadom na eleváciu CA 15-3). V prípade pozitívneho onkocytologického nálezu z punkčátu sa malo rozhodnúť o ďalšom postupe (excízia z prsníka za účelom vylúčenia inflamatórneho karcinómu).

Dňa 14.03.2012 pri vyšetrení v pneumologickej ambulancii bolo auskultačne dýchanie bez vedľajších fenoménov, bazálne mierne oslabené obojstranne.

V zdravotnej dokumentácii bolo zaznamenané, že pri pleurálnej punkcii neboli nádorové bunky zistené a pacientka bola na POKO pre suspektný, zatiaľ nepotvrdený, nález na pravom prsníku. Realizovaná bola kontrolná RTG snímka pľúc, s obrazom veľmi podobným popisu CT. V pláne bolo kontrolné CT vyšetrenie pľúc a mediastína v polovici mája 2012. Pacientke bol odporučený Codein.

Dňa 23.03.2012 bolo realizované kontrolné MMG a USG vyšetrenie pravého prsníka so záverom: involučný typ prsníka s fibrotickým reziduom centrálne a HLQ - ústup zápalových zmien pravého prsníka v porovnaní s výsledkom zo dňa 16.01.2012, vpravo v axile benígna LU do 14 mm, BIRADS 3. Odporučená bola kontrolná mamografia o 6 mesiacov, prípadne i core cut biopsia.

Dňa 29.03.2012 bola pacientka vyšetrená v mamologickej ambulancii, zistená bola zvýšená aktivita onkomarkerov CA 125, CEA, CA 15-3. Odporučené bolo pátrať po neo procese, ak sa nenájde origo s kontrolným výsledkom onkomarkerov, kontrola o mesiac.

V ďalšom období bolo u pacientky pátrané po príčine pokračujúceho hmotnostného úbytku: v apríli 2012 v gastroenterologickej ambulancii, kde bola vyšetrená, nebola príčina hmotnostného úbytku zistená; vyšetrená bola aj v hematologickej ambulancii, kde tiež nebola príčina hmotnostného úbytku zistená, krvný obraz bol v norme.

Dňa 16.05.2012 pri realizovanom kontrolnom CT vyšetrení hrudníka bola zistená progresia atelektázy v segmente S 4/5 pľúc vpravo, hilová lymfadenopatia vpravo. Rádiológ nález v dif. dg hodnotil ako možnú progresiu zápalového infiltrátu, nemohol však vylúčiť inú etiológiu.

Dňa 21.05.2012 bola pacientka vyšetrená v pneumologickej ambulancii. V zázname opis CT vyšetrenia pľúc: menšia progresia atelektázy a vpravo menší pľúcny výpotok, vľavo tiež s menšou progresiou, perikardiálny výpotok bez zmeny - v. s. kardiálneho pôvodu; v oboch hrotoch menšie, staršie, pozápalové zmeny.

V popredí ťažkostí pacientky bol dráždivý, neproduktívny kašeľ a dýchavica aj po menšej námahe. Pri spirometrickom vyšetrení pacientka nemohla dodýchnuť. Predpísané boli antiastmatiká, antitusikum (Atrovent, Alvesco, Codein).

V čase od 04.06.2012 do 22.06.2012 bola pacientka na vlastnú žiadosť hospitalizovaná v špecializovanej nemocnici pre respiračné ochorenia. V anamnéze údaj o ťažkostiach gynekologického charakteru nebol uvedený, bol uvedený údaj o extirpácii materského znamienka v minulosti – susp. melanóm. Počas hospitalizácie vykonaná drenáž pravého hemitoraxu, odobratá biopsia pleury, jednoznačne malignita nebola potvrdená. Na CT vyšetrení hrudníka bol zobrazený suspektný tumor pravého prsníka a metastázy do skeletu. Vzhľadom na CT nález a anamnézu bolo vyslovené podozrenie na malígnu etiológiu výpotku, jednoznačné malígne bunky sa však nedokázali.

Dňa 26.06.2012 bola realizovaná mamografia vpravo a sonografické vyšetrenie prsníkov - bez dynamiky vývoja patologických zmien v zmysle malignity, v mamografickom a sonografickom obraze pretrvávalo rezíduum retromamilárne, vpravo axilárna lymfatická uzlina do 14 mm. Realizované bolo aj mamologické vyšetrenie, pri palpačnom vyšetrení rezistencia na prsníku nebola hmatná, regionálne uzliny boli bez lymfadenopatie.

Dňa 11.07.2012 bolo realizované metabolické PET/CT trupu; zobrazené ložiská patologicky zvýšeného metabolizmu glukózy vľavo v úrovni štítnej chrupavky, v mediastíne, v oboch hiloch, peribronchiálne vpravo, v LU paraaortálne a difúzne v skelete, fluidotorax bilaterálne.

Dňa 17.07.2012 onkológ odporučil histologizáciu na pracovisku hrudnej chirurgie.

V čase od 07.08.2012 do 21.08.2012 bola pacientka hospitalizovaná na klinike hrudníkovej chirurgie - vykonaná bola histologizácia a talkáž ľavej pleurálnej dutiny. Výsledok histologického vyšetrenia potvrdil metastatické nádorové ložiská karcinómu v parietálnej pleure, morfológický obraz a imunohistochemický profil boli konzistentné s primárnym duktálnym karcinómom prsníka.

Vzhľadom na origo generalizovaného ochorenia a celkový stav pacientky bola onkológom ordinovaná symptomatická terapia - hormonoterapia (Letrozol) a paliatívna rádioterapia na kostné metastázy. Pacientka bola v čase od 06.09.2012 do 14.09.2012 hospitalizovaná na onkologickom oddelení. V deň prepustenia v domácom prostredí exitovala.

### **Zistené skutočnosti**

Išlo o polymorbídnu pacientku vo vyššom veku, ktorá bola pre dráždivý kašeľ a hmotnostný úbytok opakovane vyšetovaná v odborných ambulanciách a hospitalizovaná.

Karcinóm prsníka nebol diagnostikovaný palpačne, mamografickým, sonografickým vyšetrením, ani PET/CT vyšetrením. Mamografia bola bez známkov podozrivých z malignity, ložiskové zmeny v prsníkoch neboli prítomné. Aj napriek tomu, že tumor bol viditeľný iba na CT vyšetrení, inými vyšetreniami nebol potvrdený, zistené boli početné metastázy. Išlo o okultný karcinóm prsníka s mnohopočetnými metastázami, ktorý bol diagnostikovaný až po vykonaní excízie z parietálnej pleury. V zdravotnej dokumentácii vedenej počas hospitalizácie na internom oddelení v januári 2012 nebol zaznamenaný anamnestický údaj o ťažkostiach v zmysle zmien pravého prsníka. Z uvedeného je možné usúdiť, že pacientka na tieto ťažkosti sama včas neupozornila, a tým táto skutočnosť nemohla byť v diferenciálno-diagnostickom procese zainteresovanými lekármi zohľadnená. CT hrudníka realizované vo februári 2012 popísalo zápalové a pozápalové zmeny, pleurálny a perikardiálny výpotok.

Pri kontrolnom CT vyšetrení hrudníka v máji 2012 bolo vyslovené podozrenie na možnú inú ako zápalovú etiológiu procesu. Nález na CT snímkach hrudníka boli rádiológom interpretované správne. FOV (field of view) pri skenovaní bol cieleň na hrudnú dutinu, preto boli prsníky zachytené len parciálne a nebolo cieľom ich hodnotenie. Žiadanku na CT vyšetrenie vypísala pneumologička, v žiadanke neuviedla anamnestické informácie o suspektnom náleze na pravom prsníku a zvýšených onkomarkeroch. Vzhľadom na známy výsledok CT a známu anamnézu pacientky nebol diferenciálno-diagnostický postup pneumologičky dostatočný.

### **Zistené nedostatky**

Pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientke počas hospitalizácií na internom oddelení nedostatky zistené neboli, ani pri hodnotení zobrazovacích vyšetrení rádiológmi (mamografia, CT vyšetrenia hrudníka). Zdravotná starostlivosť v mamologickej ambulancii bola poskytnutá správne.

Zistené boli nedostatky pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti v pneumologickej ambulancii. Pri odoslaní pacientky na kontrolné CT vyšetrenie lekárka na žiadanke neuviedla dôležité anamnestické informácie (suspektný tumor pravého prsníka). Diferenciálno-diagnostický postup zo strany pneumologičky nebol dostatočný.

Pri vyšetrení v máji, vzhľadom na anamnézu a CT nález, bolo odporúčenie len symptomatickej liečby nedostatočné, výsledku CT vyšetrenia lekárka nevenovala dostatočnú pozornosť.

### **Záver**

Výkonom dohľadu na mieste bolo zistené, že **zdravotná starostlivosť pacientke v dohliadanom období nebola poskytnutá podľa § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.**

## **Klimatické podmienky ovplyvnili uvažovanie lekára**

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

66-ročný pacient, podľa zdravotnej dokumentácie od všeobecnej lekárky pre dospelých, bol od r. 1977 liečený pre arteriálnu hypertenziu WHO II, užíval Accuzide, Bisoprolol, statíny. Chodil pravidelne na kontroly, stenokardie ani dýchavicu neudával. Pri poslednej preventívnej prehliadke dňa 06.06.2013 bol kardiopulmonálne stabilizovaný, TK 120/80, P 60/min, EKG - normokardiogram.

Dňa 09.08.2013 o 15:14:13 h volala na tiesňovú linku 112 manželka pacienta, ktorá popísala operátorovi jeho ťažkosti nasledovne: manžel bol na cyklistike doobeda a teraz je mu veľmi zle, má pocit na odpadnutie, mravenčenie po celom tele, aj na hrudníku, mierne bolesti na hrudi za hrudnou kosťou, dýcha normálne, ale má fialové brucho, prehnať ho a namerali mu opakovane nízky tlak a pulz, lieči sa na srdce a tlak. Operátor KOS o 15:15:30 h vyslal k pacientovi posádku RLP s nasledovnou indikáciou: nevoľnosť, trpnutie tela a končatín, tlak za hrudnou kosťou po cyklistike u hypertonika a upozornil ešte na nameraný nízky tlak 88/66 a pulz 48/min (podľa udania manželky).

V dokumentácii ZZS bol zaznamenaný dôvod výjazdu: celková slabosť a trpnutie rúk.

Výjazd bol uskutočnený do minúty, s príchodom na adresu o 15.21 h. Po príchode na miesto lekár (anestéziológ) odobral anamnézu a do „Záznamu o zhodnotení zdravotného stavu osoby“ zapísal: dnes doobeda bol pacient bicyklovať, vypil asi 1 liter vody, doma pociťuje slabosť, závrat, mravenčenie oboch rúk, má nízky tlak a pulz, hnačkovitú stolicu. V osobnej anamnéze - arteriálna hypertenzia, VAS, BHP; v liekovej anamnéze - užívanie Lokren, Accuzide, Bisoprolol,

Torvacard, Flugalín, Dorsiflex p. p. Z objektívneho vyšetrenia: pri vedomí, plne orientovaný, GCS 15, zrenice izokorické 3/3, neurologický nález v norme, bolesť neprítomná, brucho bez patologického nálezu, dýchacie cesty priechodné, eupnoe, auskultačný nález fyziologický obojstranne, obeh – pravidelná akcia srdca, centrálné plný pulz, periférne nitkovitý, TK 80/50, P 52/min, počet dychov 12/min, sat. O<sub>2</sub> – 98 % bez inhalácie kyslíka, studené akrá, koža spočiatku bledá, neskôr ružová, kapilárny návrat nezaznamenaný. Bol zaistený periférny venózný prístup, aplikovaná tekutinová liečba v celkovom objeme 750 ml FR i. v. Nebol zaznamenaný 12 zvodový EKG záznam. Na základe zistených anamnestických údajov a náleзов z uvedeného vyšetrenia lekár uzavrel stav pacienta ako: Prekolapsový stav R55 a Hypotenzia I96. Po uvedenej liečbe bolo do dokumentácie zaznamenané zlepšenie stavu pacienta bez bližšej špecifikácie, ponechaný bol v domácom prostredí; ďalej bolo zaznamenané odporúčenie – tekutiny, aspoň 2 litre, cola, Mg minerálka. Vo vyjadrení ZZS sa uvádza, že v prípade ťažkostí bolo odporúčané opätovne kontaktovať ZZS cestou 155. Posádka RLP sa na adrese zdržala cca 30 minút (do 15.50 h), výjazd bol lekárom zhodnotený ako indikovaný. Toho istého dňa (09.08.2013) o 16:42:13 h volali príbuzní pacienta na tiesňovú linku druhýkrát: manželka našla pacienta ležiaceho na chrbte, nedýchal, mal fialovú farbu tváre, zvracal, dusil sa. Operátor následne vyslal o 16:44:06 h tú istú posádku RLP. Do jej príchodu bola príbuznými realizovaná telefonicky asistovaná KPR. Po príchode posádky na adresu bol pacient v bezvedomí, GCS 3, bez dychu, cyanotický, bez merateľného tlaku a pulzu, na EKG monitore vstupne asystólia, masívne odchádzal žalúdočný obsah, boli prítomné známky aspirácie do dýchacích ciest. Okamžite bola začatá rozšírená KPCR, pacient bol zaintubovaný, podávaný O<sub>2</sub>. Na monitore bola opakovane zaznamenaná jemnozrnná komorová fibrilácia riešená 2x defibriláciou výbojom 200 J, postupne boli podávané lieky: Adrenalin, Atropin a infúzia kryštaloidov. KPCR trvala cca 40 - 50min, pri obraze asystólie bola ukončená ako neúspešná. Bol vyzozumený obhliadajúci lekár. Ako príčina smrti boli uvedené: náhla smrť, respiračné zlyhanie, aspirácia žalúdočného obsahu. Podľa pitevného protokolu vypracovaného na základe pitvy na oddelení patologickej anatómie bol príčinou smrti akútny infarkt myokardu bočnej a zadnej steny ľavej komory srdca pri akútnom trombotickom uzávere zadnej medzikomorovej vetvy pravej koronárnej artérie. Trombotický uzáver vznikol v mieste nad sklerotickým plátom. Histologickým vyšetrením boli zistené pokročilé aterosklerotické

a arteriosklerotické zmeny na orgánoch, v pravej nadobličke kôrový adenóm. Aspirácia žalúdočného obsahu bola agonálnym artefaktom.

### **Zistené skutočnosti a nedostatky**

Skupina vykonávajúca dohľad zistila pri výkone dohľadu nedostatky v postupe diagnostiky dohliadaného subjektu pri prvom zásahu posádky RLP dňa 09.08.2013 v čase od 15.21 do 15.50 h. Lekár RLP po príchode k pacientovi postupoval štandardným spôsobom. Odobral anamnézu, vrátane osobnej a liekovej, pacienta vyšetril. Po zhodnotení anamnézy a nálezov z vyšetrenia stanovil diagnózy: 1. prekolapsový stav, 2. hypotenziu. V stanovisku poskytovateľa bol uvedený doplňujúci údaj o tropickej horúčke v ten deň (36 °C). Dominantným príznakom v klinickom obraze tohto liečeného hypertonika bolo náhle zhoršenie zdravotného stavu v nadväznosti na zvýšenú fyzickú záťaž (po bicyklovaní). Podľa zdravotnej dokumentácie lekára RLP zhoršenie zdravotného stavu pacient popisoval ako celkovú slabosť, závraty, mravenčenie do oboch rúk, jednorazovo mal hnačkovitú stolicu a nameraný nízky tlak a pulz; podľa dokumentácie mal okrem iného aj nitkovitý pulz a studené akrá. V čase vyšetrenia bol bez bolestí. Nebola zaznamenaná hodnota kapilárneho návratu a nebol robený záznam EKG. Podľa zvukového záznamu z pokynu na výjazd bolo však zrejmé, že posádka disponovala okrem spomínaných príznakov aj údajom miernych bolestí na hrudi a tlaku za hrudnou kosťou; v „Zázname o zhodnotení zdravotného stavu osoby“ boli však uvedené dôvody výjazdu len: celková slabosť, trpnutie rúk. Hoci v klinickom obraze pacienta v čase vyšetrenia neboli prítomné stenokardie, evidentne ich mal v čase zadávania tiesňovej výzvy. Mohlo ísť o prechodnú stenokardiu, rovnako mohol pacient disimulovať alebo bagatelizovať miernu bolesť na hrudi pri cielenej všeobecnej otázke o prítomnosti bolestí. V klinickom obraze u tohto pacienta boli prítomné známky nedostatočnosti obehu - hypotenzia s bradykardiou a klinické príznaky alterácie celkového stavu s pocitom na odpadnutie, mal závraty, slabosť, trpnutie rúk, studené akrá, avšak bez adekvátneho terapeutického efektu po tekutinovej náloží. Podľa stanovených diagnóz bol stav terapeuticky riešený náložou 750 ml FR i. v. prídom po tejto liečbe podľa dokumentácie došlo len k minimálnej zmene TK a P (z 80/50 na 90/60 a z 52/min na 55/min), čo u hypertonika nemožno považovať za dostatočné. Bolo zaznamenané zlepšenie, ale bez bližšej špecifikácie, bez zhodnotenia EKG záznamu; pri uvedených príznakoch sa rozhodnutie ponechať pacienta doma ukázalo ako rizikové.

S poukazom na uvedené skutočnosti bolo potrebné v diferenciálno-diagnostickej úvahe uvažovať aj o iných príčinách zhoršenia zdravotného stavu, nielen o dehydratácii pri tropickej vonkajšej teplote. Preto bolo potrebné doplniť diagnostické postupy o EKG vyšetrenie, ktoré by pomohlo spresniť diagnostiku a prispelo by k správne rozhodnutiu o tom, či ponechať pacienta doma alebo ho transportovať na ďalšie vyšetrenie, čo ale posádka RLP u pacienta pri prvom výjazde dňa 09.08.2013 nevykonala.

Záver

**Dohliadaný subjekt pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientovi dňa 09.08.2013 pri 1. výjazde porušil § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.**

## Nedostatočný diagnostický postup počas pôrodu

### Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie

19-ročná pacientka, primigravida primipara, navštevovala prenatalnú poradňu pravidelne, celkom 17krát. Boli jej vykonané všetky potrebné diagnostické a skrínigové vyšetrenia, vrátane USG, CTG a genetického vyšetrenia. Priebeh tehotenstva bol bez komplikácií. Termín pôrodu bol stanovený na 26.11.2012.

Dňa 03.12.2012 o 13.00 h bola pacientka prijatá na GPO ako potermínová gravidita. Pri prijatí pohyby cítila, udávala mierne bolesti v podbrušku, odtok plodovej vody a ani krvácanie neudávala. KP bola kompenzovaná, prítomné boli mierne edémy na dolných končatinách bilaterálne, afebrilná, TK 110/70, P 165/min, moč chemicky negatívny, váha 72 kg (pribrala 23 kg). Rozmery panvy: 21, 26, 32, 20. Záver pri prijatí: Gravidita hebd. 41/0, predpoklad spontánneho pôrodu. Realizované bolo CTG (o 13.02 h) – záznam reaktívny. Ordinované bolo periférne vazodilatans (Secatoxin gtt) a Thiamin i. m. Kontrolné CTG (o 19.32 h) – záznam fyziologický.

