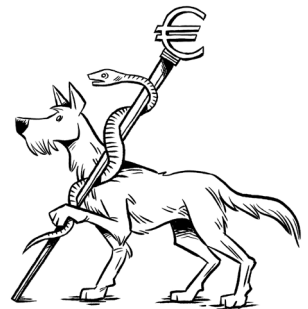


- úrad pre
- dohľad nad
- zdravotnou
- starostlivosťou

Kazuistiky 2021



- úrad pre
- dohľad nad
- zdravotnou
- starostlivosťou

Kazuistiky 2021

Predslov

Vážení čitatelia,

Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „úrad“) dohliada nad všetkými kľúčovými aspektmi systému zdravotníctva, s cieľom udržiavať finančnú stabilitu, výkonnosť a solidárnosť systému, vrátane edukácie odbornej i laickej verejnosti. Je mi potešením, že sa nám vlani podarilo obnoviť projekt Kazuistiky a v tomto roku s ním úspešne pokračujeme. Ich publikovanie je z pohľadu vzdelávania a osvetly jednou z najdôležitejších činností úradu.

Tohtoročné vydanie kazuistík obsahuje 13 prípadov, ktoré rozoberajú správne aj nesprávne poskytnutú zdravotnú starostlivosť. Ide o výber klinicky zaujímavých prípadov z vykonaných dohľadov na pobočkách úradu po celom Slovensku. Teší ma, že po odbornej stránke výber kazuistík zastrešoval MUDr. Mgr. Michal Palkovič, PhD., MHA, MPH, ktorý je od 1. 1. 2022 mojim zástupcom pre medicínske piliere úradu.

Znalosť nezvyčajných prípadov z praxe a niekedy vzniknuté nedostatky, o ktorých sa v publikácii dočítate, môžu do budúcnosti vylúčiť rovnaké pochybenia. Prajeme všetkým elán vo vzdelávaní a veľa dobrých rozhodnutí so zdravým rozumom.

Ing. Renáta Bláhová, MBA, FCCA, LL.M.
predsedníčka úradu

OBSAH

OD SPORU SO SUSEDOM K SPOROM S POSKYTOVATEĽMI ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI	6
OPERÁCIA NOHY CHLAPCA	9
PROBLÉMY CYKLISTU	14
VYTÚŽENÉ TEHOTENSTVO	17
ROZPAD SVALOVÝCH VLÁKIEN – RIZIKO AJ MLADÉHO VEKU	24
BOLA DIAGNÓZA STANOVENÁ NESKORO?	29
BOLA PO VYŠETRENÍ NUTNÁ HOSPITALIZÁCIA?	35
ČO SKRESLILO PRIEBEH NÁHLEJ PRÍHODY BRUŠNEJ?	38
„NEUROTICKÁ“ NA CENTRÁLNOU PRÍJMU	49
NESPRÁVNE VYHODNOTENIE USG NÁLEZU U 3,5-ROČNEJ PACIENTKY	56
SLEPÉ ČREVO	61
VÍKENDOVÉ DNI	65
SPONTÁNNY PÔROD ALEBO CISARKÝ REZ	69
POUŽITÉ SKRATKY	76

OD SPORU SO SUSEDOM K SPOROM S POSKYTOVATEĽMI ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Úrad prijal podnet 46-ročného pacienta, ktorý žiadal prešetriť správnosť poskytnutej zdravotnej starostlivosti po úraze pri spore so susedom. Vznik úrazu popísal nasledovne: Ocelový poklop vodovodnej šachty mu sused pustil na hlavu, na čo spadol do vodovodnej šachty, z ktorej nevie presne definovať, ako sa dostal. K incidentu bola privolaná aj polícia.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

Pacient dňa 13. 5. 2021 pri susedskom spore utrpel úraz, povrchové poranenie vlasatej kože hlavy. Dňa 13. 5. 2021 o 19:50 hod. bol ošetrený posádkou RZP a prevezený na vyšetrenie na oddelenie urgentného príjmu. Pacient bol v ambulancii úrazovej chirurgie komplexne vyšetrený, vykonané bolo RTG vyšetrenie lebky, chrbtice a panvy - bez jednoznačných traumatických zmien. Bol mu vypísaný regres a s doporučeniami bol odoslaný na vyšetrenie na neurologickú ambulanciu dohliadaného subjektu. Tam bol vyšetrený s diagnózou Vertebrogénny algický syndróm LS chrbtice. Pacient pri všetkých vyšetreniach nespolupracoval, pri neurologickom vyšetrení nepodpísal ambulantný nález a odišiel z ambulancie hneď po vyšetrení. Bol prepustený do ambulantnej starostlivosti s doporučením kontrolného vyšetrenia u obvodného lekára a dispenzarizácie špecialistami.

Pacient navštívil dňa 14. 5. 2021 ambulanciu všeobecného lekára z dôvodu, že bol nekompletno vyšetrený na oddelení urgentného príjmu, ako aj v RZP a dožadoval sa vystavenia PN pre bolesti lakťov a stehennej kosti, na čo dostal zamietavú odpoveď, keďže bol

poberateľom čiastočného invalidného dôchodku s percentuálnym poškodením chrbtice 45 %. Pacient bol odoslaný na chirurgické vyšetrenie.

Dňa 17. 5. 2021 bol pacient vyšetrený v chirurgickej ambulancii, kde mu bola doporučená PN od 14. 5. 2021. Dňa 18. 5. 2021 bola pacientovi vypísaná PN všeobecným lekárom pre dospelých od 14. 5. 2021.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

Pacient bol vyšetrený v ambulancii úrazovej chirurgie na oddelení urgentného príjmu, kde mu bola odobraná anamnéza. Pacient sa sťažoval hlavne na bolesti krčnej a lumbálnej chrbtice. Bol odoslaný na röntgenové vyšetrenie lebky, chrbtice a panvy. Keďže röntgenové vyšetrenie neverifikovalo žiadne traumatické zmeny skeletu, len degeneratívne zmeny chrbtice, stav bol uzavretý ako povrchové poranenie vlasatej časti hlavy s kontúziou mäkkých častí hlavy. Z dôvodu pretrvávajúcich chronických bolestí chrbtice (pre ktoré bol invalidizovaný), bol pacient odoslaný na neurologické vyšetrenie. Pacient bol oboznámený s vypísaním regresu vzhľadom na anamnestické údaje incidentu, ktoré predchádzali úrazu. K incidentu bola privolaná aj polícia. Pacient bol poučený o ďalšom postupe a informovaný o možnom zhoršení zdravotného stavu.