Dňa 04.12.2012 o 06.23 h bolo realizované CTG - záznam bol lekárom hodnotený ako fyziologický/hranične reaktívny. Laboratórne vyšetrenia (krvný obraz, CRP, moč) boli v norme. Pri ranej vizite (o 07.30 h) sa pacientka subjektívne cítila dobre, udávala: pohyby prítomné, bolesti neprítomné.

Vaginálne vyšetrenie: zvyšok hrdla pre dva prsty pootvorený, hlavička nalieha na vchod, plodové vody stoja, kontrakcie neprítomné. Uterus netonizoval, podané bolo uterotonikum (Prostin E2 1,5 mg vag.). O 10.03 h bolo realizované CTG - záznam lekárom hodnotený ako fyziologický/hranične reaktívny. O 10.30 h bolo vykonané USG s primeraným nálezom. O 14.00 h pacientka udávala bolesti v podbrušku, objektívne uterus voľný, plodové vody stoja, ozvy plodu pravidelné. O 15.30 h pacientka udávala bolesti á 1 min, bola odoslaná na pôrodnú sálu. Od 16.45 do 20.45 h boli pôrodnou asistentkou auskultačne monitorované ozvy plodu (16x) – pravidelné. O 20.55 h bola vykonaná amniotómia – plodové vody mliečne. Podané bolo spazmolytikum (Buscopan i. m.), infúzia FR + Syntophyllin. Ozvy plodu auskultačne 80/min. O 21.05 h bolo vykonané USG s primeraným nálezom. Vaginálny nález o 21.45 h: čípek spotrebovaný, tenká bránka na 6 - 7 cm, hlavička vstupuje malým oddielom, CTG BFHR 160/min – saltatorická krivka. Od 21.05 do 22.30 h bolo monitorované CTG – službukonajúcim lekárom je na zázname napísané: „technicky nekvalitný záznam, pacientka polohovaná, sedí na lopte.“ O 22.32 h bolo CTG odpojené. Ozvy plodu boli následne (22.32 až 23.15 h) sledované auskultačne. Vaginálne vyšetrenie o 23.00 h: bránka zašlá, hlavička vstupuje veľkým oddielom, kontrakcie á 3 min, ozvy plodu pravidelné 118/min. O 23.20 h je v zdravotnej dokumentácii uvedené, že pacientka je vyčerpaná a nevládze tlačiť. Hlavička bola v rovine panvového východu, naložený bol vákuumextraktor, na jednu trakciu bol vybavený plod ženského pohlavia (3 300 g/ 53 cm), zrelý, asfyktický. Apgar skóre 0/0/1/3. Dieťa bolo odovzdané do starostlivosti neonatológa.

Podľa záznamov v pôrodopise: I. pôrodná doba trvala dňa 04.12.2012 od 15.00 do 23.00 h (8 hodín), II. pôrodná doba trvala od 23.00 do 23.20 h (20 min), III. pôrodná doba do 23.25 h (5 min). Dňa 06.12.2012 bola pacientka v stabilizovanom stave na vlastnú žiadosť prepustená do ambulantnej starostlivosti.

V pôrodopise v časti „Nepravidelnosti (dg)“ bolo uvedené: Partus inductus per PGE2 in heb. 42 per vákuumextractor egressus, Strangulatio funiculi umbilici circum colli fetus, zlé využitie brušného lisu. Dieťa po narodení nedýchalo, akcia srdca neprítomná, koža bledá, atonické, areflexia. Po odsatí HDC bolo dieťa zaintubované, predýchané vakom a maskou 100 % kyslíkom, do ET kanyly bol opakovane podaný adrenalín, realizovaná bola nepriama masáž srdca. V 7. minúte bola zachytená bradykardia 60/min, pokračované bolo v komplexnej resuscitácii, v 11. minúte sa akcia srdca upravila.



Dieťa bolo atonické, komatózne, bez spontánnej dychovej a motorickej aktivity, pretrvávala areflexia. Napojené bolo na UPV, kanylovaná bola umbilikálna vena, začatá katecholamínová podpora, korigované poruchy vnútorného prostredia, udržiavané bolo v hypotermii.

Vzhľadom k nedostupnosti riadenej hypotermie v perinatologickom centre bolo dieťa dňa 05.12.2012 o 01.30 h preložené na kliniku neonatológie – JIRS. Aj napriek intenzívnym, komplexným diagnostickým a terapeutickým postupom bol 06.12.2012 o 06.10 h konštatovaný exitus letalis. Záverčné diagnózy: Poterminový eutrofický novorodenec, VAS ťažkého st., Novorodenecká kóma, HIE (Hypoxic-Ischemic Encephalopathy) ťažkého st. (Sarnat III), Akútne renálne zlyhanie.

Podľa pitevného protokolu vypracovaného na základe pity na oddelení patologickej anatómie dňa 06.12.2012 bolo príčinou smrti Multiorgánové zlyhanie, komplikáciou základnej choroby: ťažký edém mozgu a základnou chorobou: ťažká pôrodná asfyxia u zrelého eutrofického novorodenca ženského pohlavia porodeného vákuumextraktorom v 41. týždni gravidity (3330 g/ 53 cm).

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

CTG záznam dňa 04.12.2012 od 21.05 do 22.30 h nebol správne vyhodnotený a v časovom období od 22.30 do 23.20 h (pôrod) nebol stav plodu pomocou CTG monitorovaný vôbec, v dôsledku čoho nebolo včas diagnostikované intrapartálne ohrozenie plodu hypoxiou.

Jediné CTG vyšetrenie počas pôrodu bolo zrealizované v čase od 21.05 do 22.30 h. Patologický záznam CTG (tachykardia, saltatórny typ, kombinované, prognosticky nevýhodné decelerácie) nebol lekárom správne vyhodnotený, čím nebola diagnostikovaná hroziaca hypoxia plodu intra partum, zrejme na základe charakteru CTG záznamu. V čase od 22.30 h až do pôrodu (23.20 h), t. j. v závere I. doby pôrodnej a počas celej II. doby pôrodnej, nebol stav plodu pomocou CTG monitorovaný vôbec.

V dôsledku nediagnostikovania intrapartálneho ohrozenia plodu hypoxiou a komplikovaného spontánneho pôrodu (prostredníctvom vákuumextraktora) bol porodený ťažko asfyktický novorodenec (Apgar skóre 0/0/1/3). Aj napriek adekvátnej, intenzívnej, komplexnej starostlivosti o novorodenca zo strany neonatológov došlo dva dni po narodení k úmrtiu dieťaťa.

V pôrodopise v časti „Nepravidelnosti (dg)“ je okrem iného uvedené: Strangulatio funiculi umbilici circum colli fetus. V pitevnom protokole však nie sú uvedené známky strangulácie pupočníkom.

## Záver

Uvedenými nedostatkami **bol porušený § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.**

# Pacient spadol – zase vstal (na chvíľu)

*Pády v nemocniciach nie sú zriedkavé, ich možné následky sa neraz podceňujú.*

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

71-ročný polymorbídny obézny pacient bol prijatý na geriatrické oddelenie pre celkovú slabosť, dýchavicu a bolesti pod PRO.

Pri prijatí bol v objektívnom náleze obraz dekompenzácie v malom obehu, na RTG obojstranný fluidothorax. V laboratórnom náleze dominovala pancytopenia s anémiou na hranici stredného až ťažkého stupňa, ťažkou leukopéniou a trombocytopéniou, zaznamenaný bol výrazný vzostup CRP a sedimentácie červených krviniek.

V deň prijatia o 23.00 h pacient spadol z postele. Pri následnom vyšetrení personálom udával hlavne bolesti v driekovej oblasti. Privolané bolo chirurgické konzílium, vykonané bolo RTG chrbtice s podozrením na kompresívnu fraktúru tela stavca L1.

Na ďalší deň bol pacient febrilný, došlo k vývoju somnolencie s progresiou do soporu, manifestovalo sa srdcové zlyhanie. V liečbe mu boli podané antibiotiká, bronchodilatanciá, diuretiká, antipyretiká, kortikoidy, oxygenoterapia.

Napriek liečbe stav pacienta progredoval natoľko, že o 12.40 h exitoval za prejavov zlyhania cirkulácie. Syn podal trestné oznámenie a žiadal o vykonanie súdnej pitvy.

## **Z pitevného nálezu**

Tvrdá plena jemná, lesklá, hladká, pod ňou je v celom rozsahu mozgu prítomný difúzny krvný výron hrúbky 0,2 - 0,5 cm. Na spodine a hrotoch oboch čelových a spánkových lalokov sú v oblasti kôry prítomné viaceré drobné ložiská pomliaždenia a prekrvácania priemeru 0,1 - 0,2 cm. Bezprostrednou príčinou smrti bolo zlyhanie srdcovocievnej a dýchacej činnosti pri pomliaždení mozgu s vnútrolebečným krvácaním, pri ťažkých chorobných zmenách organizmu.

### **Zistené nedostatky**

Pacient, po páde v nemocničnom zariadení, nebol odoslaný na indikované CT vyšetrenie mozgu, ktoré by potvrdilo, eventuálne vylúčilo prítomnosť posttraumatickej komplikácie, v danom prípade vnútrolebečného krvácania.

Z platnej smernice Ministerstva zdravotníctva SR vyplýva, že u každého pacienta, ktorý dosiahol vek 60 rokov s akýmkoľvek údajom o úraze hlavy, sa musí vykonať CT vyšetrenie mozgu s vylúčením traumatickej komplikácie, ktorá sa nemusí subjektívne ani objektívne okamžite manifestovať.

### **Záver**

Uvedeným nedostatkom **bol porušený § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.**

## **Riešenie komplikácie po gynekologickej operácii**

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

45-ročná pacientka, ktorá v minulosti prekonala NCMP bez neurologického deficitu a mala pred 2-mi rokmi diagnostikovanú trombózu žilných splavov CNS, bola liečená Cavintonom a Fraxiparinom 0,3 ml; fajčila 10 cigariet denne.

Dňa 17.01.2013 bola pre dlhodobé gynekologické ťažkosti (hypermenorea, dysmenorea a onkomarker CA 125 113) prijatá na GPO za účelom operačného zákroku.

Dňa 18.01.2013 bola po adekvátnej príprave pacientke vykonaná laparoscopia a hysteroscopia štandardnou technikou. Po revízii brucha a malej panvy bol prítomný nález: na pravých adnexách hemoragická cysta veľkosti čerešne, ľavé adnexá boli prekryté adherovanou sigmoidou. Po resekcii pravého ovária a mobilizácii sigmy bola vykonaná adnexotómia pre chronický zápalový proces a čokoládovú cystu v mieste ľavých adnex. Nález v oblasti malej panvy a ľavých adnex bol komplikovaný adhezívnym procesom hrubého čreva a ľavých adnex. Na konci operácie bol vytvorený arteficiálny ascites 450 ml, bol zavedený Redonov drén. Po laparoskopической operácii nasledovala abrázia endometria resektoskopom.

Peroperačne bola vykonaná podrobná dôsledná kontrola dutiny brušnej a intaktnosti črevnej steny skúškou úniku plynov z čreva - s negatívnym záverom. Po operácii bol ďalší priebeh s postupnou obnovou peristaltiky, s normálnymi vitálnymi funkciami, bol odsatý materiál z dutiny brušnej; nič nenasvedčovalo pre vnútrobrušnú patológiu.

Histologický nález: fragment pravého ovária s atretickými folikulami, ľavá tuba bez patologických morfológických zmien. Ľavé ovárium s atretickými folikulami, bielymi telieskami a drobnými folikulárnymi cystami. Útržky sliznice cervikálneho kanála, časti endometria v proliferácii a fragment svaloviny.

Pacientka bola dňa 19.01.2013 o 12.00 h prepustená do ambulantnej starostlivosti, poučená o možných komplikáciách (bolesti brucha, febrility, silné krvácanie). Mala odporučené absolvovať gastroenterologické vyšetrenie pre atypický peroperačný nález na sigme a rekte. Z vykonaných klinických a biochemických vyšetrení neboli v tom čase prítomné známky možnej pooperačnej komplikácie – poškodenie hrubého čreva.

Vo večerných hodinách, dňa 19.01.2013 o 23.26 h, bola pacientka posádkou RZP privezená na GPO tohto istého zdravotníckeho zariadenia. Subjektívne udávala bolesť v epigastriu, bez vomitu, od 18.00 h nemala vetry. Po vyšetrení, zrealizovaní biochemických a hematologických odberov za účelom zistenia príčiny a zhoršenia stavu, mala pacientka podanú infúziu, rektálnu rúrku, antibiotickú a chemoterapeutickú liečbu (Efloran + Bitamon), prevenciu TECH (Fraxiparine). V krvnom obraze bola leukocytóza, Hb 95, CRP 207, PCT 2,1.

Dňa 20.01.2013 o 21.00 h (22 hodín od prijatia) boli na natívnej snímke brucha prítomné početné hladinky, voľný vzduch pod bránicami.

Po chirurgickom konziliánom vyšetrení, 21.01.2013 o 12.32 h, bolo chirurgom vyslovené podozrenie na perforáciu GITu a následne bol indikovaný preklad pacientky na chirurgické oddelenie do iného zdravotníckeho zariadenia za účelom okamžitého chirurgického zákroku z dôvodu suspektnnej sterkorálnej peritonitídy.

Dňa 21.01.2013 bola pacientka prijatá na chirurgické oddelenie s diagnózou: ileózný stav, známky peritoneálneho dráždenia, dehydratácia, sepsa. Operačný výkon: resectio sigmae sec. Hartmann, toilettae cavi abdominis (perforatio sigmae iatrogenes, peritonitis diffusa stercoralis, sepsis).

Po operačnom zákroku bola v stabilizovanom stave prepustená 29.01.2013 do ambulantnej starostlivosti.

### Zistené skutočnosti

Pacientka bola prijatá na LSK zákrok, na GPO. Po vykonaní LSK operácie, revízií operačného priestoru bolo Redon drénom odsaté 350 ml sérosanguinolentného výpotku. Pacientka bola na ďalší deň prepustená do ambulantnej starostlivosti s poučením o ďalšom režime a odporúčaním GIT vyšetrenia pre atypický nález na hrubom čreve (adhezívny proces hrubého čreva a ľavých adnex).

Operačný LSK výkon dňa 18.01.2013 bol vykonaný štandardným spôsobom, bol však náročný pre adhezívny terén v malej panve. Pacientka bola prepustená do ambulantnej starostlivosti na druhý deň po LSK výkone.

Realizácia rozhodujúceho diagnostického výkonu (RTG vyšetrenia brucha), od prijatia na re-hospitalizáciu, bola až 22 hodín od prijatia. Sledovanie pacientky počas opakovanej hospitalizácie na tom istom oddelení, až po transport na chirurgické oddelenie do iného zdravotníckeho zariadenia, bolo neprimerane dlhé a ohrozilo ju na živote.

Indikácia k operačnému výkonu bola správna. Technicky bola operácia vykonaná štandardným spôsobom. Výkon bol náročný pri adhezívnom procese v malej panve, nemal byť preto realizovaný v režime jednodňovej chirurgie. Laparotómia pre sterkorálnu peritonitídu bola realizovaná 21.01.2013, interval od prijatia pacientky na opakovanú hospitalizáciu po stanovenie diagnózy sterkorálnej peritonitídy bol dlhý.

### Zistené nedostatky

Vzhľadom na náročnosť LSK výkonu v adhezívnom teréne malej panvy nemala byť pacientka prepustená do ambulantnej starostlivosti na druhý deň po operácii.

Doba sledovania na GPO, od prijatia na re-hospitalizáciu po transport na chirurgické oddelenie, bola neprimerane dlhá (22 hodín).

### Záver

Úrad konštatoval, že uvedenými nedostatkami **boli porušené ust. § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.**

# Používanie neštandardnej diagnostickej metódy

## Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie

53-ročná pacientka absolvovala dňa 08.07.2013 u poskytovateľa ambulantnej rádiologickej zdravotnej starostlivosti vyšetrenie prsníkov elektroimpedančným mamografom MEIK s nálezom cystoidnej dysplázie obidvoch prsníkov a involúcie parenchýmov oboch prsníkov BIRADS 2 - 3. Vzhľadom na uvedený nález bola pacientka následne vyšetrená v rádiologickej ambulancii iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, vykonané bolo USG vyšetrenie prsníkov s nálezom prechodného typu prsníkov so spomalenou transformáciou, bez patologických ložísk, bez cystoidných lézií BIRADS 1. Vykonané bolo tiež mamografické vyšetrenie s nálezom výrazne denzného žľazového parenchýmu s intramamárnou prítomnosťou lymfatických uzlín v ľavom prsníku BIRADS 2.

## Zistené skutočnosti

Podľa skupiny vykonávajúcej dohľad sa diagnostika ochorení prsníka a skrining nádorového postihnutia riadi Odborným usmernením pre včasnú diagnostiku a liečbu nádorových ochorení prsníka č. 35414/2009 – OZS zo dňa 16.07.2009, vydaného vo Vestníku Ministerstva zdravotníctva SR ročník 57, čiastka 29 - 32. V súlade s týmto usmernením diagnostika ochorení prsníka vychádza zo základnej trojice vyšetrení: klinického, zobrazovacieho a morfológického. K základným zobrazovacím modalitám diagnostiky ochorení prsníka patria v závislosti od veku natívna mamografia a vyšetrenie prsníkov ultrazvukom. Doplňujúce špeciálne zobrazovacie vyšetrenia sú cieleňé mamografické vyšetrenia v iných ako základných projekciách, vyšetrenia s podaním kontrastnej látky – duktografia, vyšetrenie pomocou magnetickej rezonancie a počítačovej tomografie, vyšetrenie pozitronovou emisnou tomografiou.

Z vyššie uvedeného vyplýva, že elektroimpedančná mamografia nepatrí medzi postupy štandardnej diagnostiky ochorení prsníka. Môže ísť o diagnostický postup v rámci doplnkovej – experimentálnej diagnostickej metodiky, avšak takáto zdravotná starostlivosť potom musí byť poskytovaná v súlade s ustanoveniami § 26 – § 34 (právne normy biomedicínskeho výskumu) zákona č. 576/2004 Z. z. V takýchto prípadoch musí byť pacient písomne informovaný o skutočnosti, že nejde o štandardnú diagnostickú metódu a že daný

postup nenahrádza štandardný diagnostický postup. Zároveň musí byť pacient informovaný o štandardných diagnostických postupoch, ktoré sú k dispozícii, pričom informovaný súhlas s poskytnutím zdravotnej starostlivosti musí byť písomný a pacientom podpísaný. Metóda elektroimpedančnej mamografie nepatrí medzi štandardné diagnostické metódy diagnostiky ochorení prsníkov, pretože ide o metódu nepresnú a jej realizáciou v zastúpení mamografie alebo ultrazvukového vyšetrenia dochádza k neštandardnému postupu. Metóda elektroimpedančnej mamografie je metódou nesystémovou a neštandardnou, môže sa používať len ako doplnková metóda (experimentálna).

### **Zistené nedostatky**

Zdravotná starostlivosť u dohliadaného subjektu nebola pacientke poskytnutá správne, pretože u nej bola v rámci diagnostiky ochorenia prsníkov realizovaná neštandardná diagnostická metóda – elektroimpedančná mamografia.

### **Záver**

Vyhodnotením informácií získaných výkonom dohľadu a prešetrením zdravotnej dokumentácie **úrad** pri poskytnutí zdravotnej starostlivosti pacientke u dohliadaného subjektu **zistil porušenie ust. § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.**

### **Doplnenie**

V danom prípade bol daný podnet na VÚC na zrušenie povolenia prevádzkovať zdravotnícke zariadenie v odbore rádiológia, keďže pracovisko v rámci rádiológie realizovalo len túto neštandardnú metódu.

## **Nerozpoznaná zlomenina hornej končatiny**

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

45-ročná pacientka bola dňa 03.01.2012 vyšetrená v ortopedickej ambulancii pre pozáťažové bolesti pravého zápästia, úraz negovala. Objektívne bola oblasť krčnej a hrudnej chrbtice a pravé rameno bez

chorobného nálezu, prítomná bola palpačná citlivosť nad radiálnym epikondylom humeru, predlaktie bolo bez chorobného nálezu, prítomný bol opuch pravého zápästia s palpačnou citlivosťou najmä nad processus styloideus ulnae a s citlivosťou pri doťahovaní palmárnej aj ulnárenej dukcie, prsty boli bez neurocirkulačných zmien. Stav bol hodnotený ako styloiditis ulnae l. dx. a bola odporúčaná ortéza, pokoj a celkovo nesteroidné antiflogistiká, kontrola bola odporúčaná po preliečení podľa stavu.

Kontrolné vyšetrenie v ortopedickej ambulancii bolo vykonané po 2 týždňoch, dňa 19.01.2012. Pacientka udávala pretrvávajúce bolesti v pravom zápästí napriek liečbe. Objektívne bola prítomná palpačná citlivosť nad processus styloideus ulnae, bez edému, funkčne s redukciou vo všetkých polohách, stisk pravej ruky bol oslabený. Ordinované bolo RTG vyšetrenie pravého zápästia, ktorého nálež bol ortopédom hodnotený ako „negat.“ Pacienteke bola stanovená diagnóza styloiditis ulnae l. dx. a odporúčaná rehabilitačná liečba.

Pre pretrvávajúce bolesti a redukovanú hybnosť pravého zápästia, napriek realizovanej medikamentóznej a rehabilitačnej liečbe, bola pacientka po cca 7 týždňoch vyšetrená v ortopedickej ambulancii iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, kde bol na základe prvého (odporúčeného pôvodnou ortopedičkou) RTG nálezu a následne vykonaného CT vyšetrenia pravého zápästia diagnostikovaný stav po Collesovej zlomenine zhojenej v miernej dislokácii palmárnym smerom. Stav bol v ďalšom období riešený korekčnou osteotómiou rádia a ulny, dlahovou osteosyntézou a spongioplastikou.

### **Zistené skutočnosti**

Pacientka bola vyšetrená v ortopedickej ambulancii pre pozáťažové bolesti pravého zápästia, úraz negovala. Na základe tejto anamnézy a klinického vyšetrenia bol stav uzavretý ako pravostranná ulnárna styloiditída a bola odporúčaná konzervatívna terapia a ortézovanie.

Pre pretrvávanie ťažkostí bola pacientka opakovane vyšetrená po dvoch týždňoch, kedy bolo urobené aj RTG vyšetrenie pravého zápästia s negatívnym záverom a ku konzervatívnej liečbe bola odporúčená aj rehabilitácia. Kontrolné ortopedické vyšetrenie bolo vykonané po cca 7 týždňoch u iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti s nálezom inveterovanej zlomeniny rádia s dislokáciou. Ambulantné ortopedické vyšetrenie dňa 03.01.2012 bolo vykonané na základe nesprávnej anamnézy, kedy pacientka poprela úraz. Avšak vzhľadom na dostupné RTG a CT nálezy u pacientky je vysoko nepravdepodobné, prakticky vylúčené, aby ku zlomenine mohlo dôjsť



spontánne bez úrazu, nakoľko zobrazený skelet neprejavoval známky osteopatie.

Už pri prvom vyšetrení pre pretrvávajúce bolesti neznámej etiológie s opuchom bolo vhodné vykonať RTG vyšetrenie pre podozrenie na nádorovú afekciu (onkologický reflex). Nález RTG vyšetrenia pravého zápästia, ktorý bol ordinovaný pri kontrolnom vyšetrení, bol dňa 19.01.2012 nesprávne vyhodnotený ako „negat.“ V skutočnosti je na predmetnej RTG snímke obraz extraartikulárnej zlomeniny distálneho rádia.

Na základe dostupnej zdravotnej dokumentácie je nutné konštatovať, že došlo ku zlej interpretácii RTG vyšetrenia, keď na RTG snímke bola nerozpoznaná jednoznačná zlomenina rádia s posunom v štádiu prestavby a z toho vyplýval aj neadekvátny a nesprávny terapeutický postup ordinovaný ortopédom, teda odstránenie ortézy a odporúčanie rehabilitačnej liečby.

### **Zistené nedostatky**

RTG nález pravého zápästia nebol dňa 19.01.2012 vyhodnotený správne, v dôsledku čoho bola pacientke ordinovaná nesprávna liečba. RTG nález bol vyhodnotený ako bez chorobných zmien, pričom reálne bol na predmetnej RTG snímke prítomný obraz zlomeniny pravého distálneho rádia s posunom, v štádiu prestavby.

### **Záver**

**Úrad zistil pri poskytnutí zdravotnej starostlivosti pacientke porušenie ust. § 4 ods. 3 zákona č.576/2004 Z. z.**

# Podcenenie závažnosti ochorenia zo strany pacienta

Podávateľ podnetu žiadal o preverenie postupu zdravotníckych pracovníkov na chirurgickom oddelení NsP v súvislosti s operáciou žlčníka jeho družky, ktorú absolvovala v januári 2013. Podľa jeho vyjadrenia bola operovaná pre žlčové kamene a po operácii u nej pretrvávali ťažkosti, ktoré vyústili až do úmrtia v júni 2013.

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

62-ročná pacientka bola v dňoch 21. – 28.12.2012 hospitalizovaná na chirurgickom oddelení pre bolesti brucha pod PRO trvajúce asi mesiac, s dva dni trvajúcou anamnézou nauzey, vomitu, zimnice. Mesiac pred hospitalizáciou bola pacientke diagnostikovaná cholecystolitiáza. V deň prijatia bolo realizované USG brucha so záverom: Cholecystolitiáza so sludge v. s. choledocholitiáza, Akútna cholecystitída, Dilatácia intrahepatálnych a extrahepatálnych žlčových ciest, Steatóza heparu s hepatomegáliou, Splenomegália. Laboratórne bola zistená elevácia hepatálnych enzýmov, celkového aj konjugovaného bilirubínu, CRP. Nasadená bola intravenózna ATB terapia a infúzna spazmoanalgetická liečba, s postupným ústupom subjektívnych ťažkostí. Dňa 28.12.2012 pacientka prepustená na perorálnej ATB liečbe do ambulantnej starostlivosti.

Dňa 02.01.2013 bola u iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti prijatá za účelom hospitalizácie a prípravy na ERCP vyšetrenie na základe objednania.

Dňa 03.01.2013 bolo zrealizované ERCP so záverom: Cholecystitis a cholangitis so zaklíneným konkrementom v oblasti vyústenia ductus cysticus. Endoskopická papilotómia. Čiastočné uvoľnenie prechodu cez hepatocholedochus, konkrement, ale nebol vytiahnutý. Implantácia duodenobiliárneho stentu. Odpor.: cholecystektómia klasickým spôsobom.

Dňa 04.01.2013 bol realizovaný operačný zákrok: „cholecystectomy, revisio viarum biliarum, biligrafia peroperativa.“ Peroperačne po nastrihnutí cholecysty bola táto bez prítomných konkrementov, jej stena bola zhrubnutá s obsahom asi 3 cm polypoidného tumoru. Cholecysta bola odoslaná na histológiu s výsledkom: V početných excíziách zo žlčníka je obraz malígneho epitelového nádoru. Hladkosvalová vrstva žlčníka je úplne deštruovaná nádorom.

V hodnotených rovinách rezu nádor siaha až do chirurgickej resekčnej línie. Záver: Adenoskvamózny karcinóm žlčníka, G2, pT2NxMx, R1, L0, V0, Pn0. Pri ambulantnej kontrole pacientky po prepustení z hospitalizácie bola pacientka odoslaná aj s výsledkami z histológie do onkologickej ambulancie iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti (s uvedením kontaktov).

V onkologickej ambulancii bola pacientka vyšetrená dňa 21.01.2013. V zázname z vyšetrenia je uvedené, že pacientka bola informovaná o malígnej povahe ochorenia a aj o tom, že ako jediný možný postup s nádejou na dlhodobé vyliečenie je sekundárny radikalizujúci výkon na hepate + lymfadenektómia. V závere je zároveň uvedená požiadavka na doplnenie CT hrudníka, brucha a malej panvy, ako aj vydanie kópií popisu USG pred ERCP a operáciou, ako aj vydanie kópie operačného nálezu. S výsledkami sa mala pacientka dostaviť do onkologickej ambulancie nasledujúci týždeň.

CT brucha bolo realizované u dohliadaného subjektu dňa 04.02.2013 so záverom: ohraničená tekutinová formácia s vytvorenou stenou v lôžku cholecysty, dif. dg absces? žľčová kolekcia – menej pravdepodobná, s presiaknutím do okolia útvaru, dif. dg. v rámci pooperačných zmien, nemožno vylúčiť infiltráciu do okolia. Zavedený duodenobiliárny drén. Zmnožené, nezväčšené LU perihepatálne. Difúzna steatóza heparu. Hepatosplenomegália. Dve ložiskové lézie sleziny, susp. hemangiómy. Ložisková lézia ľavej nadobličky, susp. adenóm. Nefrolithiasis l. sin., t. č. bez dilatácie dutého systému obličky. Viacpočetné kortikálne cysty oboch obličiek.

Onkologickú ambulanciu pacientka navštívila opätovne až po štyroch mesiacoch od prvej návštevy, dňa 16.5.2013. V zázname z vyšetrenia bolo uvedené, že „prišla až teraz po štyroch mesiacoch, lebo jej nevesta rodila...“ Vzhľadom na to, že od CT vyšetrenia zo dňa 04.02.2013 uplynuli viac ako tri mesiace, bolo potrebné vykonať nové CT vyšetrenie, ktoré malo byť opätovne urobené u dohliadaného subjektu.

Následne bola pacientka dňa 27.05.2013 vyšetrená v chirurgickej ambulancii ÚPS dohliadaného subjektu pre 3 dni trvajúce bolesti brucha pod PRO a ako susp. cholangoitída bola prijatá na chirurgické oddelenie za účelom intravenózneho ATB terapie a doriešenia stavu.

Dňa 29.05.2013 bolo realizované CT brucha natív + po aplikácii kontrastnej látky so záverom: Stav po CHE a po vnútornej drenáži so zavedeným DBD drénom. Mnohopočetný, centrálny (včetně lôžka po CHE) až splyvajúci ložiskový proces heparu s v. s. paketovou periportálnou a retroperitoneálnou LAP, najskôr pri generalizácii neoprocesu. Dilatácia extrahepatálnych aj intrahepatálnych žľčovodov

pri možnej cholangioitíde, v. s. implantačné peritoneálne metaložiská ventrálnu vpravo v mezohypogastriu. Známkou voľnej tekutiny v abdominálnej dutine.

Pacientke bola nasadená i.v. ATB liečba a spazmoanalgetická terapia, s postupným zlepšením subjektívnych ťažkostí. Pre nízku hodnotu hemoglobínu bola podaná 3x Erymasa. Pacientka bola postupne reanimovaná. Dňa 03.06.2013 podpísala negatívny reverz, preto bola na vlastnú žiadosť prepustená do ambulantnej starostlivosti.

Dňa 10.06.2013 bola pacientka vyšetrená v onkologickej ambulancii, kde bolo konštatované, že metastatické ochorenie je rozsiahle, s prejavmi počínajúceho sa hepatálneho zlyhávania a u pacientky nie je možná ani rádioterapia a ani chirurgická liečba. U pacientky bola plánovaná ambulantná chemoterapia so zahájením liečby o tri dni.

Pri vyšetrení na onkologickej ambulancii dňa 13.06.2013 bola konštatovaná eskalácia nálezov s rozvojom ikteru, pacientka bola prijatá na onkologické oddelenie, kde dňa 20.06.2013 došlo k exitu.

### **Zhodnotenie úradom**

U pacientky bola na základe nálezov z ERCP vyšetrenia vykonaná anterográdna cholecystektómia, s peroperačným nálezom asi 3 cm polypoidného tumoru ako obsahu cholecysty. Histologickým vyšetrením bol potvrdený malígny nádor – adenoskvamózny karcinóm žlčníka, pacientka bola za účelom ďalšej liečby odoslaná na onkologickú ambulanciu iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. V onkologickej ambulancii bola pacientke vysvetlená závažnosť jej zdravotného stavu a aj skutočnosť, že jediným možným postupom s nádejou na dlhodobé vyliečenie je operačný zákrok na pečeni. Dohliadaný subjekt bol požiadaný o doplnenie CT vyšetrenia a kópií nálezov z hospitalizácie. S výsledkami sa mala pacientka na onkologickú ambulanciu dostaviť nasledujúci týždeň.

Pacientka sa však na onkologickú ambulanciu dostavila až po 4 mesiacoch od prvého vyšetrenia. Opakované CT vyšetrenie, ktoré bolo potrebné vykonať z dôvodu časového odstuhu viac ako troch mesiacov od predchádzajúceho CT vyšetrenia, už potvrdilo výraznú progresiu nálezov. Na základe zhodnotenia aktuálneho stavu bolo onkológom konštatované, že u pacientky už nie je možná rádioterapia, ani chirurgická liečba. Bolo plánované začatie chemoterapie, avšak v priebehu troch dní došlo u pacientky k eskalácii nálezov s rozvojom ikteru a následným exitom.

### **Záver**

**Úrad nezistil porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.**

## **Doplnenie**

Počas časového odstupu štyroch mesiacov od prvej návštevy, kedy pacientka z vlastnej vôle onkologickú ambulanciu nenavštívila, došlo ku generalizácii malígneho procesu, ktorá následne viedla k exitu pacientky.

# **Závažná komplikácia po podaní desenzibilizačnej liečby**

Úrad prijal podanie rodičov pacienta vo veci podozrenia na pochybenie pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti v alergologickej ambulancii. K výkonu dohľadu boli prizvaní konzultanti z medicínskych odborov klinická imunológia a alergológia, neurológia a urgentná medicína.

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

30-ročný pacient bol sledovaný v alergologickej ambulancii od januára 2008 pre precitlivosť včasného typu na alergény peľu drevín, tráv, obilnín, bylín, stromov, buriny, obilie, púpavu a repku - polinózu s prejavmi astmy bronchiale.

Vzhľadom na uvedené mu bola okrem antialergickej liečby odporučená alergénová imunoterapia - desenzibilizácia prípravkom Pollinex Rye - so začatím liečby dňa 14.02.2008. Po prvej desenzibilizácii v roku 2008 bol stav zhodnotený ako zlepšený a tolerancia vakcíny ako dobrá. Pacient mal záujem pokračovať v liečbe, po dohovore sa v liečbe pokračovalo 3-mi injekciami (Pollinex Rye 300, 800 a 2 000 SU) aj v rokoch 2009 - 2012 a napokon aj v roku 2013.

Pri kontrole dňa 28.01.2013 sa pacient cítil dobre a mal záujem pokračovať v desenzibilizácii, čo aj potvrdil svojím podpisom informovaného súhlasu. Podanie prvej (dňa 30.01.2013, 300 SU) aj druhej dávky (dňa 11.02.2013, 800 SU) prebehlo bez komplikácií.

Dňa 11.03.2013 o 8.10 h bola v imunologickej ambulancii pacientovi podaná v rámci desenzibilizačnej terapie 3. dávka Pollinex Rye.

Podľa predloženej dokumentácie k jej podaniu došlo s odstupom 4 týždňov. Lekárka sa rozhodla, vzhľadom na posun o 14 dní oproti bežnému intervalu, dávku redukovať a podala polovičnú dávku 3. inj.,

t. j. 1 000 SU (namiesto štandardných 2 000 SU) a premedikáciu Rupatađin 10 mg per os; plánované bolo potom ešte pokračovanie plnou dávkou 2 000 SU.

Následne 10 minút po aplikácii pacient udával svrbenie očí, plný nos, bez ťažkostí s dýchaním. Uložený bol v ambulancii na lôžko, v objektívnom náleze prítomný len mierny opuch viečok bilat., kardiopulmonálne bol kompenzovaný. Zaistený bol periférny cievny prístup, podaná antialergická i. v. terapia (Dexamed, Dithiaden). Reakcia bola vyhodnotená ako alergická bez celkovej reakcie. Pacient bol stále pozorovaný na ambulancii, bez subjektívnych aj objektívnych ťažkostí, stav bol stabilizovaný.

O 8.50 h došlo náhle k zhoršeniu stavu, vzniku triašky, tonických kŕčov hornej polovice tela, prvotne bez poruchy vedomia, zrenice boli izokorické, bola prítomná hypotenzia (TK 80/50) s akciou srdca 64/min. Bolo začaté podávanie kyslíka maskou a adrenalínu i. v., frakcionovane pomaly. Zdravotnou sestrou bola o 8.52 h volaná záchranná zdravotná služba. Následne pacient stratil vedomie, pulz bol nehmatný, začatá bola externá masáž srdca, dýchacie cesty boli zaistené T-tubusom, pacient bol predýchavaný ambuvakom napojeným na kyslíkovú bombu, bola podaná 2. dávka adrenalínu. Dojazd posádky ambulancie ZZS typu RLP na miesto bol o 9.00 h – po 8 minútach od prijatia hovoru na linku tiesňového volania.

Pri príchode posádky RLP bola u pacienta prítomná areflexia, apnoe, asystólia, GCS 3, fixovaná mydriáza. Posádka ZZS prebrala pacienta, pokračovala v KPCR, dýchacie cesty zaistila cestou OTI, podávala O<sub>2</sub> s FiO<sub>2</sub> 1,0, zaistila ďalší periférny venózný prístup. Na základe EKG záznamu a pri elektrickej aktivite typu komorovej fibrilácie boli podané defibrilačné výboje 200 a 360 J, celkom 5x; Adrenalin 10 mg á 1 mg i. v., Atropin 2 mg i. v., Cordarone 150 mg i. v.; objemová terapia: Plasmalyte 500 ml, FR 1 500 ml; podaný bol aj bikarbonát 4,2 % 250 ml i. v. Po približne 50 minútach resuscitácie došlo k obnoveniu spontánnej elektrickej aktivity srdca s konsolidovaným rytmom, podaný bol Noradrenalin 1 mg a Dobutamin 250 mg do lineárneho dávkovača a pacient bol urýchlene transportovaný o 10.18 h do UN, kde bol o 10.35 h prijatý na KAIM.

Bol napojený na UPV, kontinuálne i. v. analgosedovaný so zavedením invazívnych vstupov (CVK, arteriálna linka), orogastrickej sondy, PK. V osobnej anamnéze bola uvedená paroxyzmálna hypertenzia, tendencia k neurovegetatívnej labilite, prekolapsové stavy nezistenej etiológie. Pre hypotenziu bola nutná vazopresorická podpora noradrenalínom. Začatá bola terapeutická hypotermia v trvaní 36 hodín. Realizované bolo CT hlavy s nálezom incipientného

edému mozgu. Pri normotermii bolo opakovane vysadené tlmenie, no pacient sa nepreberal k vedomiu. Pre rozvoj kŕčovej aktivity bol opätovne tlmený, intermitentne relaxovaný. Stav bol zhodnotený neurológom ako porucha vedomia na úrovni kómy pri ťažkej hypoxickej encefalopatii, do liečby boli pridané antiepileptiká. Pre predpoklad dlhodobej UPV a potrebe toalety dýchacích ciest bola vykonaná tracheostómia.