V ambulancii neurológie oddelenia urgentného príjmu bol pacient komplexne vyšetrený. V anamnéze sa uvádza, že pacient bol v minulosti opakovane vyšetrený pre vertebrogénny algický syndróm chrbtice. Počas vyšetrenia vedome nespolupracoval, používal svojvoľné rečové produkcie, komunikáciu odkláňal, chcel len infúziu pre chronické bolesti chrbta, žiadne nové ťažkosti nemal. Priebeh celého vyšetrenia bol limitovaný nedostatočnou spoluprácou. Výsledok vyšetrenia bol uzavretý ako vertebrogénny algický syndróm chrbtice. Pacientovi bola odporučená liečba aj

d'alší postup. V závere komunikácie pacient odmietol podpísať a prevziať lekársku správu.

V ambulancii všeobecného lekára pre dospelých sa pacient sťažoval na nedostatočné vyšetrenie na urgentnom príjme, preto bol odoslaný na kontrolné chirurgické vyšetrenie.

Na základe preskúmania dostupnej zdravotnej dokumentácie, písomných vyjadrení a odborných stanovísk úrad zistil, že zdravotná starostlivosť bola správne riešená v rámci danej vzniknutej situácie a zo strany dohliadaných subjektov bolo urobené všetko pre zvládnutie potrebných vyšetrení a liečby pacienta. Vyšetrenie v ambulancii úrazovej chirurgie bolo štandardné. Vzhľadom na anamnézu, klinické ťažkosti a röntgenový nález bolo správne odporučené aj neurologické vyšetrenie. Neurologické vyšetrenie, napriek nedisciplinovanosti pacienta, ktorý bránil vyšetreniu a nespolupracoval, bolo realizované správne.

Pri celkovom posúdení poskytovanej zdravotnej starostlivosti ošetrovanému pacientovi je hlavnou skutočnosťou to, že všetci poskytovatelia zdravotnej starostlivosti zhodne uvádzajú, že v osobe pacienta išlo o problémovú osobnosť s negativistickými tendenciami prejavov, nespoluprácu brániacu vyšetreniu. Nedostatočná spolupráca pri vyšetrení, spontánne rečové produkcie na hranici inkoherentného myslenia počas celého vyšetrenia poukazovali na patologicky narušenú osobnosť. Navrhnuté, vykonané vyšetrenia a ich postupy plne zodpovedali udávaným ťažkostiam a objektívnemu stavu pacienta.

K dokresleniu psychopatických rysov pacienta úrad uvádza vyjadrenie všeobecného lekára pre dospelých, ktorý hodnotí pacienta ako nespolupracujúceho a nespokojného s vyšetreniami na rôznych pracoviskách.

Pacientovi boli zo strany dohliadaných subjektov počas poskytovania zdravotnej starostlivosti realizované všetky potrebné vyšetrenia a ošetrenia včas a správne. Zdravotná starostlivosť v dohliadanom období bola poskytnutá lege artis.

ZÁVER

Úrad výkonom dohľadu zistil, že pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientovi prešetrované subjekty v dohliadanom období neporušili ustanovenia § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.

OPERÁCIA NOHY CHLAPCA

Úrad prešetroval prípad na základe podnetu matky v súvislosti s podozrením na pochybenie pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti jej synovi. Matka v podnete vyjadrila nespokojnosť s postupom ošetrujúcich chirurgov v špecializovanom detskom zdravotníckom zariadení. V podnete bolo uvedené, že dieťa prijali z dôvodu operácie lýtky pravej nohy. Odvtedy jej syn chodí iba po špičke pravej nohy, nevie položiť päť na zem. Pred operáciou chodil normálne. Počas operácie vraj došlo aj k nejakému krvácaniu, ktoré nevedeli lekári zastaviť. Podávateľka mala podozrenie, že pri operácii bola poškodená Achillova šľacha, preto žiadala o prešetrenie.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

Prešetrením úrad zistil, že pred dohliadaným obdobím bol pacient hospitalizovaný v spádovej nemocnici po tom, ako dňa 29. 4. 2021 utrpel úraz po zoskoku zo stoličky. Odvtedy pociťoval bolesti v pravom lýtku. Večer 29. 4. 2021 mal teplotu 37,3 C, následne 1. 5. 2021 mal teplotu do 38,7 C. Diferenciálne diagnosticky

indikáciou na hospitalizáciu bol susp. zápal Achilovej šľachy alebo susp. tromboembólia.

Realizovaným USG bola hlboká žilová trombóza vylúčená. Pre supponovanú streptokokovú flegmónu bola indikovaná terapia I. generáčnými cefalosporínmi. Po 48 hod. bola terapia bez efektu, stúpila zápalová aktivita, nález na nohe bol zhoršený. Na USG bola evidentná progresia až do fasciálneho priestoru. Stav imponoval ako celulitída, začatá bola preto kombinovaná venózna liečba III. gen. cefalosporínom a aminoglykozidom. Následne došlo k poklesu febrilit, po 5 dňoch boli aminoglykozidy z liečby vysadené, začatá RHB. Postupne sa obnovovala hybnosť PDK, došlo k ústupu febrilit a ťažkostí. Na kontrolnom USG bolo vo fasciálnom priestore od proximálnej až po distálnu časť predkolenia pozorovať heterogénnu štruktúru, v. s. rozliaty organizujúci sa hematóm. Doplnené MR vyšetrenie zo dňa 11. 5. 2021 popísalo rozsiahlu ohraničenú infikovanú tekutinovú kolekciu - absces v pravom predkolení dorzálnne subkutánne. Bol prítomný diskrétny edém perifokálnych mäkkých častí. Vzhľadom na klinický priebeh bol pacient dňa 12. 5. 2021 po dohovore preložený na vyššie špecializované pracovisko.

V rámci dohliadaného obdobia bol pacient dňa 12. 5. 2021 vyšetrený v chirurgickej ambulancii OUP a prijatý na špecializovanú kliniku detskej chirurgie k doriešenia stavu.

Nález pri prijatí: Pravé lýtko objemovo väčšie, tuhšie, bolestivé, bolestivá dorziflexia nohy, noha v špic-fuse, nedá sa dotiahnuť ani do základného postavenia, takisto tuhá flexia v kolene. Ordinovaná bola ATB liečba, základné vyšetrenia a USG so záverom - patologická tekutinová kolekcia v mediodorzokaudálnej časti lýtka vpravo, flegmóna podkožia pravého lýtka. Dif. dg.: Abscesová kolekcia, odporúčané korelovať MR vyšetrením.

V deň prijatia dňa 12. 5. 2021 o 20:50 hod. bola realizovaná operácia inveterovaného hematómu cruris. Operačné výkony: Incisio, evacuatio, hemostasis, sutura, krytie, tlakový obväz. Popis operácie: Po incízii evakuácia sanguinolentnej tekutiny 50 ml, revízia subfasciálneho priestoru - dutina 15 x 5 cm so septami, po ich prerušení vyteká zbytok tekutiny. V dolnej časti výrazné difúzne arteriálne krvácanie cez fasciu. Snaha zastaviť krvácanie elektrokoaguláciou neúspešná. Krvácanie zastavené až Tachosealom. Sutúra podkožia a kože. Krytie, mierny kompresívny obväz na predkolenie. Stav pôsobí ako možný hemangióm v mieste lýtkového svalu – do vyšetrovať. Ord.: Hemokoagulačné vyšetrenie, kontrola obväzu á 2 hod., ATB pokračovať len s Klimycinom.

V nasledujúcich dňoch pri preväzoch opuch dolnej časti nohy, mierne presakovanie bandáže, odber T z rany (výsledok: pôdy ostali sterilné), priebeh afebrilný, presakovanie ustalo. Denné preväzy bez komplikácií.

Na 3 pooperačný deň PDK: Lýtko s miernym opuchom, operačná rana pokojná, viazne dorziflexia v členku, počínajúca kontraktúra v kolennom kĺbe. Ord.: USG Doppler, RHB zatiaľ nezačínať.

Realizované USG vyšetrenie pravého lýtko + Doppler v obl. m. surae záverovalo hypoechogénnu expanziu kraniálne od pooperačnej jazvy pravého lýtko + zvýšenú echogenitu podkož. tkaniva dorzálnej časti lýtko. Dif. dg.: Flegmona cutis a subcutis.

4. pooperačný deň bola realizovaná CT angiografia, ktorá vylúčila cievnu anomáliu.

Od 5. pooperačného dňa bola zahájená rehabilitácia pre redukciu pohybu členka a kolena. Postupné zlepšenie mobility kolenného kĺbu. Ord.: Dalacin 3 x 150 mg tbl.

Na 7. pooperačný deň bol pacient v dobrom klinickom stave prepustený do ambulantnej starostlivosti s odporúčaním ďalšej rehabilitácie, ortézy na peroneálny ťah a ambulantnej kontroly v chirurgickej ambulancii. Stav bol uzavretý ako zastaralý hematóm v lýtku a kontraktúra lýtkového svalstva.

Po dohliadanom období pri ambulantných kontrolách bolo realizované USG, kde bola zistená regresia tekutinových kolekcií. Viazla dorziflexia pravého členka pre skrátenie tricepsu. Odporúčaná ortéza, ďalšia rehabilitácia, neskôr tiež neurologické a ortopedické vyšetrenie.

ZHODNOTENIE POSTUPU

Zdravotná starostlivosť bola pacientovi poskytnutá dohliadaným subjektom v celom rozsahu správne a v súlade s medicínskymi odporúčaniami. Postup dohliadaného subjektu pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti bol štandardný a správny.

Po prijatí bol pacient komplexne diagnostikovaný a operovaný. Bola vykonaná incízia, evakuácia hematómu a hemostáza. Peroperačne bolo vyslovené podozrenie na angiómovú komponentu. V pooperačnom priebehu neboli zistené komplikácie, bolo doplnené USG a CT angiografické vyšetrenie, ktoré vylúčilo lymfangióm alebo hemangióm v uvedenej oblasti. Stav bol uzavretý ako zastaraný hematóm v lýtku a kontraktúra lýtkového svalstva.

Úrad konštatoval, že skrátenie m. triceps surae bolo prítomné už pri prijatí pacienta, po preklade zo spádovej nemocnice, ako je zaznamenané v zdravotnej dokumentácii.

Kontraktúrou rozumieme väčšie skrátenie mäkkých tkanivových štruktúr, ktoré obmedzuje pohyblivosť v kĺboch. Pri skrátení svalov

hovoríme o myogénnych kontraktúrach. Cieľom rehabilitácie je obnoviť dĺžku svalu, funkčné vlastnosti postihnutého svalu a zaradiť sval do pohybového vzorca.

Myogénne kontraktúry môžeme rozdeliť na: 1. paralytické – vznikajú pri odumretí jedného alebo niekoľkých svalov, paralizou svalov sa naruší rovnováha antagonistov a vzniká patologický stav nerovnováhy, čo sa prejaví ako kontraktúra. 2. spastické – vznikajú pri poruchách spojených so zvýšenou dráždivosťou svalových vlákien, takéto svaly sa aktívne skracujú, pretože majú zvýšený patologický tonus. Na rozdiel od paralytických kontraktúr, chorobným procesom sú postihnuté svaly, ktoré kontraktúru spôsobujú. 3. reflexné – vznikajú skrátením svalov pri rôznych ochoreniach kĺbov (zápal, úraz). 4. myolytické – sú spôsobené degeneratívnymi zmenami štruktúry svalov.

Kontraktúra sa u pacienta neobjaví náhle, ale vzniká vždy na podklade akéhosi patologického procesu a postupne sa vyvíja v čase. Vývoj má 3 štádiá: 1. štádium – zistíme klinicky, že svaly sa ťažšie relaxujú po kontrakcii a končatinu musíme do plného rozsahu dotlačiť proti ľahkému odporu. Pacient má tendenciu držať končatinu v úľavovej polohe, ale dokáže urobiť pohyb v kĺbe vlastným svalovým úsilím ešte v plnom rozsahu. 2. štádium – tkanivá sú skrátené viac a kladú zreteľný odpor, pacient vlastným svalovým úsilím nestačí dotiahnuť pohyb do plného rozsahu a pociťuje pri cvičení nepríjemné ťahanie, napínanie až bolesť. 3. štádium – ani pôsobením vonkajšej sily sa nedá dosiahnuť plný rozsah pohybu v kĺbe.

ZÁVER

V kontexte vyššie uvedených skutočností je zrejmé, že nedošlo k pochybeniu pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti maloletému pacientovi. Zdravotná starostlivosť bola na základe vyššie uvedenej analýzy vyhodnotená ako poskytnutá správne.