Dňa 22.03.2013 bolo realizované MRI mozgu s nálezom hypoxicko-ischemickej encefalopatie s difúznou kortikálnou laminárnou nekrózou prakticky všetkých lalokov oboch hemisfér a postihnutím bazálnych ganglií, bez prejavov ICH; v doplnenom arteriogramе intrakránia boli primerane zachované prietoky krvi. Postupne cez odpájacie režimy za vyhovujúcich oxýgenačno-ventilačných parametrov bol pacient dňa 26.03.2013 odpojený z umelej ventilácie, podávaný mu bol O<sub>2</sub>.

Dňa 27.03.2013 bol pacient preložený do rájónneho zariadenia na JIS internej kliniky. Pri preklade bol v bezvedomí, GCS 3. Pri antiepileptickej liečbe došlo k redukcii kŕčovej aktivity. Stav bol zhodnotený ako comma vigile, kŕčová aktivita ako dekortikačné kŕče. Počas hospitalizácie boli opakovane realizované kontrolné CT vyšetrenia (4x) a MRI vyšetrenie mozgu (19.04.2013) s nálezom difúzneho edému mozgového parenchýmu (v kortexe, aj v oblasti mozgového kmeňa), s hypodenznými ischemickými léziami okcipálne bilat., frontálne vpravo a v úrovni putamen obojstranne.

Od 23.04.2013 do 26.04.2013 bol pacient hospitalizovaný na neurologickej klinike UN za účelom zhodnotenia stavu po neurologickej stránke a eventuálneho ďalšieho postupu. Podľa klinického stavu a výsledkov pomocných vyšetrení (MRI mozgu, EEG) nebol predpoklad podstatnejšieho zlepšenia mozgových funkcií.

Dňa 26.4.2013 bol v stacionárnom stave preložený späť na interné oddelenie rájónnej nemocnice za účelom doliečenia a komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti. Dňa 07.05.2013 bol pozorovaný vznik opuchu na ľavej DK; suponovaná bola hlboká žilová flebotrombóza s plánovaným vyšetrením ciev DK. Náhle však došlo k cirkulačnému kolapsu, pravdepodobne pri masívnej embolizácii do pľúcnych artérií. Pri asystóliu bola začatá KPCR, ktorá nebola úspešná, k obnove vitálnych funkcií nedošlo a o 11.10 h bol konštatovaný exitus letalis.

Pitva preukázala Kardiorespiračné zlyhanie, Embolizáciu do periférnych vetiev pľúcnych artérií, Anafylaktický šok po podaní lieku s následnou difúznou kortikálnou nekrózou, hypoxicko–ischemickým poškodením a opuchom mozgu ťažkého stupňa.

## Zhodnotenie úradom

Indikovanie alergénovej imunoterapie - desenzibilizácie prípravkom Pollinex Rye, bolo správne. Postup v rámci dlhodobého manažmentu pacienta bol štandardný a správny.

Pri podaní tretej dávky s odstupom nebolo identifikované pochybenie. Dávkovací interval Pollinexu (podobne ako pri iných alergénových vakcínach) je iba odporúčaný, nie záväzný. S prihliadnutím k viacerým okolnostiam rozhodnutie dokončiť liečbu úrad hodnotil ako správne. Zdravotná dokumentácia obsahovala všetky náležitosti podľa platných predpisov vrátane informovaného súhlasu. Pacient bol pred každým samotným podaním informovaný, čo potvrdil vlastnoručným podpisom.

Postup po vzniku prvotných známkov alergickej reakcie hodnotil úrad ako správny. Bola podaná správna liečba, zaistený periférny venózný prístup, aj režimové opatrenie – odsledovanie pacienta.

Po vzniku systémovej alergickej reakcie boli začaté všetky potrebné úkony podľa medicínskych odporúčaní - opakované podanie adrenalínu, podávanie kyslíka maskou, masáž srdca, privolanie ZZS. Počas následných hospitalizácií od 11.03.2013 do 07.05.2013 boli vykonané všetky potrebné vyšetrenia a terapeutické úkony včas, v dostatočnom rozsahu, správne a primerane aktuálnemu zdravotnému stavu pacienta. Úrad nezistil u dohliadaných subjektov v rámci predmetu dohľadu nedostatky.

## Záver

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

## Doplnenie

Odporúčaná doba podávania alergénovej imunoterapie je arbitrárna, nie je kontraindikované dlhšie podávanie. Naopak, z odborného hľadiska, sa udáva incidencia takýchto reakcií v súvislosti so s. c. alergénovou imunoterapiou všeobecne v 0,0005 – 0,01 %. Pri podávaní vakcíny Pollinex Rye je riziko anafylaxie veľmi nízke, nepresahuje riziko alergénovej imunoterapie ako takej, pričom riziko tejto liečebnej metódy nie je vyššie ako pri niektorých iných bežne používaných farmakách (napr. penicilínové ATB, rádiokontrastné diagnostiká, lokálne anestetiká, nesteroidné antiflogistiká). Podávanie viac ako 3 roky zvyšuje efekt desenzibilizácie, rozhodne nezvyšuje riziko vzniku anafylaxie, k tejto síce môže dôjsť kedykoľvek, ale najmä na jej začiatku.



# Zriedkavá komplikácia po tonzilektómii

26-ročná pacientka po tonzilektómii pre chronickú tonzilitídu udávala v pooperačnom období pretrvávajúce bolesti v oblasti C chrčtice, pre ktoré bola opakovane vyšetrená na CPO. MRI vyšetrenie s mesačným odstupom preukázalo spondylodiscitídu.

## Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie

Pacientka bola dňa 08.04.2013 hospitalizovaná na ORL oddelení, kde bola u nej v rovnaký deň v celkovej anestézii vykonaná obojstranná tonzilektómia pre chronický zápal mandlí s tvorbou čapov. Operačný výkon prebehol bez komplikácií, pooperačne jej boli podávané analgetiká, realizované výplachy orofaryngu. Do ambulantnej starostlivosti bola prepustená dňa 10.04.2013.

Pre pretrvávajúce bolesti v oblasti krčného segmentu chrčtice bola opakovane v termínoch 11.04.2013, 14.04.2013 a 04.05.2013 vyšetrená na CPO. Pri vyšetrení dňa 11.04.2013 udávala bolesti krčnej chrčtice trvajúce od operácie mandlí s vyžarovaním medzi lopatky. Stav bol po RTG krčnej chrčtice a neurologickom vyšetrení diagnosticky uzavretý ako VAS C chrčtice na podklade svalovej dysbalancie, bol jej odporučený štandardný postup - antireumatiká, myorelaxanciá, suché teplo, pokoj.

Pri vyšetrení dňa 14.04.2013 bolo v popredí zvýraznenie bolesti hlavy a krčnej chrčtice až neznesiteľnej intenzity, teploty do 39,5 °C. Neurologické vyšetrenie vyslovilo podozrenie na meningoencefalitídu a pacientka bola odoslaná na hospitalizáciu na infekčnú kliniku, kde sa meningitída nepotvrdila. Po podávaní ATB liečby teploty poklesli.

Dňa 04.05.2013 bola znovu vyšetrená na CPO pre bolesti C chrčtice. Na realizovanom RTG vyšetrení C chrčtice bol prvýkrát suponovaný osteolytický proces tela stavca C6 s vymiznutím krycích platničiek tela stavca C6 a dorzálnym posunom tela stavca C5; ortopédom bola vypísaná žiadanka na MRI vyšetrenie krčného segmentu chrčtice, rovnako bola odporučená hospitalizácia na ortopedickom pracovisku, ktorú pacientka odmietla. Pre zhoršenie subjektívnych ťažkostí sa ale ešte v ten istý deň dostavila na hospitalizáciu.

MRI vyšetrenie krčného segmentu chrčtice dňa 06.05.2013 preukázalo výraznú geometrickú vadu spinálneho kanála s kompresiou miechy na gibbe patologickej luxačnej fraktúry tela stavca C6 s posunom C5 smerom do spinálneho kanála, miecha bola bez

kompresie, zlomenina bola nestabilná. Neurochirurgické konzílium napriek susp. spondylodiscitíde C5 a C6 indikovalo korekčnú stabilizačnú operáciu s náhradou tela stavca C6 a stabilizáciou C4 - C7 spredu titánovou dlahou. Operačný výkon bol realizovaný v celkovej anestézii dňa 13.05.2013, kedy bol potvrdený hnisavý zápalový proces tela VI. krčného stavca s evakuáciou abscesu (kultivačne E. colli hemolytica, Staphylococcus hominis, Lactobacillus species).

### **Zhodnotenie úradom**

V posudzovanom prípade došlo k extrémne zriedkavej, a čo sa týka prognózy quo ad vitam, mimoriadne závažnej hnisavej zápalovej komplikácii, a to k hematogénnej osteomyelitíde tela VI. krčného stavca - spondylodiscitíde C6 s následnou patologickou nestabilnou kompresívnou fraktúrou tela stavca s luxáciou stavca C5. Zdrojom septického embolu, z ktorého „metastazoval“ infekčný agens do krčného stavca, bola s vysokou pravdepodobnosťou fokálna chronická infekcia v ORL oblasti. Vzhľadom na mimoriadnu zriedkavosť infekcie, netypický priebeh, ktorý spočiatku imponoval ako vertebrogénny syndróm C chrbtice na diskogénnom podklade, neskôr ako počínajúca retrofaryngeálna flegmóna, dokonca počínajúca meningoencefalitída, pričom absentovali alarmujúce typické príznaky - ťažký, až život ohrozujúci septický stav so schvátanosťou, vysokými teplotami, permanentnými neznesiteľnými bolesťami postihnutého segmentu chrbtice, posunom v krvnom obraze, trojicifernou sedimentáciou, vysokou aktivitou zápalových markerov..., objektívne nebolo možné diagnózu osteomyelitídy tela VI. krčného stavca stanoviť skôr.

### **Záver**

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

## **Úskalia diagnostiky AKS v praxi lekára LSPP**

Úrad obdržal podnet dcéry zomrelého pacienta, ktorá žiadala prešetriť postup lekárky LSPP pri vyšetrení jej otca dňa 16.01.2013 v skorých ranných hodinách pre bolesť na hrudníku.

Keďže pacient nemal pri sebe doklad totožnosti a nevedel ani svoje rodné číslo, službukonajúci personál ho údajne posadil na chodbu a prešiel do miestnosti s internetom, aby si overil poisťný vzťah. Medzitým pacient odišiel (pisateľka podnetu sa domnievala, že bol personálom poslaný do neďaleko vzdialeného bydliska pre doklady). Pacienta následne našli ležať mŕtveho na chodníku medzi bydliskom a ambulanciou (pisateľka uvádzala vzdialenosť cca 500 m), pričom obhliadku mŕtveho vykonala opäť službukonajúca lekárka LSPP.

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

V predloženej zdravotnej dokumentácii sa nachádzal záznam o vyšetrení menovaného pacienta dohliadaným subjektom v rámci výkonu LSPP dňa 16.01.2013 o 5.30 h:

„TO: od včera bolesti na hrudníku, najmä ráno a po zvýšenej námahe, počas dňa prestali, dnes ráno po zobudení bolesti znova, hypertonik, užíva Indapamid a druhé lieky od tlaku nevie, fajčiar. Obj. eupnoe, akcia srdca prav., frekvencia 104/min., ozvy bez šelestov, dýchanie bez stázy, bez VF, TK 160/105, palpačná citlivosť pravého hemithoraxu v medioklavikulárnej čiare v obl. III. - IV. rebra, tuhšie paravertebrálne svalstvo v Th oblasti. EKG: ST v aVR a V1 elev., V2 do 1 mm, V5 a V6 depresia do 1 mm, PZ vo V4. DG: Hypertenzia zle korigovaná; Bolesť na hrudníku – IM? Dop.: ad interné vyšetrenie – nabrať kardiálne enzýmy.“ V závere nálezu dopísané rukou: „Pacient si nález nezobral a nezaplatil.“

Ďalší predložený záznam v zdravotnej dokumentácii bol z toho istého dňa o 7.15 h, týkal sa výjazdu tej istej službukonajúcej lekárky LSPP k prehliadke mŕtveho tela: „Na ulici telo v polohe na chrbte bez známok vitálnych funkcií – apnoe, asystólia, korneálny reflex nevýbavný, poranenie nosa so známkou po krvácaní. Prítomná polícia. Konštatujem exitus letalis, dop. pitvu.“

Podľa písomného stanoviska zástupcu dohliadaného subjektu sa menovaný pacient pri vyšetrení sťažoval na bolesti na hrudníku, ktoré mal od rána predchádzajúceho dňa, pričom počas pracovného dňa mu bolesti vymizli. Na vyšetrenie sa dostavil cestou do práce. Udával, že sa lieči na vysoký tlak, na interné vyšetrenie pravidelne nechodil (udával, že naposledy v roku 2005 - 2006), okrem Indapamidu nevedel názvy antihypertenzív. Počas vyšetrenia udával ústup bolestí, v objektívnom náleze mal palpačnú bolestivosť pravého hemithoraxu a tuhšie paravertebrálne svalstvo, čo imponovalo na myoskeletárne bolesti, mal vyššiu pravidelnú frekvenciu srdca a zvýšený tlak krvi, kardiopulmonálne bol kompenzovaný.

Na EKG boli nešpecifické známky ischémie (možná neliečená ICHS? s nestabilnou AP?) a známky preťaženia (dlhodobo zle kompenzovaná hypertenzia?). Na základe uvedeného oznámili pacientovi, že musí absolvovať interné vyšetrenie a vyzvali ho, aby si sadol pred ambulanciu, kým si overia jeho rodné číslo a zdravotnú poisťovňu, nakoľko nemal u seba žiadny doklad totožnosti, a rozhodnú o spôsobe realizácie interného vyšetrenia (zvažovali možnosť prevozu na najbližšie interné oddelenie najmä z časového hľadiska, nakoľko sanitné vozidlo LSPP nemali k dispozícii), tieto technické záležitosti nechceli riešiť pred pacientom. Službukonajúcou zdravotnou sestrou bol pacient upozornený, aby neodchádzal z budovy. Pri opätovnom štúdiu EKG záznamu a zhodnotení rizikových faktorov lekárka zvažovala aj pracovnú dg susp. IM, avšak vzhľadom k takmer 24 hodinovej anamnéze by očakávala iný EKG nález. O chvíľu išli pacienta zavolať, aby s ním dohodli spôsob realizácie interného vyšetrenia; vtedy zistili, že svojvoľne odišiel. Po chvíľke čakania, či sa nevráti, vytlačili pripravený záznam, na ktorý ešte lekárka rukou dopísala, že pacient si nález nezobral a nezaplátil. Pacienta vyšetřili aj bez kartičky poistenca a zaplatenia poplatku a nevideli dôvod, prečo by ho posielali domov.

Záznam z vyšetrenia pacientovi nedali, pretože v čase jeho odchodu nebol dopísaný, vytlačený, jeho stav nebol doriešený, nemohli teda zasiahnuť ani terapeuticky, pacient nepodpísal ani poučenie.

Skutočnosť, že pacienta lekárka vyšetřila na LSPP, uviedla aj posádke RLP, od ktorej prebrala informáciu o úmrtí a túto skutočnosť uviedla aj v Správe o prehliadke mŕtveho, ktorú odoslala na pitvu.

Podľa pitevného protokolu bola príčinou smrti pacienta náhla srdcová smrť s čerstvými ischemickými zmenami myokardu, komplikáciou základnej choroby bola hypertenzná choroba srdca a obličiek, základnou chorobou bola esenciálna hypertenzia a celkové skôrnenie tepien. V podrobnom popise srdcového svalu sa uvádzalo naznačené vyblednutie v zadnej časti medzikomorového septa, inde bola svalovina srdca bez ložiskových zmien. Hrúbka svaloviny ľavej komory bola 25 mm, medzikomorovej prepážky 22 mm, pravej komory 3 mm. Odstupy vencovitých tepien boli anatomicky správne, ich priebeh bol priamy, vo výstelke tepien boli žltobelavé sklerotické pláty, avšak tepny boli bez viditeľných uzáverov. Histologickým vyšetřením myokardu bola zistená disperzná myofibróza s výrazným zmnožením väziva perivaskulárne, zhrubnutie myocytov, ich hojná fragmentácia a eozinofília, prítomné boli kuboidné jadrá, ojedinele diapedéza neutrofilných granulocytov do okolia kapilár, nález svedčil pre čerstvé ischemické zmeny.

## **Zhodnotenie úradom**

Výkonom dohľadu úrad zistil, že menovaný 50-ročný pacient s rizikovými faktormi (nadváha s BMI 28,32 a fajčenie) s dlhoročnou hypertenziou, ktorá zrejme nebola dostatočne liečená (nebol dispenzarizovaný v odbornej ambulancii - internej, kardiologickej), vyhľadal LSPP dňa 16.01.2013 s anamnézou bolestí na hrudníku od rána predchádzajúceho dňa. V anamnéze z predmetného vyšetrenia nebol bližšie špecifikovaný charakter bolestí, ale bolo zaznamenané ich zvýraznenie ráno a po zvýšenej námahe.

V obsahovo dostatočnom lekárskom objektívnom náleze neboli popisované žiadne prejavy alterácie stavu ani kardiálnej dekompenzácie, bola zistená mierna tachykardia 104/min a zvýšená aktuálna tenzia 160/105, palpačná citlivosť pravého hemitoraxu a zvýšené napätie hrudného segmentu paravertebrálnych svalov. Vzhľadom k zaznamenaným ťažkostiam pacienta bolo správne indikované EKG vyšetrenie.

Na predloženej EKG krivke bol zaznamenaný normálny sínusový rytmus s pulzovou frekvenciou 95/min, bez prítomnosti extrasystólie, elektrická os srdca bola stredného typu, PR 120 ms, QRS 120 ms, krivka bola bez obrazu ramienkového bloku, Q vlny neboli prítomné, konfigurácia rS bola vo zvodoch V1, V2, obraz výraznej hypertrofie ľavej komory, v ST segmente boli ascendentné, a teda nevýznamné depresie vo zvodoch II, III, aVF, horizontálne ST depresie vo zvodoch V5, V6, zrkadlová ST elevácia, resp. zvýšený odstup bodu J vo zvodoch V1, V2, V3. Uvedený EKG nález nesvedčil pre akútny infarkt myokardu s eleváciou ST segmentu (tzv. STEMI), ktorý za každých okolností vyžaduje okamžitú hospitalizáciu a akútnu intervenciu, ale v súlade s názorom službukonajúcej lekárky svedčil s vysokou pravdepodobnosťou pre tzv. cor hypertonicum, t. j. zmeny myokardu vznikajúce v dôsledku dlhotrvajúcej a predovšetkým nedostatočne liečenej artériovej hypertenzie. Preto diagnostický záver z predmetného vyšetrenia: „Hypertenzia - zle korigovaná; Bolesť na hrudníku - v dif. dg. IM“ považoval úrad za správny. Vzhľadom k charakteru ťažkostí a rizikovým faktorom pacienta bolo správne aj rozhodnutie dohliadaného subjektu odoslať pacienta na interné vyšetrenie.