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

PROBLÉMY CYKLISTU

Úrad prijal podnet 35-ročného pacienta, ktorý žiadal prešetriť správnosť poskytnutej zdravotnej starostlivosti v urologickej ambulancii, v ktorej je dlhodobo sledovaný a liečený pre erektilnú dysfunkciu s problémom, že po dlhšej jazde na bicykli mal prílišné nutkanie na močenie, bolesti v oblasti perinea a semenníkov, ktoré ustali po čase zmiernenia jazdenia na bicykli. Pri ďalších kontrolách udával zhoršenie erekcie, zopakovanie podráždenia, pálenie v oblasti žalúďa. Vyjadril nespokojnosť s tým, že mu nebolo vykonané vyšetrenie cez konečník a sonografické vyšetrenie. Vzhľadom na neuspokojivý dojem z riešenia jeho problémov, kvôli ktorým nebol schopný nájsť si vzťah, pretrvávajúce pálenie žalúďa, začervenanie pri erekcii a po ejakulácii, zhoršujúca sa erekcia a tiež neutíchajúce zvláštne pocity po vykonaní veľkej potreby, navštívil inú urologickú ambulanciu.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

Pacient bol v dohliadanom časovom období 13x vyšetrený dohliadaným subjektom alebo mu bol vykonaný predpis liekov, a to v nasledovnom rozsahu: Dňa 14. 2. 2019 predpis lieku Cialis. Dňa 19. 2. 2019 - vykonaný záznam o kontrolnom vyšetrení, odobratých krvných parametrov, výsledok USG vyšetrenia semenníkov, objektívny nález lekára so záverom - erektilná dysfunkcia v terapii s efektom, odporučená liečba ako doteraz, kontrola podľa potreby, pacient ďalej poučený. Predpis liekov Cialis. Dňa 17. 4. 2019 predpis

liekov Cialis. Dňa 14. 5. 2019 vyšetrenie lekárom pre opakované bolesti semenníkov. S močením, pálením, rezaním pacient problém nemal. Makrozmeny v moči lekár neudáva, pacient bez ťažkostí s erekciou, ejakulát bez patológie, bez prítomnosti krvi. Pacient udával častú jazdu na bicykli. Bol mu predpísaný medikament Deoxymykoin. Zrealizované digitálne rektálne vyšetrenie, ultrasonografické vyšetrenie semenníkov a objektívne zhodnotený stav pacienta lekárom so záverom, že toho času urologický nález bez patológie. Dňa 27. 6. 2019 bol pacient vyšetrený lekárom objektívne s problémom ejakulácie. Ďalšie vyšetrenie podľa záznamu je zo dňa 12. 9. 2019 pre bolesti semenníkov, zhoršenie erekcie. Pacient udáva pauzu v jazdení na bicykli s úpravou sedadla. Lekár zrealizoval USG vyšetrenie, digitálne rektálne vyšetrenie so záverom symptómy dolných močových ciest asoc. s prostatitídou a s erektilnou dysfunkciou sec. Doporučil Tadalafil aspoň na 10 dní a kontrolu podľa potreby. Dňa 6. 11. 2019 prišiel pacient na kontrolné vyšetrenie. Sťažoval sa na zhoršenú erekciu, hlavne po bicyklovaní, údajne nemal dobré sedlo na bicykli. Pacient mal prechodne úpravu intervalu liečby a erekciu nemal dostatočnú, užíval Tadalafil obdeň a nebolo to dobré. Od apríla po bicyklovaní prestal mávať ranné erekcie. Problém mal s pálením v uretere. Lekár stanovil záver: Erektálna dysfunkcia v terapii s odporúčením Tadalafilu, s kontrolou o dva mesiace, pri ťažkostiach ihneď. Dňa 18. 5. 2020 a 24. 7. 2020 je záznam o predpise liekov Tadalafil. Dňa 6. 8. 2020 prišiel pacient na kontrolné vyšetrenie pre občasné dyzurické ťažkosti, slabšiu erekciu, krvavý moč nemal, užíva lieky na tlak - betablokátoary. Lekár objektívne zhodnotil pacienta, bol odobratý moč na K+C (kultivácia a citlivosť) so záverom erektilná dysfunkcia v terapii, pred ejakuláciou, predpísaný Tadalafil a Priligy, bola mu odporúčená kontrola o pol roka, pri ťažkostiach ihneď. Pacient sa mal informovať na výsledok vyšetrenia moču, podľa nálezu mu bude nasadená antibiotická liečba. Dňa 11. 8. 2020 bol pacient informovaný o výsledku vyšetrenia moču s negatívnym nálezom, bez známok zápalu, kontrola plánovaná podľa doporučenia.

Posledný záznam z dohliadaného obdobia je zo dňa 1. 12. 2020, predpis lieku Tadalafil.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

Skupina vykonávajúca dohľad nezistila nedostatky u dohliadaného subjektu v rámci predmetu dohľadu.

Pacient bol od roku 2013 opakovane vyšetrovaný na urologických ambulanciách vo viacerých mestách. Podľa záznamov išlo o dlhodobu pretrvávajúce ťažkosti s erektilnou dysfunkciou, nedostatočným libidom, bolesťami v oblasti semenníkov a na perineu. Urologické vyšetrenia, ktoré na spomínaných ambulanciách podstúpil boli správne indikované a liečba, ktorá mu bola odporúčaná, bola správna. Sonografické vyšetrenie, na ktoré sa pacient odvoláva nie je rozhodujúcim ani dostatočným vyšetrením pre stanovenie diagnózy abakteriálnej chronickej prostatitídy. V súčasnosti ťažkosti, ako sú uvádzané pacientom, sú ťažko medikamentózne zvládnuteľné, napriek opakovaným liečebným pokusom s viacerými medikamentami. Často podobné prípady vyžadujú úzku spoluprácu s klinickým psychológom alebo psychiatrom.

ZÁVER

Úrad výkonom dohľadu zistil, že pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientovi dohliadaný subjekt v dohliadanom období neporušil ustanovenia § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.

VYTÚŽENÉ TEHOTENSTVO

Úrad prijal podnet, v ktorom podávateľ žiadal prešetrenie postupu pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti jeho manželke po mimotelovom oplodnení.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

33-ročná pacientka bola sledovaná dlhodobo ako pacientka primárnej gynekologickej ambulancie. Dňa 28. 5. 2019 jej bol v ambulancii realizovaný odber krvi na stanovenie tehotenského hormónu po predchádzajúcom prenose rozmrazeného embrya do maternice po 7-ročnej sterilite. Odber krvi potvrdil tehotenstvo. Následne absolvovala štandardné prenatalne poradne po otehotnení metódou IVF (kryoembryotransfer, mimotelové oplodnenie). Dňa 8. 8. 2019 pri gynekologickom vyšetrení bola zistená rezistencia v oblasti pravej inguiny a veľkého pysku ohanbia, popisovaná ako tuhá 5 cm lézia a vyslovené bolo podozrenie na zväčšenú lokálnu lymfatickú uzlinu. Od tohto momentu bol odporúčaný ďalší diagnostický a terapeutický postup. Po negatívnom infektologickom vyšetrení a USG vyšetrení, ktoré suponovalo zápalovo zmenený ateróm (kožná cysta vzniknutá upchatím mazovej žľazy), bola pacientke nasadená empirická lokálna a celková antibiotická liečba, pri ktorej subjektívne popisovala zlepšenie stavu. V rámci ďalšej diagnostiky bola doporučená histologizácia ložiska a vyšetrenie onkomarkerov z krvi, ktoré bolo negatívne. Pacientka vzhľadom na prebiehajúce tehotenstvo a strach o dieťa žiadala konzervatívnu liečbu a nechcela podstúpiť histologizáciu ložiska. Po zhoršení stavu, v zmysle bolestivosti po ukončení antibiotickej liečby, dňa 2. 10. 2019 bola pacientka odoslaná na vyššie pracovisko na histologizáciu ložiska. Dňa 22. 10. 2019 prišla pacientka na kontrolné vyšetrenie. V zdravotnej dokumentácii je popísaná