## **Záver**

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

## Doplnenie

Aj keď EKG záznam u pacienta nesvedčil pre akútny IM, je potrebné uviesť, že až 10 % infarktov myokardu nemusí vyvolať na EKG žiadne zmeny. Preto sa v klinickej praxi pre diagnostiku IM požaduje pozitivita aspoň dvoch z troch diagnostických príznakov u chorého: bolesť na hrudi, typické zmeny na EKG a odozva vo vyšetrení kardiálnych enzýmov.

V predmetnom prípade bola prítomná bolesť na hrudníku (aj keď podľa opisu mala skôr muskuloskeletárny charakter), EKG bolo v tomto smere negatívne. Preto bolo dohliadaným subjektom správne odporúčené na potvrdenie, resp. vylúčenie suspekcie najzávažnejšej diagnózy v rámci diferenciálnej diagnostiky bolestí na hrudníku, realizovať odber krvi na vyšetrenie kardiálnych enzýmov. Postup dohliadaného subjektu, v ktorom plánoval tento krok a následné vyšetrenie na špecializovanej ambulancii vnútorného lekárstva, zohľadňoval v plnej miere túto potrebu a vzhľadom k výsledkom aktuálne realizovaných vyšetrení (predovšetkým EKG) nebolo pochybením, ak z technických dôvodov (pre overovanie identifikačných údajov a premyslenie si ďalšieho postupu vzhľadom k aktuálnym možnostiam v podmienkach LSPP) bol pacient ponechaný v čakárni zdravotníckeho zariadenia bez dozoru zdravotníckeho pracovníka.

Následný vývoj udalostí nebolo prostriedkami dohľadu možné objektivizovať, vyplýval z vyjadrení uvedených v podnete a zo stanoviska dohliadaného subjektu: pacient napriek upozorneniu zdravotnej sestry opustil zdravotnícke zariadenie bez lekárskeho nálezu. Z tohto dôvodu nebolo možné dohliadanému subjektu vyčítať ani nepodpísanie informovaného súhlasu pacientom, resp. absenciu aplikácie podpornej medicíny (antihypertenzívnej liečby).

Pacient bol s odstupom 30 minút nájdený, ako leží na chodníku medzi domovom a zdravotníckym zariadením. Prehliadajúcou lekárkou, ktorou bola opäť službukonajúca lekárka LSPP, bola konštatovaná smrť. K problematike týkajúcej sa prehliadky mŕtveho tela lekárkou, ktorá pacientovi poskytovala tesne predtým zdravotnú starostlivosť, úrad uvádza, že podľa metodického usmernenia úradu k vykonávaniu prehliadky mŕtveho tela, prehliadku mŕtveho tela mimo zdravotníckeho zariadenia vykoná lekár, ktorému bolo oznámené úmrtie a má poverenie úradu. Ak ide o mŕtveho, ktorému poskytoval uvedený lekár zdravotnú starostlivosť, tento požiada o vykonanie prehliadky mŕtveho tela iného najbližšieho lekára s poverením úradu. Ak takýto lekár nie je k dispozícii, vykoná prehliadku mŕtveho tela sám a v každom prípade nariadi pitvu.

Podľa pitevného nálezu bola príčinou smrti náhla srdcová smrť s čerstvými ischemickými zmenami myokardu. Zaujímavý je fakt, že podľa podrobného pitevného popisu nebola uzatvorená ani jedna z koronárnych tepien, čo býva typickým substrátom akútneho IM. Teoreticky možno uvažovať o spontánnej samovoľnej rekanalizácii tepny (kedy organizmus vzriedkavých prípadoch v priebehu niekoľkých hodín rozpustí zrazeninu upchávajúcu tepnu) alebo o zriedkavej forme koronárneho spazmu (ktorý na krátku dobu úplne uzavrie lúmen tepny a po chvíli úplne povieľ). Avšak ani pre jeden z týchto možných mechanizmov neboli v čase predmetného vyšetrenia na EKG typické zmeny (t. j. elevácie ST segmentu).

Pacient bol pravdepodobne dlhodobo nedostatočne medikovaný v rámci antihypertenzívnej liečby, z dostupných údajov sa však dala predpokladať aj znížená compliance pacienta, ktorý nevedel udať názov druhého antihypertenzíva, ktoré mal užívať, bol fajčiar, mal nadváhu, pri vzniku ťažkostí vyhľadal lekársku pomoc až na druhý deň, bez ukončenia vyšetrenia opustil zdravotnícke zariadenie. Dôsledkom insuficientnej antihypertenzívnej medikácie bolo výrazné zhrubnutie stien srdca, ktoré potvrdil aj pitevný nález (hrúbka medzikomorovej prepážky 22 mm, hrúbka svaloviny ľavej komory 25 mm, čo výrazne prekračuje hornú hranicu normy - 12 mm).

Takýto nález by mohol svedčiť aj pre hypertrofickú kardiomyopatiu - genetické ochorenie, ktoré sa prenáša dominantne medzi prvostupňovými príbuznými z rodiča na každé druhé dieťa, avšak biopsia myokardu toto ochorenie nepotvrdila. Preto uvedené zmeny možno pripísať už len dôsledkom nedostatočnej kontroly krvného tlaku. EKG záznam z predmetného vyšetrenia v tomto smere koreloval s pitevným nálezom.

## **Hemoragická kolitída komplikovaná CMP – dg a th problém**

Právny zástupca žiadal vykonanie dohľadu v nemocničnom zariadení, v ktorom bol hospitalizovaný pacient s hnačkovitým ochorením. Domnieval sa, že diagnóza atypická Crohnova choroba bola stanovená nesprávne a nesprávne bola vylúčená diagnóza ischemickej kolitídy.

Vyslovil predpoklad, že v prípade adekvátnej liečby (vrátane plnej trombolytickej a antikoagulačnej) by došlo k minimalizácii možnosti alebo rozsahu následku masívnej cievnej mozgovej príhody, ktorú jeho mandant utrpel. Zo 68-ročného človeka, ktorý prišiel do nemocnice s horúčkami a hnačkami, sa stal doživotný invalid, ktorý je pripútaný na lôžko, inkontinentný a užívajúci antidepresíva.

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

U 68-ročného pacienta, kardiaka s ICHS, s recidivujúcou kardiálnou dekompenzáciou, arteriálnou hypertenziou, s perzistujúcou fibriláciou predsení (na antikoagulačnej th), s anamnézou pľúcnej tuberkulózy, s poruchou glukózovej tolerancie, dyslipidémiou, obezitou a vaskulárnou nefropatiou sa manifestovalo hnačkové ochorenie s febrilitami.

Dňa 13.06.2012 pri predpise liekov v ambulancii zmluvného všeobecného lekára pacient udal hnačky, bol afebrilný. Lekárom bol stav hodnotený ako akútna gastroenteritída, do liečby bol ordinovaný Reasec. K hnačkám sa pridružili febrility a pri nasledujúcej návšteve v ambulancii zmluvného všeobecného lekára bol pacient odoslaný na interné vyšetrenie, resp. hospitalizáciu. Po zhodnutí anamnézy, laboratórných výsledkov (Leu 13,8, CRP 394,96, kreat. 138,4, urea 15,71), doplnení sonografického vyšetrenie brucha a vylúčení cholecystitídy bol pacient po dohovore odoslaný na infekčné oddelenie.

Dňa 20.06.2012 bol pacient prijatý na infekčné oddelenie s pracovnou diagnózou akútna gastroenteritída s dehydratáciou. Pri prijatí pacient udal ochorenie od 14.06.2012, odkedy pretrvávali hnačky, v úvode ochorenia teplota do 40 °C, užíval Reasec a Paralen. Pacient bol pri prijíme schvátený, dehydratovaný, ale orientovaný, hodnota tlaku krvi 120/80, telesná teplota 38 °C, hmotnosť 85 kg. Indikované boli laboratórne vyšetrenia, výter z rekta. Boli ordinované: Ciphin, Endiex, Hylak, infúzna liečba. Z výsledkov vstupných laboratórných vyšetrení: Leu 12,5, Tr 283, INR krv sa nezrážala do 100 s, APTTr 3,49, CRP 313,49, PCT Q 0,44, IL 79,21, U-AMS 4,26. Objektivizovaná bola enterorágia. Do liečby boli pridané hemostyptiká, Metronidazol, indikované podanie plazmy, zaistená krv. Nasledujúci deň bol pacient slabý, pretrvávala hnačkovitá stolica aj s prímесou krvi, febrility. Realizované sonografické vyšetrenie brucha bolo s nálezom hepatopatie, cholecystolitízy, cysty obličiek, bez nálezu voľnej intraabdominálnej tekutiny. Warfarin bol prechodne vysadený z liečby.



Po chirurgickom vyšetrení dňa 22.06.2012 bolo doplnené CT vyšetrenie brucha – zobrazila sa zhrubnutá stena sigmy, colon descendens a aborálneho konca colon transversum s parciálnou stenotizáciou lúmenu, zhrubnuté mezenterium a početná mezenteriálna lymfadenopatia, bolo vyslovené podozrenie na kolitídu. Chirurgom bola náhla príhoda brušná vylúčená.

Dňa 23.06.2012 stav opakovane kontrolovaný chirurgom, pretrvávali hnačkovité stolice s prímiesou krvi. Upravená bola ATB liečba: ukončená liečba Ciphinom, indikovaný Vankomycin. Prítomné boli ešte subfebrílie.

Pacientovi boli priebežne kontrolované laboratórne parametre, z výsledkov zo dňa 24.06.2012: CB 51,68, albumíny 23,72, CRP 172,12, K 3,18. Kultivačné vyšetrenie výteru z rekta na Salmonely, Shigely negatívne, Campylobacter jejuni negat., doplnené vyšetrenie na Clostridium difficile negatívne. Pacientovi bola podaná plazma, substituované kálium. Plánované bolo rektoskopické vyšetrenie.

Dňa 25.06.2012 bola realizovaná fibrosigmoidoskopia - endoskop bol zavedený do sigmy, kde bolo lúmen výrazne zúžené edematóznou sliznicou s ulceráciami atypického vzhľadu, s okrúhlymi a plytkými, ojediniele hlbšími ulceráciami, s hlienovitými povlakmi, so zvýšenou fragilitou sliznice. Stav bol gastroenterológom záverovaný: Colitis regionalis haemorrhagica partim stenotisans atypica - dif. dg. Crohn seu ischemica?. Odobraté boli vzorky na histológiu. Vzhľadom na kardiovaskulárnu morbitidu gastroenterológ zvažoval aj cievnú etiológiu zmien. Odporučil nepodávať perorálne antikoagulanciá, do liečby odporučil Fraxiparin v dávke 0,3 ml s. c., podanie Solu-Medrolu, doplniť vyšetrenia (imunoglobulíny, CIK, ANCA, ASCA). V laboratóriu anemizácia (Hb 106), pokles CRP na 158,11. Stav pacienta bol opakovane konzultovaný aj s chirurgom. U pacienta bol zvažovaný preklad na spádové interné oddelenie.

Dňa 27.06.2012 pacient udával zhoršenie stavu, bol hypotenzný, v laboratóriu prehĺbenie anemizácie (Hb 83). Znovu konzultovaný internista, ktorý odporučil kontrolu chirurgom, v prípade chirurgického nálezu nevyžadujúceho hospitalizáciu na chirurgickom oddelení preklad na interné oddelenie. Pacientovi bola podaná transfúzia erymasy. Chirurg uvažoval o kolektómii ako o vitálnom zákroku, ako vhodnejšie predpokladal doriešenie cestou interného oddelenia.

Dňa 28.06.2012 po vylúčení infekčného pôvodu hnačiek bol pacient preložený na interné oddelenie nemocničného zariadenia za účelom ďalšej diagnostiky a liečby. Pri prijatí bola indikovaná liečba: Metronidazol, Vankomycin, Medrol 32 mg do výsledku histologického vyšetrenia, Helicid, Coryol, Fraxiparin v dávke 0,3 ml s. c. Už počas

hospitalizácie na infekčnom oddelení bola podávaná enterálna výživa. Hnačkovité stolice s prímiesou krvi pretrvávali. Pacientovi boli sledované laboratórne parametre, korigovaná hypoalbuminémia, hypokaliémia.

Dňa 29.06.2012 bol známy výsledok histologického vyšetrenia - v mikroskopickom popise zmiešaná zápalová celulizácia, tvorba kryptových mikroabscesov sporadicky, epiteliálne erózie – hodnotené ako nekompletný obraz IBD. Zmeny idúce na vrub ischémie neboli zachytené. Pre pokračujúcu enterorágiu a anemizáciu bola podávaná hemosubstitučná liečba.

Dňa 02.07.2012 bolo realizované gastroenterologické vyšetrenie. Pacient sa už cítil lepšie, stolicu mal ešte 8x za deň, množstvo krvi v stolici bolo menšie, bol afebrilný; v laboratóriu pokles CRP na 12,07. Klinický stav bol hodnotený ako zlepšený. Prítomná bola ale sekundárna malnutícia, anémia. Gastroenterológom bolo odporučené doplniť ďalšie laboratórne vyšetrenia, ukončiť ATB liečbu - Vankomycin, Metronidazol, pokračovať v liečbe Entizolom, znížiť dávku Medrolu na 24 mg; enterálna výživa, bielkovinová diéta bez mlieka, bezzvyšková, Calcium, pri sideropénii doplniť substitúciu depotným železom, v liečbe ponechať Fraxiparin v dávke 0,3 ml s. c.

Dňa 03.07.2012 bolo realizované gastrofibroskopické vyšetrenie s nálezom papulóznej antrumgastritídy, duodenogastrického refluxu. Realizovaná bola aj kontrolná fibrosigmoidoskopia - v sigme bol nález edematózne cirkulárne červenej sliznice s ulceráciami, aj hlbšími, ale lúmen bol už prechodnejší, ulcerácie menšie. Endoskopický nález bol hodnotený ako zlepšený. Stav bol záverovaný ako Colitis regionalis Crohn. Odporučené bolo: pokračovať v liečbe kortikoidmi - Medrol v dávke 24 mg na 10 dní, potom znížiť na 16 mg; urológom pre plánovanú imunosupresívnu liečbu Crohnovej kolitídy vylúčiť dysplastické zmeny na prostate. Urológom bol nález na prostate hodnotený ako benígna hyperplázia prostaty (PSA v norme).

Dňa 04.07.2012 sa začalo s liečbou azatioprinom. Klinický stav sa čiastočne zlepšil, enterorágia ustúpila, počet stolíc denne cca 8, pacient bol bez bolestí.

Dňa 08.07.2012 pri vizite pacient udal, že predchádzajúci deň menej pil, udal točenie hlavy, zachrípnutie. Plánované bolo očné a ORL vyšetrenie. Do liečby bola pridaná infúzia FR.

Dňa 09.07.2012 bolo realizované očné vyšetrenie /pre pocit zhoršeného videnia/ s nálezom obojstrannej incipientnej senilnej katarakty, hypermetropie a presbyopie, terčiky zrakových nervov boli ohraničené. Plánované bolo perimetrické vyšetrenie. Pretrvávali hnačky, pacient mal slabý hlas, zhoršené videnie. Pri objektívnom

vyšetření boli nastrieknuté oblúky v dutine ústnej. Doplnené bolo aj ORL vyšetrenie, dysfónia dávaná do súvisu s GFS vyšetrením.

Dňa 10.07.2012 sa u pacienta manifestovala akútna CMP. Pacient náhle oslabil – zaznamenané bolo oslabnutie ľavej ruky, pokles ľavého ústneho kútika. Doplnené bolo CT vyšetrenie mozgu s nálezom ložiska subakútnej ischémie okcipitálne vľavo. Neurológ stav záveroval ako CMP s ľavostrannou hemiplégiou a parézou n. VII. vľavo, na CT mozgu zatiaľ známky ischémie v povodí a. cerebri posterior I. sin. Indikovaná bola antikoagulačná antitrombotická liečba, nootropiká, podanie Manitolu. Pacientovi bol podaný Heparin 10 000 IU i. v., bol preložený na JIS interného oddelenia.

CT dňa 11.07.2012 dokázalo vývoj rozsiahleho ischemického ložiska fronto-temporo-parietálne vpravo. Dávka nízkomolekulárneho heparínu bola navýšená, podávaný bol Clexane 0,8 ml s. c. 2x denne, v liečbe Trombex.

Dňa 12.07.2012 bolo realizované echokardiografické vyšetrenie – trombus nebol zobrazený. Začatá bola rehabilitačná liečba, logopedická intervencia. Pre zvýšené CRP (109,48) aj pri zavedenom močovom katétri a možnej aspiračnej pneumónii ATB liečba – Xorimax, Metronidazol. Entizol bol z liečby vysadený. Stolica bola ešte redšia 2 - 3x za deň. Hospitalizácia na JIS bola ukončená dňa 14.07.2012.

Dňa 16.07.2012 v stolici bola pozorovaná prímes krvi, bola riedka. Do liečby indikované Imodium, Diflucan, k perorálnym kortikoidom boli pridané kortikoidy intravenózne. V stolici bola opakovane pozorovaná prímes krvi, dňa 24.07.2012 z liečby vysadený Trombex, upravená dávka nízkomolekulárneho heparínu, indikovaný Clexane v dávke 1 x 0,4 ml s. c. Pre prímes čerstvej krvi v stolici a anemizáciu (dňa 26.07.2012 pokles Hb na 92) bol z liečby vysadený nízkomolekulárny heparín, podané hemostyptikum. Krvný obraz bol korigovaný podaním erymasy. Doplnené bolo aj psychiatrické vyšetrenie so záverom adaptačná porucha – depresívna reakcia na závažné somatické ochorenie. Na žiadosť príbuzných bol pacient dňa 28.07.2012 preložený na gastroenterologické oddelenie nemocnice v ČR, hospitalizácia do 29.08.2012. Tu boli vykonané 2 kolonoskopické vyšetrenia: dňa 30.07.2012 inkompletná kolonoskopia do 50 cm - popísané bolo ulcerózne postihnutie v oblasti rektosigmy a sigmy, v dif. dg. bolo uvažované o ischemickej kolitíde, IBD. Histologický nález okrem miamej guľatobunkovej, prevažne plazmocytnárej infiltrácie, v jednej časti drobného subepiteliálneho krvácania, iné zmeny nekonštatoval. Pri kontrolnej (inkompletnej) kolonoskopii dňa 16.08.2012 boli zistené

hojace sa vredové lézie v oblasti sigmy. Echokardiografia ani transezofageálna echokardiografia nenašli intrakardiálne tromby. Pri transezofageálnej echokardiografii bol už popisovaný sínusový rytmus a dobrá kinetika komôr. V liečbe boli podávané kortikoidy, mesalazín, antibiotiká. Antikoagulačná liečba bola postupne navýšená až na terapeutickú dávku, mesalazín bol pri prepustení z liečby vysadený, postupne aj kortikoidy. Pri prepustení bolo uvedené: „Hemoragická kolitída – ulcerozní postihnutí v oblasti rektosigmatu a sigmatu – dle nativní koloskopie 8/2012.“

### **Zhodnotenie úradom**

U 68-ročného kardiaka warfarinizovaného kvôli perzistujúcej fibrilácii predsieni sa manifestovali hnačky s febrilitami, čo bolo po neúspešnej ambulantnej liečbe príčinou hospitalizácie na infekčnom oddelení. Po vylúčení infekčného pôvodu hnačiek, vrátane toxínu Clostridium difficile, bol pacient preložený na interné oddelenie. Pri kolonoskopickom vyšetrení endoskopista pri náleze regionálnej atypickej, čiastočne stenotizujúcej kolitídy uvažoval v diferenciálnej diagnostike o Crohnovej chorobe, resp. ischemickom pôvode. Klinik bol v ťažkej situácii a musel myslieť diagnosticky aj terapeuticky na viaceré možnosti, pričom nie vždy je možné rozlíšiť uvedené stavy aj za použitia viacerých diagnostických metód (endoskopia, biopsia, RTG vrátane CT) a klinický obraz tiež neposkytoval oporné rozlišovacie body. Pacientovi bola v zmysle možnej Crohnovej choroby začatá už počas pobytu na infekčnom oddelení kortikoterapia, v ktorej sa pokračovalo aj po preklade na interné oddelenie, neskôr bol do liečby pridaný aj azatioprín. Biopsia bola s nálezom tvorby kryptových abscesov a epiteliálnych erózií, ktoré cytológ hodnotil skôr ako inkompletný obraz IBD, ischemické zmeny neboli zaznamenané. Pri liečbe sa stav zlepšoval. Komplikácia v zmysle CMP vyplynula z komorbidít pacienta. Pri echokardiografickom vyšetrení sa nezistili tromby. Tieto vylúčila aj transezofageálna echokardiografia. Na pacientov údaj o zmene videnia reagovalo interné oddelenie očným vyšetrením, ktoré popisalo veku primerané zmeny, bez zmien na sietnici. Chýbal zytologický bod, ktorý by signalizoval blížiacu sa CMP. Podľa súčasných medicínskych vedomostí je pri fibrilácii predsieni indikovaná antikoagulačná terapia, ktorá redukuje riziko CMP; celkom vylúčiť ju nedokáže ani pri podávaní plnej antikoagulačnej dávky. Je známe, že antikoagulačná liečba je kontraindikovaná pri prítomnosti krvácania. Ošetrojúci lekár musel zvážiť prínos a potencionálne riziko podávanej liečby. Postup, ktorý volilo interné

oddelenie dohliadaného subjektu, bol správny - antikoagulačná terapia pri enterorágii bola vynechaná so substitúciou stratenej krvi. Antikoagulačná liečba bola opätovne podaná v primeranej dávke po vymiznutí enterorágie.

Úrad nezistil nedostatky pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti počas hospitalizácie na infekčnom a internom oddelení, neboli zistené ani nedostatky pri hodnotení bioptického vyšetrenia.

### **Záver**

Výkonom dohľadu na mieste **neboli** pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientovi zo strany dohliadaného subjektu **zistené nedostatky podľa ust. § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.**

### **Doplnenie**

Ako enterorágia, tak aj cievna mozgová príhoda sú stavy, ktoré pacienta môžu ohroziť na živote. Kombinácia oboch stavov toto riziko iba potencuje. Liečba a postup realizovaný na internom oddelení boli realizované s cieľom zlepšenia zdravotného stavu pacienta, zdravotná starostlivosť bola adekvátna aktuálnemu stavu. Jednoznačnú diagnózu, čo sa týka postihnutia hrubého čreva, nedala ani hospitalizácia v ČR, kde je záver len opisne vyjadrený, bez určenia špecifikácie nozologickej chorobnej jednotky, v terapii sa pamätalo aj na možné IBD postihnutie.

## **Včasné tehotenstvo diagnostikované CT vyšetrením**

Pacientka sa v podaní sťažovala na gynekologičku, ktorá po vyšetrení vylúčila tehotenstvo. Na základe tohto vylúčenia pacientka absolvovala CT vyšetrenie, pri ktorom sa zistilo, že je tehotná, čo potvrdilo aj nasledovné vyšetrenie na gynekológii. Nakoľko CT vyšetrenie podľa podávateľky určite poškodilo plod, ktorý mal 7,5 týždňa, rovnako aj antibiotiká, ktoré užívala a kontrastná látka, rozhodla sa pre prerušenie tehotenstva.

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

23-ročná pacientka s negatívnou osobnou anamnézou bola v priebehu mesiaca marec opakovane vyšetrená zmluvným všeobecným lekárom, chirurgom a gynekologičkou.

Dňa 18.03.2013 bola vyšetrená zmluvným všeobecným lekárom pre bolesti v podbrušku; vyšetrené boli markery zápalu - negatívne, moč - negatívny, odoslaná bola na chirurgické vyšetrenie. Dňa 18.03.2013 bola vyšetrená aj chirurgom, stav bol záverovaný ako suspektná subakútna apendicitída. Ordinovaná bola antibiotická (ciprofloxacín) a analgetická liečba, kontrolné vyšetrenie o 3 dni, odporučená nutnosť gynekologického vyšetrenia. V ten istý deň bola vyšetrená zmluvnou gynekologičkou. Udala ai týždeň trvajúce bolesti v pravom podbruší a pod pupkom, viac v noci; poslednú menštruáciu dňa 20.02.2013. Realizovaná bola preventívna prehliadka, patológia nezistená. Pri vaginálnom ultrazvukovom vyšetrení fyziologický nález, na endometriu nález zodpovedajúci fáze menštruačného cyklu, zatiaľ bez gestačného vaku. Stav bol záverovaný ako brušná kolika v diferenciálnej diagnostike, bez známkov akútnej gynekologickej NPB. Pacientka bola poučená o kontrole.

V dňoch 21.03.2013 a 25.03.2013 bola pacientka opakovane vyšetrená chirurgom pre pretrvávajúce bolesti brucha, na vylúčenie chronickej subakútnej apendicitídy bola objednaná na irigo-CT vyšetrenie na 02.04.2013.

Dňa 02.04.2013 v čase o 10.11 h na rádiologickom pracovisku NsP bolo realizované CT vyšetrenie brucha - bola zistená: expanzia na zadnej stene uteru ostrých kontúr cca 3,5 - 4,0 cm, krčok maternice s nerovnomernou hrúbkou, oblasť apendixu bez patológie. Rádiológom bolo odporučené gynekologické doriešenie charakteru expanzie v dutine maternice. Pacientka bola následne vyšetrená gynekológom NsP, sonograficky bola potvrdená jednoplodová vitálna gravidita. V ten istý deň v čase o 12.43 h bola pacientka prijatá na hospitalizáciu na GPO na umelé prerušenie tehotenstva na vlastnú žiadosť. Pri prijatí bolo realizované TVS vyšetrenie – v maternici bola prítomná tehotenská dutinka s hyperechogénnym lemom, v nej bol prítomný embryonálny komplex, akcia srdca prítomná, CRL 7,5 mm, čo zodpovedalo 6+4 týždňu tehotnosti. V deň prijatia bolo realizované interné predoperačné vyšetrenie, bez pozoruhodností.

Dňa 03.04.2013 bol pacientke realizovaný v čase o 12.05 h operačný výkon - interrupcia gravidity v 7. týždni tehotnosti vákuumextrakciou a kyretážou. Operačný zákrok realizovaný bez komplikácií, strata krvi minimálna. Vzorka získaného materiálu bola odoslaná na histologické vyšetrenie (záver - residua graviditatis).

Pacientka pred zákrokom podpísala dňa 02.04.2013 „Prehlásenie o poučení o zdravotnom stave“ a dňa 03.04.2013 o 13.00 h „Hlásenie o poskytnutí informácií o umelom prerušení tehotenstva.“

### **Zhodnotenie úradom**

Pri vyšetrení zmluvnou gynekologičkou dňa 18.03.2013 nemohla byť podľa súčasných možností ultrazvukových prístrojov diagnostikovaná gravidita, v čase vyšetrenia bola pacientka v 27. dni menštruačného cyklu.

Pacientke bolo dňa 02.04.2013 po odporučení ambulantného chirurga realizované CT vyšetrenie brucha na rádiologickom oddelení NsP. Zistená bola expanzia v dutine maternice, ostatný nález bez patológie. Rádiológom bolo odporučené gynekologické doriešenie charakteru expanzie v dutine maternice. Žiadanka na CT vyšetrenie a informovaný súhlas pacientky neboli na tlačivách RDG oddelenia NsP vyplnené. Na žiadanke nebol zaznamenaný súhlas pacientky s vyšetrením; podpísala prehlásenie, v ktorom svojím podpisom súhlasila s CT vyšetrením. Uvedené prehlásenie obsahovalo záznam, že gynekologické vyšetrenie dňa 18.03.2013 bolo negatívne. Nález CT vyšetrenia bol rádiológom popísaný bezprostredne po vyšetrení. Pacientka bola po CT vyšetrení vyšetrená gynekológom, sonograficky potvrdená gravidita. Pacientka bola prijatá na hospitalizáciu na gynekologické oddelenie dohliadaného subjektu za účelom umelého prerušenia tehotenstva na vlastnú žiadosť.

Podľa stanoviska PZS bola pacientka v prítomnosti rádiológa a ďalších lekárov náležite poučená o účinkoch radiačného zaťaženia v danom týždni tehotenstva. Ďalej bola poučená o vhodnosti vyjadrenia sa k tehotenstvu klinickým farmakológom, genetikom a rádiológom z vyššieho pracoviska vzhľadom k predošlému užívaniu fluorochinolónov, analgetík a antipyretík. Uvedené návrhy pacientka odmietla, ďalej žiadala vykonanie umelého prerušenia tehotenstva. Výkon bol realizovaný na druhý deň hospitalizácie (03.04.2013) štandardným spôsobom, bez komplikácií.

### **Záver**

Výkonom dohľadu na mieste **nebolo** zo strany dohliadaných subjektov **zistené porušenie ust. § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.** pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientke.

### **Iné zistené skutočnosti**

Postup lekárov GPO NsP nebol pri umelom prerušení tehotenstva správny, nakoľko:

- zdravotná dokumentácia neobsahovala písomný informovaný súhlas pacientky s výkonom umelého prerušenia tehotenstva, ktorý je prílohou Vyhlášky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 417/2009 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o informáciách poskytovaných žene a hlásenia o poskytnutí informácií, vzor písomných informácií a určuje sa organizácia zodpovedná za prijímanie a vyhodnocovanie hlásenia,
- nebol dodržaný 48 hodinový odstup od podpísania a odoslania Hlásenia o poskytnutí informácií o umelom prerušení tehotenstva. Pacientka podpísala „Hlásenie“ dňa 03.04.2013 o 13.00 h (v deň operačného zákroku, po jeho vykonaní).

Podľa ust. § 79 ods. 1 písm. a) zákona č. 578/2004 Z. z. poskytovateľ, ktorý je držiteľom povolenia alebo držiteľom licencie na výkon samostatnej zdravotníckej praxe, je povinný pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti dodržiavať osobitné predpisy. Osobitnými predpismi sú aj ustanovenia § 6 až 17 zákona č. 576/2004 Z. z. Podľa ust. § 6b ods. 1 zákona č. 576/2004 Z. z. podmienkou vykonania umelého prerušenia tehotenstva je písomný informovaný súhlas po predchádzajúcom poučení. Takýto informovaný súhlas musí obsahovať dátum jeho udelenia a podpis ženy žiadajúcej o umelé prerušenie tehotenstva alebo jej zákonného zástupcu. Podľa ust. § 6b ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z., ak ide o umelé prerušenie tehotenstva podľa osobitného predpisu <sup>(6c)</sup>, môže sa toto umelé prerušenie tehotenstva vykonať najskôr po uplynutí lehoty 48 hodín od odoslania hlásenia o poskytnutí informácií podľa ods. 2 citovaného zákona.

Vzhľadom na to, že podľa ust. § 81 zákona č. 578/2004 Z. z. dozor nad dodržiavaním ustanovení tohto zákona vykonáva orgán príslušný na vydanie povolenia, ak ide o plnenie povinností držiteľmi povolení podľa ust. § 79, boli zistené skutočnosti postúpené VÚC.

## Komplikácia po podaní injekcie?

Pacientka v podaní vyjadrila podozrenie na pochybenie v liečebnom postupe odstránenia bolesti chrbtice, v dôsledku ktorého došlo po podaní paravertebrálnej znecitlivujúcej injekcie ku kolapsu pravej polovice pľúc.



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

20-ročná pacientka pravidelne navštevovala ortopedickú ambulanciu pre thorakálnu skoliózu, užívala NSA, myorelaxanciá.

Dňa 03.04.2013 o 9.00 h bola vyšetrená v ambulancii pre subjektívne udávané chronické bolesti celej chrbtice, hlavne hrudnej, s vyžarovaním do oboch DK, ktoré sa zvyrazňovali pri dlhšom sedení a pri chôdzi s dg záverom: Chronická nenádorová bolesť, kombinovaná somatická a neurogénna (periférna) v oblasti celej chrbtice s radiáciou do oboch DK, stredne silná až silná, trvalá, s meniacou sa intenzitou pri degeneratívnych zmenách a skolióze Th chrbtice. Po podaní paravertebrálnej znečítlivujúcej injekcie (1 % Mesocain + Dexa 1 ml) infiltračnou cestou v oblasti Th 6/7 začalo sa pacientke ťažko dýchať a pichalo ju na pravej strane hrudnej chrbtice, nemožla ležať ani sedieť. Bola bez teploty, nevracala a nekašľala. Po výkone nebola ďalšia farmakoterapia odporučená, bolo odporučené cvičenie a plávanie.

V ten istý deň o 21.31 h pacientka navštívila LSPP poskytovateľa, kde bola stanovená diagnóza: bolesť nezatriedená inde; mala odporučené neurologické vyšetrenie, ktoré ešte v ten deň absolvovala. Počas neurologického vyšetrenia bola pacientka pri plnom vedomí, orientovaná, objektívne bolo zistené: dýchanie oslabené v oblasti hrudníka vpravo; záver v norme - až na zistenú Th I. dx. sinkonvexnú skoliózu, hypertonus paravertebrálnych svalov v obl. Th I. dx. Boli robené RTG snímky chrbtice a pľúc s popisom: v rozsahu horného pľúcneho poľa vpravo chýbajúca bronchovaskulárna kresba – susp. pri PNO, pravd. aj v laterálnych častiach v rozsahu stredného a dolného pľúcneho laloka. Záver: v. s. PNO I. dx., stav po paravertebrálnej infiltrácii v obl. Th 6/7 I. dx. Odporučené bolo interné vyšetrenie a hospitalizácia na OAIM poskytovateľa. O 22.40 h v ten istý deň pacientka absolvovala interné vyšetrenie so záverom: Pneumothorax I. dx. iatrogénny. Následne (v ten istý deň - 03.04.2013) bola prijatá na OAIM.

Pri prijme pacientka udávala mierne dyspnoe a bolesti na hrudníku vpravo, bola podaná analgosedácia (Dormicum 2 mg i. v. a Fentanyl 1 ml i. v.) za prísne sterilných podmienok v lokálnej anestézii (10 ml 1 % Mesocainu) v 2. medzirebrí v medioklavikulárnej čiare vpravo, kde bol zavedený hrudný drén 13 cm, pneumothorax bol odsatý, výkon prebehol bez komplikácií. Po odsatí bol objektívny nález u pacientky výrazne zlepšený. Počas hospitalizácie mala sledované vitálne funkcie, ordinované infúzie kryštaloïdov a analgéziu (Paracetamol, Ibalgin, Morfin).

Dňa 04.04.2013 pacientka udávala silné pichavé bolesti v oblasti chrbta, ktoré jej nedali dýchať. Po podaní analgetík sa ťažkosti zmiernili. Objektívny nález na pľúcach bol: dýchanie alveolárne vpravo v celom rozsahu oslabené. Robená bola kontrolná RTG snímka hrudníka s popisom: pľúcny parenchým bez čerstvých infiltratívnych a ložiskových zmien, paramediastinálne vpravo sa sumuje hrudný drén, tieň srdca a mediastína v medziach normy. V laboratórnych parametroch sa zistili znížené hodnoty koagulačných faktorov. Pacientka inhalovala kyslík, saturácie boli v norme.

Dňa 05.04.2014 bol hrudný drén zakleMOVANÝ, na kontrolnej RTG snímke bola prítomná laterokraniálne vpravo bezštruktúrna zóna PNO a hladina malého fluidothoraxu. Záver: PNO a fluidothorax I. dx. Pre zistené pretrvávanie apikálneho pneumothoraxu vpravo bol pacientke aktívne odsatý vzduch a drenážny systém ponechaný.

Ďalšie dni hospitalizácie pacientka udávala pichavé bolesti hrudníka vzadu vpravo a v mieste vpichu. Na 6. deň pneumothorax už na RTG nebol prítomný, pacientka bola bez ťažkostí, hrudný drén bol odstránený.

Dňa 07.04.2013 bola pacientka bez ťažkostí a nasledujúci deň (08.04.2013) bola v stabilizovanom stave prepustená do domácej starostlivosti so záverom: latrogénny PNO I. dx., drainage, na podklade paravertebrálneho vpichu Th 6/7 a Thorakálna skolióza. Odporúčané boli kontroly v pľúcnej a hematologickej ambulancii za účelom doriešenia znížených hodnôt koagulačných parametrov.

### **Zhodnotenie úradom**

Pacientka bola vyšetrená dňa 03.04.2013 o 9.00 h v algeziologickej ambulancii pre chronickú nenádorovú bolesť v oblasti celej chrbtice, hlavne hrudnej, s radiáciou do oboch DK pri degeneratívnych zmenách a skolióze Th chrbtice.

Pri komplexnom vyšetrení bol zistený spúšťač bod (trigger point – TrP) paravertebrálne v segmente Th 6/7 I. dx. Následne bola vykonaná paravertebrálna infiltrácia tohto bodu, pričom sa použila tenká a krátka oranžová ihla 25 G a aplikoval sa Mesocain 1 % (3 ml) a Dexamethason (1 ml).

### **Záver**

Výkonom dohľadu na mieste **nebolo zistené porušenie ust. § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.**

### **Doplnenie**

U pacientky nebol vykonaný paravertebrálny blok; pri ňom sa aplikuje

lokálne anestetikum do paravertebrálneho priestoru za účelom jednostrannej blokády senzitívnych a čiastočne i motorických nervov v danej oblasti, používa sa dlhá Tuoyho ihla, cez ktorú sa aplikuje 10 ml lokálneho anestetika podľa požadovaného rozsahu blokády. Paravertebrálna infiltrácia spúšťacích bodov sa široko využíva v algeziológii na liečbu bolesti. Každý algeziológ ju využíva vo svojej praxi. Pokiaľ sa robí infiltrácia spúšťacieho bodu za sterilných podmienok a použije sa tenučká ihla dlhá 25 mm je prakticky nepredstaviteľné, aby touto technikou mohol vzniknúť iatrogénny pneumothorax.

Pacientka bola správne diagnostikovaná, bol zistený pneumothorax, ktorý bol považovaný už interným vyšetrením za iatrogénny. Následne bola pacientka hospitalizovaná na OAIM, kde bola vykonaná drenáž hrudníka s jej ponechaním, kedy došlo k rozvinutiu pľúcneho parenchýmu. V ďalších dňoch hospitalizácie pri pokuse o kľemovanie hrudnej drenáže PNO recidivoval apikálne vpravo, z toho dôvodu musel byť vzduch jednorazovo odsatý (drén sa odkľemoval, vypustil sa vzduch a znovu sa zakľemoval). Po 6 dňoch hospitalizácie došlo k rezorbácii PNO, hrudný drén bol zrušený a pacientka s rozvinutými pľúcami bola prepustená domov. U pacientky došlo pravdepodobne k zriedkavej koincidencii vzniku spontánneho PNO s paravertebrálnou infiltráciou spúšťacieho bodu bolesti bez príčinnej súvislosti. Spontánny PNO môže byť často idiopatický, preto nemusia byť vždy jasné jeho patogenetické súvislosti.