správa z chirurgického konziliárneho vyšetrenia - nález nevhodný na extirpáciu v ambulantnom režime. Pre nerealizáciu chirurgickej extirpácie bola poukázaná gynekológom na hospitalizáciu, pričom jej bol telefonicky dohodnutý termín na 24. 10. 2019. V rámci hospitalizácie na gynekologicko-pôrodnickom oddelení bola vykonaná CCB s nálezom malignity vulvy. Dňa 12. 11. 2019 bola pacientka na poslednom vyšetrení pred pôrodom už s nálezom histologického vyšetrenia - embryonálny karcinóm, susp. nízko diferencovaný yolk sack tumor s rýchlou progresiou symptómov. Stav pacientky bol konzultovaný v Prahe so záverom: Primárny operačný výkon možný. S doporučením ukončenia gravidity sekciou aj pri immaturite plodu po maturácii pľúc. Dňa 4. 12. 2019 - sectio Caesarea (dievča 2150 g/41 cm), podané 3 cykly chemoterapie v režime á 10 dní, ukončenie 1/2020. Operácia bola realizovaná dňa 14. 1. 2020 v Prahe - histologicky bol potvrdený proximálny typ epiteloidného sarkómu - realizovaný bol výkon hemivulvektómia vpravo s resekciou mons pubis a odstránením regionálnych LU. Po operácii rozhodol 14-členný tím onkogynekológov v Prahe dňa 29. 1. 2020 o nemožnosti zvýšiť rozsah výkonu kvôli lokalizácii nádoru. Pacientka aj jej lekár boli informovaní. Dg.: Proximálny typ epiteloidného sarkomu v tehotenstve pT2 (65 mm) pNx (2/0) cN0 M0 FNCLCC (3+3+1) G3, AJCC prognostic stage IIIA (fixácia k periostu symfýzy, fascii adduktorov a m. rectus abdominis). Dňa 21. 2. 2020 bola pacientka vyšetrená na onkológii pred plánovanou rádioterapiou, odoslaná bola na CT vyšetrenie. V ten istý deň bola ambulantne vyšetrená na gynekologicko-pôrodnickom oddelení pre zvýšené teploty, zdurenie v pravej inguine, PAB bez obsahu. Záver: Lymfokéla 35 x 25 mm. Nastavená na antibiotickú terapiu, kontrola o týždeň. Dňa 28. 2. 2020 pacientka absolvovala kontrolné vyšetrenie, obj. nález sa zmenšil o 50 % počas liečby Ciphin + Ialugen, od budúceho týždňa rádioterapia, objednaná na kontrolu o mesiac po ukončení rádioterapie. Dňa 28. 2. 2020 boli realizované CT vyšetrenie hrudníka, brucha a malej panvy so záverom: Pacientka s TU vulvy,

stav po hemivulvektómii l. dx. a časti mons pubis, stav po ingvinálnej extrakcii LU l. dx., 14. 1. 2020 - histologicky sarkóm, stav po chemoterapii. Aktuálne v oblasti vulvy vpravo mäkkotkanivová lézia, neostro ohraničená, s extenziou ku mons pubis vpravo - v. s. nález imponuje ako postoperačné zmeny - pooperačná fibróza, v danom teréne bez zjavnej vysycujúcej sa lézie. V pravej ingvinálnej oblasti tiež pooperačné zmeny – v podkoží v danej oblasti 2 ploché zväčšené LU - aktuálne imponujú skôr ako akútne reaktívne, doporučené USG sledovanie. Menšie cystické lézie oboch adnex - dif. dg. dominantné folikuly, stopové množstvo voľnej efüzie v malej panve. Bez prítomnosti vzdialených metastáz v hrudníku a v dutine brušnej. Od 10. 3. 2020 bola pacientka ambulantne liečená na onkologickom oddelení, absolvovala adjuvantnú rádioterapiu na oblasť lôžka TU. Liečba bola ukončená dňa 28. 4. 2020. Posledné vyšetrenie v rádioterapeutickej ambulancii pacientka absolvovala dňa 22. 5. 2020 s doporučením ďalšieho sledovania na onkologickej ambulancii a kontrolného MR panvy, ev. CT s odstupom po rádioterapii. V ten deň absolvovala aj kontrolné gynekologické vyšetrenie, subj. follow up po ukončení liečby sarkómu vulvy, liečba ukončená 28. 4. 2020, obj. USG pravej ingviny: lymfokéla o priemere 3 cm, USG abdomenu: uterus 6 x 3 cm, adnexá bpn., pošva tesne na prst v dĺžke 4 cm bpn., oblasť vulvy bpn., doporučená kontrola o 3 mes., v novembri PET CT. Dňa 26. 5. 2020 bola pacientka vyšetrená v onkologickej ambulancii, kde je v závere záznamu uvedené, že pacientka odchádza na vyššie pracovisko z dôvodu stanovenia ďalšieho postupu. Dňa 21. 8. 2020 absolvovala kontrolné gynekologické vyšetrenie, USG pravej ingviny: lymfokéla o priemere 3 cm, USG abdomenu: uterus 6 x 3 cm, adnexá bpn., odber knips z portia, portio makroskopicky bez lézie, oblasť vulvy bpn., doporučené informovať sa na výsledok knipsu, kontrola o 3 mesiace. Nasledujúce vyšetrenie v onkologickej ambulancii bolo realizované dňa 11. 9. 2020 s doporučením: sono abdomenu objednané, PET CT plánované, kontrola s výsledkami. Následne bola pacientka

vyšetrená dňa 16. 9. 2020, kedy jej bola podaná infúzna liečba a dňa 22. 9. 2020 s výsledkom USG vyšetrenia bola objednaná na PET CT. Pre neustupujúce hnačky bola pacientka vyšetrená dňa 24. 9. 2020 na oddelení urgentného príjmu a následne prijatá na kardiologickú kliniku, ktorá bola v danom čase reprofilizovaná na infekčnú kliniku pre pandémiu COVID-19. Deň pred príjmom bola pacientka vyšetrená na infektologickej ambulancii s odberom stolice na patologické vírusy, Salmonelu, Campylobacter jejuni a Clostrídium s negatívnym výsledkom. Od prijatia bol pravidelne v dennom režime sledovaný jej klinický stav. Tlak krvi bol do 130/90mmHg so zrýchleným sínusovým rytmom. V popredí ťažkostí boli riedke stolice, ktoré v dôsledku liečby intermitentne utíchli. Pridružili sa bolesti v bruchu. V liečbe bola aplikovaná parenterálna rehydratácia, intravenózne antibiotiká pre eleváciu CRP nad 50, antidiarhoická, probiotiká, črevné dezinficiencia, analgetiká parenterálne. Dňa 25. 9. 2020 bolo počas hospitalizácie realizované CT brucha a malej panvy so záverom: v koreláte s CT z 2/2020 nález vo výraznej progresii. Aktuálne stacionárne mäkkotkanivová masa tiahnúca sa ventrálne a kaudálne od mons pubis v podkoží. Výrazná progresia nálezu v dutine brušnej - ascites so všetkých kvadrantoch dutiny brušnej, splývavá LAP paraaortokáválne, parailicky obojstranne, oveľa výraznejšia masa, avšak parailicky l. dx. so zavzatím v. iliaca externa/ niektoré LU parailicky l. dx. aj s centrálnou nekrozou, zhrubnuté peritoneum l. dx., viaceré mäkkotkanivové masy nasadajúce na peritoneum, niektoré aj retroperitoneálne vpravo pozdĺž m. psoas major, v diferenciálnej diagnostike implantačné mts/ zmeny v rámci karcinomatózy. Dňa 29. 9. 2020 bolo pacientke realizované aj PET CT s nálezom patologickej kumulácie FDG v teréne rozsiahlej karcinomatózy peritonea, LAP. Na základe rozsahu ochorenia bol konzultovaný lekár a plánovaný preklad na vyššie onkologické pracovisko na 1. 10. 2020. Pacientka bola informovaná o preklade. Pred prekladom bolo v tom čase nutné realizovať PCR test, pričom bola zistená pozitivita na SARS-CoV-2, z toho dôvodu bola

pacientka 1. 10. 2020 preložená na kliniku infektológie. Pri preklade bola pacientka v stabilizovanom stave, kardiopulmonálne kompenzovaná, bez dyspnoe, saturácie O₂ 99 %, bez potreby inhalácie. V popredí boli ťažkosti vyplývajúce zo základnej onkologickej diagnózy - zväčšovanie brucha, bolesti, intermitentne redšie stolice. V laboratórnom náleze anémia, elevované CRP. Doplnené bolo algeziologické vyšetrenie s odporúčaním liečby - Transtec empl., Novalgin tbl., Tramal gtt. Počas hospitalizácie na klinike infektológie bola pacientka bez príznakov ochorenia COVID-19. 2. 10. 2020 bola prepustená do ambulantnej starostlivosti, s plánovaným kontrolným PCR testom na SARS-CoV-2 na 6. 10. 2020, v prípade negativity bola plánovaná hospitalizácia na vyššom pracovisku. Dňa 3. 10. 2020 sa pacientka dostavila na infekčnú kliniku na odľahčovaciu punkciu ascitu, na telefonické odporúčenie onkológa vyššieho pracoviska. Punkcia nebola realizovaná pre nepriaznivý USG nález - blízka pozícia črevných kľučiek, doporučená bola liečba Furon, Verospiron. Dňa 5. 10. 2020 bola pacientka hospitalizovaná na onkológii vyššieho pracoviska, kde PCR na SARS-CoV-2 bol 2x negatívny. Dňa 6. 11. 2020 bol u pacientky konštatovaný exitus letalis.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

Skupina vykonávajúca dohľad nezistila u dohliadaných subjektov v rámci predmetu dohľadu nedostatky pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientke.

Pacientka absolvovala štandardné prenatálne poradne po otehotnení metódou IVF (mimotelové oplodnenie). V 16. týždni tehotenstva bol pacientke diagnostikovaný tumor v podkoží pravej inguináry a vonkajších rodidiel. Od tohto momentu jej bol odporúčaný ďalší diagnostický a terapeutický postup. Pacientka bola bez omeškania odoslaná na ďalšie doplňujúce vyšetrenia. Ani jedno z nich nepreukázalo jednoznačné riziko malígneho ochorenia.

Benígny charakter lézie na ultrazvukovom obraze (ateróm so zápalovou zložkou), ako aj pozitívna odpoveď pacientky na liečbu antibiotikami, poukazovali na dokonca bežnú léziu vonkajšieho genitálu benígneho charakteru. Aj po histologizácii ložiska koncom októbra 2019, vzhľadom na prebiehajúce tehotenstvo bola indikovaná nasledujúca liečba až po ukončení tehotenstva, v takom týždni tehotnosti, kedy už bolo minimálne riziko ťažkých komplikácií nedonosenosti pre novorodenca. Pacientka bola dňa 14. 1. 2020, po ukončení šestonedelia a 3 cyklov neoadjuvantnej chemoterapie, operovaná na gynekologicko-pôrodnickom oddelení v Prahe pre zhubný tumor v oblasti vulvy vpravo. Histologicky bol potvrdený proximálny typ epiteloideho sarkómu v tehotenstve, fixácia k periostu symfýzy, fascii adduktorov a m.rectus abdominis. Po operácii rozhodol 14-členný tím onkogynekológov v Prahe, dňa 29. 1. 2020 o nemožnosti zvýšiť rozsah výkonu kvôli lokalizácii nádoru. Literatúra pre túto lokalitu je obmedzená, je však popísaný benefit z podania adjuvantnej rádioterapie, preto mala pacientka doporučené podanie externej rádioterapie na oblasť vulvy a hypogastria. Túto liečbu pacientka absolvovala na onkologickom oddelení ambulantne od 10. 3. 2020 do 28. 4. 2020. Po ukončení liečby absolvovala kontrolné onkologické vyšetrenie, kde podľa záznamu v zdravotnej dokumentácii je uvedené, že pacientka odchádza na vyššie pracovisko z dôvodu stanovenia ďalšieho postupu. Nasledujúce vyšetrenie na onkológii bolo realizované 11. 9. 2020, kedy bolo pacientke objednané USG vyšetrenie abdomenu a plánované PET CT. Pre pretrvávajúce hnačky bola pacientka od 24. 9. 2020 do 1. 10. 2020 hospitalizovaná na kardiologickej klinike, ktorá bola v danom čase reprofelizovaná na infekčnú kliniku pre pandémiu COVID-19, kde bola podávaná liečba a prebehla ďalšia diagnostika (USG, CT, PET CT), pričom bola zistená progresia onkologického ochorenia (LAP, karcinomatóza peritonea, MTS ad pulmonum), preto bol dohodnutý preklad pacientky na vyššie onkologické pracovisko. V deň prekladu však bola zistená pozitívna PCR testom na SARS