Iatrogénne vyvolaný PNO pri paravertebrálnej blokáde môže byť komplikáciou invazívnych liečebných metód, ale nie zanedbanie zdravotnej starostlivosti. Každý invazívny výkon predstavuje zásah do organizmu a môže byť sprevádzaný určitým rizikom vzniku komplikácií a je dôležité, aby boli včas zistené a liečené.

## **Disekujúca aneurýzma hrudnej a brušnej aorty**

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

Dňa 15.09.2012 ležal 42-ročný pacient na gauči a náhle o 7.00 h pocítil prudkú bolesť medzi lopatkami, spotil sa; bolesť neustále pretrvávala, bola viazaná na pohyb, nemohol sa vyrovnat'; miernejšia bola v predklone, šírila sa do epigastria a do brucha, nevracal.

Pred 3 dňami pracoval na záhrade - prenášal štrk a pracoval s pneumatickým kladivom. RLP bol prevezený na vyšetrenie na internú príjmovú ambulanciu s podozrením na IM.

Vyšetrenie na internej príjmovej ambulancii, výsledky laboratórnych parametrov, RTG hrudníka a opakované EKG záznamy nesvedčili pre AKS. Bola podaná analgetická liečba. Vzhľadom na to, že bolesť pretrvávala, bola viazaná na pohyb, predchádzala jej fyzická záťaž a prechladnutie, bol pacient odoslaný na neurologickú ambulanciu so záverom: Akútna dorzalgia, anamnesticky Arteriálna hypertenzia /t. č. neliečená/ a Refluxná choroba pažeráka.

Vyšetrenie na príjmovej neurologickej ambulancii bolo s nálezom: objektívne pacient algický, anteflekčné držanie tela, ploché zakrivenia, lokálne palpačné maximum v strednej a distálnej Th na trŕňoch stavcov a paravertebrálne, flexia do 2/3 - udáva úľavu bolesti, extenzia je v bloku, ale aj s vystupňovanými bolesťami, viazne aj lateroflexia bilat., sternokostálne spoje nebolestivé, na končatinách je symetrický nález v norme, dýchanie čisté, akcia pravidelná. Bol vykonaný obstrek max. bodov 10 ml 1 % Mesocainu a o 10.35 h RTG Th chrbtice (Th 3-12 v bočnej projekcii) - bez traumatických zmien. Stav bol uzatvorený: Akútne vzniknutý algický syndróm Th chrbtice s ext. blokom, v. s. blok Th chrbtice. Odporúčená bola hospitalizácia, s ktorou pacient napriek poučeniu nesúhlasil (podpísal aj negat. reverz). Podaná bola infúzia FR 1/2 400 ml + MgSO<sub>4</sub> amp i. v. pomaly. Následne o 11.35 h po najedení (zjedol chlebiček) sa u pacienta opäť vyskytla akútna bolesť v epigastriu, preto bolo o 12.20 h urgentne vykonané chirurgické vyšetrenie so záverom: „T. č. sa nejedná o náhlu príhodu brušnú.“

Pacient bol o 12.40 h prijatý na neurologické oddelenie - pre akútny vznik tlakových algii medzi lopatkami menlivej lokalizácie v nadväznosti na fyzickú námahu. Bolesť bola intenzívna, bez efektu po podaných analgetikách, opakované EKG a kardiošpecifické enzýmy boli negatívne. Opakovane bolo požadované interné konziliárne vyšetrenie; o 13.30 h boli zhodnotené všetky dovtedy vykonané vyšetrenia a vývoj celkového zdravotného stavu pacienta. Vzhľadom na aktuálny klinický stav pacienta (intenzívne bolesti medzi lopatkami s iradiáciou do lumbálnej oblasti a do brucha a intoleranciu vyšetrovacej polohy) v spolupráci s anesteziológom bola podávaná liečba (Sufenta 1 ml, Dolsin 1 amp v infúzii 100 ml FR; Dormicum 1 mg i. v.). Kontrolné kardiošpecifické enzýmy boli negatívne. Vyslovené bolo podozrenie na aneurizmu aorty a urgentne vykonané CT angiografické vyšetrenie s nálezom: Disekujúca aneurizma hrudnej aorty typ A od odstupe koreňa aorty prechádza aortálnym

oblúkom a celým úsekom hrudnej a brušnej aorty, prechádza na AIC I. dx., končí pri odstupe AIE I. dx. Aorta ascendens má priemer 50 mm, aortálny oblúk 40 mm, aorta descendens do 40 mm v priemere, brušná aorta do 35 mm. Nevidno prechod disekcie, na magistrale mozgovej artérie odstup z aortálneho oblúka, animá párové a nepárové (čiasťočne variačné odstupy v oblasti celiak. trunku) vetvy brušnej aorty.

Následne bol indikovaný preklad pacienta na špecializované pracovisko za účelom kardiochirurgickej intervencie, kde pacient po predchádzajúcom overení diagnózy echokardiografickým vyšetrením okamžite podstúpil kardiochirurgický zákrok. Počas operácie bola zistená rozsiahla devastácia aorty a aj veľkých ciev odstupujúcich z aorty. Steny aorty boli krehké, krvácavé a nebolo možné ich definitívne chirurgicky ošetriť. Za príznačkov mozgovej smrti, pokračujúceho krvácania a rozvratu vnútorného prostredia pacient počas operácie exitoval.

### **Zhrnutie úradom**

Po podrobnom preštudovaní zdravotnej dokumentácie pacienta, posúdenia výsledkov vyšetrení bolo možné konštatovať, že postup dohliadaného subjektu pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti bol správny.

V iniciálnej fáze v rámci diferenciálnej diagnostiky internista najprv vylúčil akútny koronárny syndróm. Následne chirurg vylúčil náhlu príhodu brušnú. V tom čase nebolo možné diagnostikovať aneuryzmu aorty. V ďalšej fáze počas hospitalizácie pacienta na neurologickom oddelení bolo vyslovené podozrenie na aneuryzmu aorty. Indikované CT angiografické vyšetrenie verifikovalo disekujúcu aneuryzmu hrudnej a brušnej aorty.

Pacient bol okamžite konzultovaný a následne aj prevezený na kardiochirurgické oddelenie za účelom vykonania kardiochirurgickej intervencie. Operácia však bola neúspešná a skončila úmrtím pacienta.

### **Záver**

Úrad výkonom dohľadu nezistil žiadne pochybenie v diagnostických a liečebných postupoch pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientovi; **porušenie ust. § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. nebolo zistené.**

# Krukenbergov nádor s urýchleným rastom

Predmetom dohľadu bolo preskúmanie správnosti zdravotnej starostlivosti poskytnutej pacientke zmluvným gynekológom od druhého mesiaca tehotenstva (od marca 2013) na základe podania pacientky. Uvádzaným dôvodom podania bolo nezistenie veľkého zhubného nádoru na pravom vaječníku pri opakovaných sonografických vyšetreniach; bol diagnostikovaný až 19.06.2013. Pre pochybnosť vyslovenú v podaní, či jej pri následnej operácii nemal byť odstránený aj druhý, zväčšený vaječník, rozšíril úrad prešetrenie zdravotnej starostlivosti dohľadom aj na ďalší subjekt – spádovú nemocnicu, kde bola pacientka operovaná.

## Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie

36-ročná pacientka s rodinnou anamnézou karcinómu prsníka u tety, karcinómu pľúc u starej matky a astmou u otca mala v osobnej anamnéze údaje o viacročných opakujúcich sa migrénach a bolestiach vyžarujúcich z oblasti krčnej chrbtice. V roku 2005 bola hormonálne liečená pre oligomenorheu, deti nemala. Pre primárnu sterilitu pacientka podstúpila gynekologickú laparoskopiu s normálnym gynekologickým nálezom na vnútorných rodidlách a s chromopertubáciou. V roku 2005 bola tiež vyšetrená gastroenterológom – s gastrofibroskopiou a histológiou Marsh IIIA, ale sérológia endomysium, AGA negat., bola vylúčená celiakia, ťažkosti s trávením potravy boli uzavreté ako intolerancia kravského mlieka. Ešte v roku 2006 absolvovala USG vyšetrenie brucha s negatívnym nálezom.

Dňa 13.07.2012 pre opakované bolesti žalúdka po jedle bola znovu vyšetrená gastroenterológom, kedy bol U-test pozitívny. Toho dňa bola vykonaná priama GFS v lokálnej anestézii s nálezom: tubus do D3 voľne, bez zmien, antrum, angulárna riasa, kurvatúry a subkardia bpn. Lumen a sliznica ezofagu bpn. Záverom vyšetrenia bola HP gastritída, na eradikačný režim, s odporúčaním liečby a kontroly eradikácie o 5 týždňov so vzorkou stolice; th Azitrox, Entizol, Nolpaza. Po kontrolách 28.08.2012 a 31.08.2012 bola pacientka HpSA negat. Dňa 20.09.2012 bola na preventívnej gynekologickej prehliadke s negatívnym palpačným gynekologickým a kolposkopickým nálezom, tiež s negatívnym TVS vyšetrením malej panvy, aj s negatívnym USG vyšetrením prsníkov a primeraným nálezom per rectum.

Pacientka neudávala žiadne ťažkosti, odpovedala záporne aj na otázku, či sa na niečo lieči – nespomenula bolesti žalúdka a gastroenterologickú liečbu od 13.07.2012, váhový úbytok, či iné ťažkosti.

Ďalšie gynekologické vyšetrenia boli vykonané:

Dňa 28.03.2013 - Subj.: bez ťažkostí, cíti sa dobre, mešká menštruácia (PM 24.01.2013). Neudávala žiadne dyspeptické ťažkosti, ani váhový úbytok, či iné ťažkosti. Obj.: Grav. hebd. 6 + 4, gravidita intaktná, akcia srdca plodu prítomná (TVS), adnexá, parametriá, Douglas v norme.

Dňa 24.04.2013 - Subj.: bez ťažkostí. Obj.: Grav. hebd. 11 + 1, AS +, placenta vzadu. Pri USG skríningu nebol zistený žiadny novotvar na adnexách.

Dňa 23.05.2013 - Subj.: bez ťažkostí. Obj.: Grav. hebd. 15 + 2 intacta.

Dňa 30.05.2013 – odber na riziko Downovho syndrómu. Skríning po vyšetrení bol pozitívny na zvýšené riziko Downovho syndrómu alebo rásžtepu nervovej trubice.

Dňa 05.06.2013 bola vykonaná TAA (amniocentéza z vekovej indikácie), kde pri USG vyšetrení tiež nebol zistený žiadny novotvar na adnexách, úspešne bola odobratá plodová voda. Z nej bola urobená na spádovom pracovisku lekárskej genetiky prenatálna genetická diagnostika so záverom identifikácie normálneho mužského karyotypu 46XY. Zistená hladina AF AFP (11240,29) zodpovedala gestačnému veku.

Dňa 19.06.2013 - vyšetrenie u zmluvného gynekológa pre udávané bolesti brucha. Obj.: Grav. hebd. 20, pacientka bola peritoneálna, sonograficky bol verifikovaný veľký tumorózny útvar v oblasti pravých adnex, nejjasnej etiológie. Telefonicky bola konzultovaná s primárom GPO spádovej nemocnice, následne bola ihneď hospitalizovaná.

Zmluvným gynekológom zistený tumorózny útvar pravých adnex bol v nemocnici sonograficky potvrdený ako neperforovaný tumor veľkosti 30 x 20 cm. Gynekologické vyšetrenie a následne konzultovaný chirurg vylúčili náhlu brušnú príhodu. Pacientka bola pripravovaná na operáciu. Nasledujúci deň (20.06.2013) bola vykonaná lege artis adnexektómia vpravo, tumor bol odstránený v celistvosti a zaslaný na histologické vyšetrenie. Pri peroperačne neistom malígnom charaktere adnextumoru a snahe udržať veľmi ťažko vzniknuté tehotenstvo nebolo odstránené ľavé ovárium, zväčšené do veľkosti slepačieho vajca. Na cytologické vyšetrenie bola odoslaná aj vzorka

ascitu. Pooperačný priebeh bol bez komplikácií, vitalita plodu bola udržaná a pacientka bola v dobrom stave prepustená dňa 02.07.2013 do ambulantnej starostlivosti.

Pri kontrole u zmluvného gynekológa dňa 10.07.2013 bola subjektívne bez ťažkostí, v primeranom pooperačnom stave. Objektívne: Grav. hebd. 22 + 1, hrdlo 3 cm, uzavreté, AS+. Pri telefonickom rozhovore gynekológa s primárom patologického oddelenia bolo vyslovené suspícium na nádor s origom v GIT-e, lebo vo vyšetrovanom materiáli z oblasti pravých adnex boli zistené dve prstencové bunky. Preto zmluvný gynekológ zaistil pacientke gastroenterologické vyšetrenie. Medzitým pacientka, ktorá neudávala žiadne dyspeptické ťažkosti, navštívila v ten istý deň pre elevované hepatálne testy iného gastroenterológa, kde jej bola stanovená diagnóza: Hepatopatia.

Zmluvným gynekológom pacientky iniciované vyšetrenie gastroenterológom sa uskutočnilo dňa 12.07.2013. Bolo vykonané gastrofibroskopické vyšetrenie s odberom tkaniva na histológiu.

Dňa 16.07.2013 bola pacientka na kontrole pooperačného stavu u operátora - s primeraným hojením operačnej rany a pooperačným stavom a sonografiou zisteným zväčšením ľavého ovária na 63 mm. Dňa 23.07.2013 boli skompletizované histologické výsledky z GFS odberu so záverom, že ide o karcinóm žalúdka. V ten deň boli urobené aj odbery na onkomarkery, sérológiu, urobené kontrolné USG vyšetrenie brucha s nálezom – hyperechogenný hepar bez ložiska, gravidita hebd. 25.

Dňa 02.08.2013 bola pacientka vyšetrená u zmluvného gynekológa s nálezom Grav. hebd. 25 + 3, hrdlo 1,5 cm, zatvorené, klenby voľné, OS + DK bpn. Na základe predbežnej gynekologickej histológie, pozitivity onkomarkerov a pozitívnej histológie zo sliznice žalúdka konzultoval zmluvný gynekológ stav pacientky s prednostom gynekologicko-pôrodnického pracoviska nemocnice vyššieho typu, ktorý pacientku pozval na vyšetrenie.

Po dlhšom histologickom, histochemickom a imunohistologickom vyšetrení s použitím nadštandardného panela 12 IHC vyšetrení bol 08.08.2013 doručený definitívny výsledok histológie pravých adnex – išlo o Krukenbergov metastazujúci tumor pravého ovária. Pacientka bola v ten deň vyšetrená krajským odborníkom pre gynekológiu a pôrodníctvo. Po pôrodníckom a sonografickom vyšetrení bol nález na ľavých adnexách už zväčšený do priemeru 16 cm (predtým 6 cm), Grav. hebd. 28 + základné ochorenie (primárny karcinóm žalúdka s MTS do ovárií). Konzultovaný bol aj onkochirurg, ktorý odporučil prijatie pacientky na GPO spádovej nemocnice z dôvodu zaistenia



medikamentóznei maturácie pľúc plodu a následný preklad na gynekologicko - pôrodnické pracovisko nemocnice vyššieho typu, vedené krajským odborníkom, na komplexné riešenie stavu.

Na základe tohto odporúčania bola pacientka hospitalizovaná od 09.08.2013 do 13.08.2013 pre prípravu na pôrod, s podávaním Dexamedu, Dopegytu, Magne B6 a Apaurinu. Po tejto príprave bola pacientka prevzatá na vyššie pracovisko, kde bola dňa 15.08.2013 ťarchavosť ukončená per SC s ľavostrannou adnexektómiou a bezprostredne bol realizovaný už predom dohodnutý onkochirurgický výkon na GIT-e - subtotálna resekcia žalúdka a regionálnych LU s omentektómiou, gastrojejunooanastomóza a jejunooanastomóza sec. Roux – Y. Hlboko nezrelý novorodenec bol odovzdaný do starostlivosti neonatológov a pacientka bola dňa 26.08.2013 v dobrom stave prepustená do ambulancie starostlivosti. Dňa 02.09.2013 bola odoslaná na onkologické pracovisko nemocnice vyššieho typu, kde dňom 16.09.2013 bola začatá indikovaná chemoterapia.

### **Zistené skutočnosti**

Podľa zdravotnej dokumentácie preskúmanej s účasťou prizvanej osoby - konzultanta z odboru onkológie v gynekológii, ambulantná pôrodnicka starostlivosť súvisiaca s ťarchavosťou bola u pacientky vykonávaná pravidelne. Postup zmluvného gynekológa bol lege artis, nedošlo k pochybeniu, ani časovému oneskoreniu pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti v tak komplikovanom prípade, akým bola v minulosti liečená sterilita a následná ťarchavosť s malígnym ochorením s veľmi zákerným priebehom - primárnym nálezom v žalúdku, metastazujúcim do oboch ovárií, stimulovaných k veľmi rýchlemu rastu tehotenstvom. V čase USG vyšetrení boli ovária normálnej veľkosti, metastatické nádory sa v nich vyvíjali enormne rýchlo. Bolo to zrejme z výsledkov histologického vyšetrenia a vyšetrení zachytávajúcich veľmi rýchly rast nádoru na ľavej strane. Pacientka v poradni pre gravidné nikdy neudávala ťažkosti zo strany zažívacieho traktu. Vzhľadom na nejasnú malignitu tumoru, aj s prihliadnutím ku gestačnému týždňu (26), k predchádzajúcej liečbe sterility a k matkinmu desiderium foeti vívi bolo aj ponechanie už mierne zväčšeného ľavého ovária do získania histologického nálezu z pravostranného nádoru, odstráneného v celistvosti, odôvodneným rozhodnutím.

Zistené skutočnosti (opakované ambulantné vyšetrenia, bioptické verifikácie tumorov, ukončenie pôrodu predčasne per SC so subtotálnou resekciou žalúdka v jednom sede a následnou

onkologickou liečbou) svedčia o tom, že pacientke bola poskytnutá primeraná, nevyhnutná, včasná a účinná liečba v súlade s platnými právnymi predpismi.

### **Záver**

Výkonom dohľadu úrad konštatoval, že **zdravotná starostlivosť bola pacientke poskytovaná správne, v súlade s § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.**

### **Doplnenie**

Vzhľadom k metastazujúcemu charakteru nádoru zo zažívacieho traktu do ovárií môže pôvodný nádor spôsobiť obrovské zväčšenie ovárií a vyvolať tak dojem primárneho nádorového postihnutia vaječníkov. Tieto nádory rastú rýchlo, sú agresívne a ich potenciál v gravidite je ešte výraznejší. Histologicky ide o metastazujúci hlienotvorný disociovaný karcinóm z prstencovitých buniek, označovaný ako Krukenbergov karcinóm ovária, ktorý zvyčajne v raste rýchlo predbieha primárny nádor.