CoV-2, preto bola pacientka preložená na infekčnú kliniku, odkiaľ bola pre asymptomatický priebeh ochorenia COVID-19 nasledujúci deň (po súhlase pacientky) prepustená do domácej izolácie. Kontrolný PCR test bol plánovaný na 6. 10. 2020, v prípade negativity mala byť hospitalizovaná na vyššom onkologickom pracovisku. Pre bolesti bolo realizované algeziologické vyšetrenie s doporučením liečby. Dňa 3. 10. 2020 pre zvýraznenie ascitu bola vyšetrená na covid ambulancii, realizované bolo USG vyšetrenie z dôvodu odľahčovacej punkcie ascitu, od ktorej však pre aktuálne blízku pozíciu črevných kľučiek bolo upustené, doporučená bola medikamentózna liečba. Dňa 5. 10. 2020 bola pacientka prijatá na vyššie onkologické pracovisko, urobený jej bol 2x PCR test s výsledkom negatívny. Onkologický proces mal veľmi agresívny priebeh, dňa 6. 11. 2020 bol konštatovaný exitus letalis v dôsledku neodvrátiteľnej smrti pre generalizáciu sarcoma proximalis.

Epitheloidný sarkóm je agresívne malígne ochorenie mäkkých tkanív, ktoré bolo v roku 2013 podľa WHO zaradené medzi tumory nejasnej diferenciacie. V súčasnosti sa rozlišujú dve základné histopatologické varianty tohto nádoru - klasický typ (distálny typ) a proximálny typ. Všeobecne ide o vysoko raritný tumor, zo všetkých sarkómov mäkkých tkanív predstavuje len menej ako 1 % u dospelých pacientov. Vyššie je zastúpenie distálneho typu tumoru v detskom veku. Vzhľadom na raritnosť tohto typu ochorenia sa v literatúre často popisuje ťažká diagnostika, ako aj zámena s inými typmi nádorov, a to najčastejšie s epitheloidnými a rhabdomyoidnými nádormi. Proximálny typ sa považuje za agresívnejší variant tumoru, postihuje ľudí v strednom veku a väčšinou sa prezentuje ako tumor hlbokých mäkkých tkanív v podkoží hornej časti dolnej končatiny, na vonkajších genitáliách alebo na trupe. Ako vysoko agresívny tumor má vysoké riziko recidív, ako aj metastáz, z čoho vyplýva zlá prognóza ochorenia. Štandardným terapeutickým postupom vulvárnych sarkómov je široká lokálna incízia. Lymfatické metastázy sú zriedkavé a ich

extirpácia nie je nutne indikovaná. Operačná liečba je sprevádzaná neoadjuvantnou alebo adjuvantnou rádioterapiou, analogicky ako pri sarkómoch končatín alebo mäkkých tkanív, kde by širšia incízia nebola možná bez mutilujúcich následkov. Chemoterapia je doporučovaná k zváženiu individuálne. Prognóza vulvárnych sarkómov je napriek liečbe nepriaznivá. Pri prítomnosti akejkoľvek patológie má lekár v tehotenstve výrazne obmedzené možnosti, vzhľadom na to, že okrem matky musí myslieť aj na plod. Rovnako tehotná žena sa rozhoduje zvyčajne vysoko neštandardne, pričom na jej rozhodovanie má nemalý vplyv uprednostňovanie dobrej prognózy pre dieťa. V prípade, že ide o vysoko vytúžené tehotenstvo, prípadne tehotenstvo po dlhej liečbe neplodnosti, je tento fakt ešte viac dôležitý.

Pacientke boli zo strany dohliadaných subjektov počas poskytovania zdravotnej starostlivosti realizované všetky potrebné vyšetrenia a postupy, ktoré boli realizované včas a správne.

ZÁVER

Úrad výkonom dohľadu zistil, že pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientke dohliadané subjekty v dohliadanom období neporušili § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.

ROZPAD SVALOVÝCH VLÁKIEN – RIZIKO AJ MLADÉHO VEKU

Podnet na preverenie správnosti poskytovanej zdravotnej starostlivosti podala matka 19-ročného pacienta. V podnete podávateľka vyjadrila nespokojnosť s poskytnutou zdravotnou starostlivosťou svojmu synovi vo FN.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

Anamnesticky: RA: otcova sestra – enuresis nocturna. OA: enuresis nocturna marec r. 2001: hospitalizácia na detskom odd. FN, dg. bronchopneumónia bilat. Rok 2006: očná ambulancia (refrakčná vada, predpis okuliarov). Kardiologická ambulancia pre šelest (falošná chorda naprieč ľavou komorou). Rok 2008: operácia na urologickom oddelení FN (orchiopexia l. dx., extirpácia furunklu z dorzálnej strany penisu). Rok 2009: detská neurologická ambulancia (enuresis nocturna prim., ADHD syndróm, odporučené nefrologické sledovanie). Rok 2009: ambulancia klinickej psychológie (predbežný záver: syndróm ADHD, enuresis nocturna, poruchy spánku). Rok 2009: opakovaná hospitalizácia na urologickom oddelení FN: ľavostranná orchiopexia, extirpácia granulómu koreňa penisu. Dg. pri prepustení: retencia testis praeinguinalis l. dx., furunculus cutis penis dorsalis. Opakované kontroly v ambulancii klinickej psychológie: syndróm ADHD, enuresis nocturna, susp. dysortografia – odp. práca so špeciálnym pedagógom. Nefrológom odp. pre enuresis Minirin. Rok 2010: neurologická kontrola, EEG nálež: primeraný veku. Preventívna prehliadka rok 2018: moč chemicky Er+, opakované kontrolné vyšetrenie moča – chem. negat. Opakované kontroly moča chem. do roku 2010 – kompletne negatívne. September rok 2019: kontrola KO (Hb 116g/l), plánovaná kontrola po dobratí substitúcie Fe – pacient na kontrole nebol. EA: AA: neudávali. TO: Dňa 12. 8. 2020 o 08:30 hod. v ambulancii VLDD: pacient udával únavu, asi 3 týždne trpnutie jazyka, tras končatín. Laboratórne výsledky: hyperurikémia, hyperfosfatémia, hypochlorémia, hypokalcémia, výrazná hypochrómna anémia. Pacient bol odoslaný na hospitalizáciu do FN. Dňa 12. 8. 2020 vyšetrený v príjmovej ambulancii FN, s pracovnou dg.: akútna renálna insuficiencia, dif. dg., hypokalcémia, anémia stredne ťažkého st. dif. dg., stp. orchiopexie, enuresis nocturna primaria, ADHD sy. Pacient bol prijatý na JIS interného oddelenia.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