## **Pacient to podcenil**

Dôvodom k dohľadu bolo prešetrenie podania otca mladého pacienta, ktorý utrpel úraz ľavého kolena, bol ošetrený na urgentnom traumatologickom prijíme – objektívne vyšetrený, naložená sadrová dlahá, predpísaný Fragmin 10 ampúl ako prevencia hlbokaj žilovej trombózy. Pacient 12 dní po ošetrení náhle zomrel doma na masívnu embóliu do pľúcnice. Otec zosnulého žiadal o prešetrenie indikovanej liečby nohy s flebotrombózou, s dôrazom na dĺžku terapie Fragminom 10 dní, silu lieku a dobu kontroly po návšteve traumatologickej ambulancie.

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

28-ročný pacient podľa dokumentácie všeobecnej lekárnky nebol vážne chorý, nenašli sa žiadne záznamy o krvných ochoreniach, o ochoreniach ciev, ani v dokumentácii pediatra. Operovaný nebol, vo februári 2006 mal úraz ľavého kolena, luxáciu jablčka. Fajčenie 10 cigariet denne.

Dňa 23.10.2012 pacient utrpel úraz – podvrhol si koleno, vyskočilo mu jabĺčko, napravil si ho sám, má to už druhýkrát. Bol o 16.43 h ošetrený na urgentnom príjme – traumatologickom. Pri vyšetrení bol zistený opuch kolena ĽDK, hybnosť 0 – 90 st., patela bola palpačne nebolestivá, bolestivé mediálne retinakulum, zvýšená laxita pately v lateromediálnom smere, patelárne ligamentum a extenzorový aparát negat. Končatina bez NCP, bez známok HVT. RTG bolo bez traumatických zmien na skelete, lateralizácia pately. Stav bol diagnosticky uzavretý ako Luxatio patellae I. sin. recidivans. S 83.0 Vykĺbenie, vyvrtnutie, natiiahnutie kĺbov a väziva kolena, vykĺbenie jabĺčka. Bola nasadená sadrová dlaha, (barle mal) a odporučená liečba Fragmin 1 x 5 000 j s. c., Ibalgin 400 2 x 1, ľadovať, chodiť bez postupovania, elevovať, napínať lýtko. Kontrola na traumatologickej ambulancii kolena v utorok alebo štvrtok, objednať telefonicky. Objednaný bol na 06.11.2012 o 9.30 h.

Od 04.11.2012 dopoludnia sa pacientovi doma ťažšie dýchalo, neskôr stratil vedomie. Posádka RZP našla pacienta ležiaceho na posteli, bez spontánnej dychovej aktivity, s cyanózou ušnic, mydriatickými zrenicami a 04.11.2012 o 18.00 h bol konštatovaný exitus letalis.

Na základe pitvy bola ako hlavná príčina smrti stanovená: Tromboembolia trunci et ramorum arteriae pulmonalis massiva. Základná choroba: Phlebothrombosis venarum profundarum membri inferioris sinistri. Z ostatných nálezov: Microinfarctus myocardii subendocardialis incipiens parietis posterioris ventriculi dextri cordis, Infarctus pulmonum incipiens,... Kvantitatívna analýza toxikologickej významných látok metódou TCL: Po spracovaní biologického materiálu (krv) bol pri dôkaze liečiv, psychotropných a omamných látok dokázaný negatívny nález psychotropných a omamných látok a toxikologickej významných skupín liečiv. Pri cielenom vyšetrení na dôkaz kumarínových derivátov a salicylátov bol zistený vo vzorke krvi negatívny nález.

### **Zhodnotenie úradom**

Liek Fragmin predpísaný dohliadaným subjektom dňa 23.10.2012 bol z lekárne vybratý dňa 24.10.2012. Injekčný roztok Fragmin sa podáva podkožne, spravidla do prednej brušnej steny v úrovni pod pupkom.

Pri tejto aplikácii lieku vznikajú nežiaduce účinky vo forme opuchu a začervenania kože v miestach po vpichoch, ale najmä drobné podkožné krvné výrony v okolí jednotlivých vpichov. V pitevnom protokole bol podrobný popis vonkajšej obhliadky, vnútornej obhliadky

tela nebohého, avšak v opise sa nenachádzali záznamy o nežiaducich účinkoch Fragminu v mieste jeho bežnej aplikácie, ani inde na tele.

V súvislosti s pitevným nálezom, vrátane neprítomnosti lokálnych nálezov podávania Fragminu, pri charaktere poranenia a znehybnenia dolnej končatiny je zrejmé, že pacient napriek poučeniu, prevenciu hlbokoj žilovej trombózy nedodržiaval a Fragmin si nepodával. Podľa toxikologických vyšetrení z krvi zosnulého neboli zistené žiadne stopy psychotropných, omamných a toxikologicky významných skupín liečiv. Rovnako neboli zistené stopy kumarínových derivátov a salicylátov.

### **Záver**

Výkonom dohľadu úrad konštatoval, že **zdravotná starostlivosť bola pacientovi poskytovaná správne, v súlade s ust. § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.**

### **Doplnenie**

Luxácie pately sú podľa literatúry pomerne časté poranenia a predstavujú 3 - 6 % všetkých poranení kolena. Liečba v akútnej fáze zahŕňa repozíciu luxovaného jabĺčka, vylúčenie rozsiahlej intraartikulárnej patológie a konzervatívnu liečbu pozostávajúcu z imobilizácie postihnutého kĺbu a relatívneho pokoja končatiny; polohovanie, chladenie. Podľa odbornej literatúry imobilizácia dorzálnou dlahou po dobu 2 - 3 týždňov vykazuje najlepšie výsledky konzervatívnej liečby. Pri pretrvávajúcich ťažkostiach sa indikujú u pacientov ďalšie zobrazovacie metódy (CT/MR) na detekciu patelofemorálneho uloženia, geometrie, mäkkotkanivových a chondrálnych lézií. Termín kontroly o 14 dní, ako to bolo u pacienta, bol po úrazovom inzulte primeraný, a teda mal napomôcť vylúčiť alebo potvrdiť indikáciu prípadnej chirurgickej intervencie.

Pravdepodobnosť vzniku trombózy sa mnohonásobne zvyšuje pri výskyte a kombinácii viacerých rizikových faktorov. Aj napriek tomu, že u pacienta v čase jeho vyšetrenia u dohliadaného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti nebol identifikovaný žiadny z rizikových faktorov (dodatočne zistený z dokumentácie všeobecného lekára – fajčenie), bola mu predpísaná medikamentózna profylaxia Fragmin 1 x 5 000 j s. c. 10 amp.

Pacient bol poučený o cvičení vo voľných kĺboch ĽDK a o napínaní lýtky, o vertikalizácii (chodiť o barliach bez zaťaženia ĽDK).

Názory na dĺžku profylaxie tromboembolizmu nie sú v literatúre jednotné. Mnohé práce odporúčajú dlhodobú profylaxiu, iné iba niekoľko dní. Lapidus (2007) neodporúča dlhodobú profylaxiu, lebo výskyt trombóz v lýtkových vénach bol bez významného rozdielu medzi skupinou dostávajúcou nízkomolekulárny heparín a skupinou dostávajúcou placebo.

## Komplikácia po endarterektómii

### Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie

69-ročný pacient bol hospitalizovaný na neurologickom oddelení nemocnice pre 3 týždne pozorované trpnutie pravej hornej končatiny od prstov až po lakeť, trpnutie pravého líca, pravej polovice pier a prechodnú poruchu zraku na ľavom oku v zmysle prechodnej straty zraku s úplnou úpravou, ktorá sa opakovala.

U pacienta bola tiež dokumentovaná artérová hypertenzia 2. st. WHO/ISH, hypercholesterolémia a ischemická choroba dolných končatín. CT vyšetrenie mozgu nepreukázalo akútne chorobné zmeny, ktoré by vysvetľovali pacientovu aktuálnu symptomatológiu, avšak CT angiografickým vyšetrením bolo potvrdené hemodynamicky závažné 92 % zúženie krčnej tepny – 92 % stenóza a. carotis interna l. sin. Vzhľadom na uvedené bol pacient konzultovaný na vyššom angiochirurgickom pracovisku, kde bola indikovaná operačná liečba cievneho zúženia.

V ďalšom období bol pacient hospitalizovaný na angiochirurgickom pracovisku. V deň prijatia bol písomne poučený o svojej diagnóze a o plánovanom výkone - endarterektómii (v písomnom poučení bol zdokumentovaný detailný popis priebehu výkonu a popis možných komplikácií) a svojím podpisom potvrdil, že uvedené akceptuje a s navrhovaným liečebným výkonom súhlasí. Nasledujúceho dňa bola u pacienta v celkovej anestézii vykonaná endarterektómia a angioplastika a. carotis communis, a. carotis interna et externa l. sin. cum patch Braun (záplata 4 x 0,8 cm).

Počas výkonu, intubácie a v priebehu celkovej anestézie neboli u pacienta dokumentované komplikácie. Bezprostredný pooperačný priebeh bol stabilizovaný, dýchanie bolo suficientné, pacient bol bez komplikácií.

Na druhý pooperačný deň pacient udával, že sa mu ťažko prehŕta. Vykonané bolo konziliárne neurologické vyšetrenie, pri ktorom pacient udával, že od operácie má zachrípnutú, až šeptavú reč a sťažené a bolestivé prehŕtanie. Objektívne bol bez poruchy reči, prítomná bola však dysfónia až afónia. Neurologický nález bol hodnotený ako známky lézie postranného zmiešaného systému v. s. mechanické peroperačné poškodenie kompresiou.

Na 5. deň po operácii bol pacient v stabilizovanom stave prepustený do ambulantnej starostlivosti. V ďalšom období bol pre poruchy hlasu opakovane vyšetrený foniatrom aj otorinolaryngológom, ktorí potvrdili pretrvávajúce dysfonické až afonické hlasu, dýchanie a prehŕtanie bolo bez ťažkostí. Daný nález bol hodnotený ako paresis n. laryngeus recurrens vľavo.

### **Zhrnutie úradom**

Pacient bol hospitalizovaný na angiochirurgickom pracovisku pre hemodynamicky závažné zúženie krčnej tepny na 92 % (subtotálna symptomatická stenóza arteria carotis l. sin.). Uvedené zúženie – kritická stenóza ľavej krčnej tepny - bola verifikovaná USG vyšetrením a CT angiografickým vyšetrením.

Nakoľko je klinicky známe a na podklade EBM údajov potvrdené, že až u 80 % všetkých pacientov ischemická NCMP vzniká na podklade vysokého embolizačného potenciálu z uvedených hemodynamicky závažných aterosklerotických lézií tepien v uvedenej lokalizácii, bola endarterektómia zvolená správne. Indikácia k operácii bola správne stanovená, rešpektujúc odporúčania Európskej spoločnosti pre cievnu chirurgiu karotíd. Operačný výkon bol po technickej stránke vykonaný štandardne, v operačnom popise sa nevyskytujú odborné nedostatky. Pooperačný monitoring pacienta bol štandardný. Pacient bol poučený o nutnosti operačného riešenia, aby sa zabránilo vzniku ďalšej CMP, ku ktorej by mohlo dôjsť, ak by nepodstúpil operačný zákrok. Svojím podpisom potvrdil, že akceptuje operačnú liečbu a možné komplikácie takejto liečby, vrátane možných nervových lokálnych komplikácií. Vznik komplikácie v zmysle poškodenia n. laryngeus recurrens l. sin. nebol spôsobený nesprávnym operačným postupom. Uvedená komplikácia pri obdobných výkonoch nie je nikdy na 100 % vylúčená a môže sa pri uvedenom operačnom výkone vyskytnúť všade vo svete, kde sa uvedené operácie vykonávajú.

Podľa odbornej literatúry je prípustný výskyt nervových komplikácií na angiochirurgickom pracovisku celkovo od 2 do 15 %. Peroperačné poškodenie n. vagus a jeho motorických vlákien pre n. laryngeus recurrens, ktoré sú zodpovedné za pohyblivosť hlasivky, sa

vyskytovali v klinických štúdiách do 2,5 % pacientov.  
Vznikom uvedenej komplikácie nedošlo k pochybeniu pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, žiaľ uvedená komplikácia sa môže vyskytnúť, a nie vždy je možné stanoviť jednoznačne príčinu jej vzniku, tak ako je to aj v prípade u operovaného pacienta.

### **Záver**

Úrad **nezistil** pri poskytnutí zdravotnej starostlivosti pacientovi **porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z., zdravotná starostlivosť bola poskytnutá správne.**

## Použité skratky

ABR – acidobázická rovnováha  
AC – obvod bruška plodu pri USG  
ACI – a. carotis interna  
AFP – alfafetoproteín  
AFI – index hodnotiaci množstvo plodovej vody  
AIC – a. iliaca communis  
AIE – a. iliaca externa  
AKS – akútny koronárny syndróm  
amp – ampulka/y  
APTr – hemokoagulačný parameter (na monitor. liečby heparínom)  
AP – angina pectoris  
ARDS – syndróm akútnej dychovej tiesne  
ARO – anestéziologicko-resuscitačné oddelenie  
AS – ateroskleróza, akcia srdca  
AST – aspartátaminotransferáza  
ATB – antibiotikum  
BFHR – reakcia srdca plodu  
BHP – benígna hyperplázia prostaty  
Bi – bilirubín  
BIRADS – medzinárodná klasifikácia v mamografii  
BPD – biparietálny priemer hlavičky plodu pri USG  
bpn – bez patologického nálezu  
BVK – bronchovaskulárna kresba  
C – cervikálny  
CA, CA 15-3, CA 125, CEA – nádorové markery  
CB – celkové bielkoviny  
CIK – cirkulujúce imunokomplexy  
CITO – akútne vyšetrenie  
CJIS – centrálna jednotka intenzívnej starostlivosti  
CMP – cievna mozgová príhoda  
CMV IgG – protilátky proti cytomegalovírusu  
CNS – centrálny nervový systém  
CPO – centrálné prijímacie oddelenie  
CRP – C-reaktívny proteín  
CT – computerová tomografia  
CTG – kardiokografia, kardiokogram  
CVK – centrálny venózný katéter  
dg – diagnóza/y  
DK – dolná končatina/y  
DLQ – dolný laterálny kvadrant



DM – diabetes mellitus  
EBM – evidence based medicine (medicína založená na dôkazoch)  
EEG – elektroencefalografia, elektroencefalogram  
EF – ejekčná frakcia  
EKG – elektrokardiografia, elektrokardiogram  
ERCP – endoskopická retrográdna cholangiopankreatikografia  
Ery – eryocyty  
ESH/ESC – Európska hypertenziol. a Európska kardiol. Spoločnosť  
ET – endotracheálny/e  
ETI – endotracheálna intubácia  
FN – fakultná nemocnica  
FNsP – fakultná nemocnica s poliklinikou  
FR – fyziologický roztok  
FVC – úsilný výdych pri spirometrickom vyšetrení  
FW – sedimentácia  
GCS – Glasgow kóma skóre  
GFS – gastrofibroskopia  
GIT – gastrointestinálny trakt  
GM – grand mal  
GMT – glutamyltransferáza  
GPK – gynekologicko-pôrodnická klinika  
GPO – gynekologicko-pôrodnické oddelenie  
gr. h./hebd – graviditas hebdomas (tehotenský týždeň)  
Hb (HGB) – hemoglobín  
HbO<sub>2</sub> – saturácia hemoglobínu kyslíkom  
HDC – horné dýchacie cesty  
HELLP – syndróm zvýšenej aktivity peč. enzýmov s níz. počtom Tr  
HLQ – horný laterálny kvadrant  
HP – Helicobacter pylori  
HSV IgG – protilátky proti herpes simplex vírusu  
HT (Hct, Htk) – hematokrit  
HVT – hlboká venózna trombóza  
CHE – cholecystektómia  
IBD – zápalové črečné ochorenia  
ICH – intrakraniálna hemorhagia  
IgG – imunoglobulíny G  
ICHS – ischemická choroba srdca  
IM – infarkt myokardu  
i. m. – intramuskulárne  
IMC – infekť močových ciest  
INR – protrombínový test  
i. v. – intravenózne

IVU – intravaginálny ultrazvuk  
JIRS – jednotka intenzívnej resuscitačnej starostlivosti  
JIS – jednotka intenzívnej starostlivosti  
K – kárium  
KAIM – klinika anestéziológie a intenzívnej medicíny  
KCl – kárium chlorát  
KES – komorové extrasystoly  
KOS – krajské operačné stredisko  
KO – krvný obraz  
KP – kardio-pulmonálny  
KPCR – kardio-pulmo-cerebrálna resuscitácia  
KPR – kardio-pulmonálna resuscitácia  
KV – kardiovaskulárny  
LAP – lymfadenopatia  
ĽDK – ľavá dolná končatina  
l. dx – lateris dextri  
Le (Leu) – leukocyty  
ĽHK – ľavá horná končatina  
LHQ – laterálny horný kvadrant  
LQQ – laterálne kvadranty  
l. sin – lateris sinistri  
LSPP – lekárska služba prvej pomoci  
LU – lymfatická uzlina/y  
MMG – mamografia  
MR, MRI – magnetická rezonancia  
MTS – metastáza/y  
NCMP – náhla cievna mozgová príhoda  
NGS – nasogastrická sonda  
NMR – nukleárna magnetická rezonancia  
NPB – náhla príhoda brušná  
NSA – nesteroidné antireumatikum  
NsP – nemocnica s poliklinikou  
NTG – nitroglycerín  
NT-pro BNP/pBNP – biomarker srdcového zlyhávania  
OAIM – oddelenie anestéziológie a intenzívnej medicíny  
OP – ozvy plodu  
P – pulz  
PCT – hematokrit trombocytov  
PET – pozitronová emisná tomografia  
PGE2 – prostaglandín E2  
PI – index prietoku krvi plodu pri USG  
PK – permanentný katéter

PM – posledná menštruácia  
PNO – pneumothorax  
p. o. – per os/perorálny  
POKO – poliklinické oddelenie klinickej onkológie  
PRO – pravý rebrový oblúk  
P-SIMV – typ ventilácie  
PZS – poskytovateľ zdravotnej starostlivosti  
RDG – rádiodiagnostický  
RLP – rýchla lekárska pomoc  
RTG – röntgen  
RZP – rýchla zdravotnícka pomoc  
SC – cisársky rez  
SpO<sub>2</sub> – saturácia krvi kyslíkom  
STEMI – typ akútneho IM (s eleváciami ST)  
tbl – tableta/y  
TECH – tromboembolická choroba  
th – terapia, terapeutický  
Th – torakálny  
TK – tlak krvi  
TO – terajšie ochorenie  
TOK – traumatologicko-ortopedická klinika  
Tr – trombocyty  
TSH – tyreotropný hormón  
t. t. – tehotenský týždeň  
TT – telesná teplota  
TU – tumor  
TVS – transvaginálna sonografia  
U-AMS – amyláza v moči  
UN – univerzitná nemocnica  
ÚPS – ústavná pohotovostná služba  
UPV – umelá pľúcna ventilácia  
USG – ultrasonografia  
VAS – vertebrogénny algický alebo včasný asfyktický syndróm  
VE/VEX – vákuumextraktor  
VF – vitálne funkcie alebo vedľajšie fenomény  
VVCH – vrodená vývojová chyba  
WHO – Svetová zdravotnícka organizácia  
ZD – zdravotná dokumentácia  
ZZS – záchranná zdravotná služba