Vstupné laboratórne vyšetrenia: patologické hodnoty renálnych funkcií, nízka hladina Hb v KO, hypokoagulačný st., hodnota CRP v norme. Odber sérológie na vírusy (Hantaan vírus), aj zoonózy, moč na toxikologické vyš., protilátky proti obličkovému parenchýmu, sérológie na HIV, test na Covid-19 boli negatívne. Sledovaný glykemický profil. Th.: Ketosteril, infúzna liečba, Ca gluconicum, Ac. folicum, Kanavit, bikarbonáty, 2x čerstvá plazma (už pre hyperkoagulačný stav), transfúzia erytrocytarnej masy. USG obličiek: pravá oblička: primeraná veľkosť, bez dilatácie KPS, ľavú obličku nebolo možné sono identifikovať, v močovom mechúry veľké reziduum moča. Urologické konziliárne vyšetrenie: susp. dg.: akútne zlyhanie obličiek, retentio urinae incompl. neurogénny močový mechúr susp., agenéza, hypoplázia, dystopia renis l. sin. susp. Bol zavedený fixovaný Foleyov katéter č. 14, sledovanie diurézy, renálnych parametrov, CT vyšetrenie (po zlepšení urémie), neurologické vyšetrenie, urodynamické vyšetrenie. Konzultácia s hemodialyzačným centrom, odporučená HD. Prostredníctvom KAIM zavedený HD katéter. Podľa ordinácie lekára HD, podaný: bikarbonát, 5 %-tná glukóza, riešenie hyperkaliémie, sledovať PVT, udržiavať pozitívnu bilanciu tekutín (bilancia bola vyrovnaná). Stav opakovane konzultovaný s HD, odporučený najprv konzervatívny postup (pokles renálnych parametrov, normokaliémia, primeraná diuréza). USG brušných orgánov, veľká plynatosť: pečeň bez ložísk. zmien, normoechogénna, žlčník bez patologického obsahu. PO: anatomická lokalizácia, primeraná veľkosť a hrúbka, bez dilatácie KPS. ĽO: horšie priehľadná, menších rozmerov. Slezina nezv., homogénna. MM: zacievkovaný. Natívne špirálové MSCT abdomenu: PO: primeraná veľkosť a tvar, KPS širší, bez nefrolitiázy a ureterolitiázy. ĽO: v anatomickej lokalizácii, hypotrofická, širší ľavý močovod v panvickej časti, s akcent. stenou. MM: p. zacievkovaný, MM plný, hrubšia stena difúzne. USG krčných ciev: bez patologických zmien. ĽHK: v rozsahu distálnej polovice ramena

zn. tromboflebitídy, ordinované ATB. Neurologické konziliárne vyš.: bez zjavnej centrálnej ložiskovej symptomatológie. Hodnoty svalových enzýmov CK a myoglobínu sponujú pre primárne svalové ochorenie (ako možný spúšťač renálnej insuficiencie). Odporúčené: EMG – vylúčilo primárne ochorenie svalov. EEG vyšetrenie: nad prednými kvadrantami nepravidelná nízkovoltážna hraničná alfa-theta, nad zadnými pomalé delta vlny aj komplexy s ostrou vlnou. MRI mozgu: nešpecifické lézie v periventrikulárnej lokalite – bez súvisu s aktuálnou dg. renálnej insuficiencie. Zlým prognostickým znakom bola napriek korekcii ťažká refraktérna hypokalciémia. Renálna insuficiencia v teréne afunkčnej ľavej obličky s dlhodobou chronickou obštrukčnou nefropatiou sa komplikovala urosepsou. Kultivačne z moča: multirezistentný kmeň *Pseudomonas aeruginosa*, v krvi *Streptococcus haemolyticus*. Výsledok vyšetrenia protilátok proti bazálnej membráne obličiek: (vylúčený Goodpastureho sy.). Dňa 21. 8. 2020 bola zahájená bezheparínová HD. Po ukončení HD nastala cirkulačná nestabilita, prejavy respiračnej insuficiencie (s nutnosťou UPV). Pacient bol preložený na KAIM. Stav bol komplikovaný bronchopneumóniou, došlo k rozvoju sepsy, metabolickému rozvratu. Počas transportu na KAIM došlo k zastaveniu obehu, pacient bol okamžite zaintubovaný, napojený na UPV a vysokofrekvenčnú ventiláciu. Po krátkom prechodnom zlepšení došlo k zlyhaniu obehu s asystóliou, bola zahájená rozšírená KPCR (cca 45 minút), do obnovenia akcie srdca. CT mozgu: hypoxické poškodenie. Laboratórne: metabolický rozvrat acidózou, urémiou, rhabdomyolýzou, oligoanúriou. HD predčasne ukončená, zmena ATB terapie. Pacient komatózny decerebrovaný, na UPV, obehovo nestabilný. Napriek intenzívnej starostlivosti, rozsiahlym intervenciam došlo ku progresii stavu, asystólii, dňa 27. 8. 2020 k úmrtiu pacienta. Pitevný záver: príčina smrti septický šok. Základná choroba: chronická exacerbovaná tubulointersticiálna nefritída. Komplikácie: zhrubnutie svaloviny oboch komôr srdca, regresívne zmeny srdcovej svaloviny.

ZÁVER

Pacient s VVCH uropoetického systému, s anamnézou orchipexie bol odoslaný s patologickými laboratórnymi hodnotami do FN, na hospitalizáciu. Dg. zhodnotenie: akútna renálna insuficiencia. Ihneď bol zahájený intenzívny diagnostický proces a liečba. Konzultovaný nefrológ odporučil najprv konzervatívnu terapiu, v prípade neefektívnosti HD. Pacient absolvoval konziliárne vyšetrenia: urologické, nefrologické, rádiologické. Bol zistený nález atrofie ľavej obličky, neurogénny močový mechúr a rabdomyolýza. Stav bol preklasifikovaný na: chronickú renálnu insuficienciu, v. s. pri tubulointersticiálnej nefritíde, s možným akútnym poškodením pri neurogénom MM a vysokými hodnotami myoglobínu. Bol pripravovaný na HD, po zavedení dialyzačného kanála bola vykonaná prvá HD, po ktorej došlo ku zhoršeniu celkového stavu, respiračnej insuficiencii, cirkulačnej instabilite s potrebou UPV. Po preložení na KAİM, napriek intenzívnemu monitoringu a liečbe, došlo k zástave srdca a po neúspešnej KPCR k úmrtiu pacienta. U pacienta s VVCH uropoetického systému, s postupnou deštrukciou ľavej obličky, s chronickou TIN, došlo ku rozvoju chronickej renálnej insuficiencie. Akútne zhoršenie bolo spôsobené: exacerbáciou TIN, rabdomyolýzou, s rozvojom akútnej pigmentovej nefropatie. Je namieste otázka nadmernej fyzickej aktivity pacienta vo fit-centre pred vznikom ťažkostí. V rámci rabdomyolýzy došlo k nekontrolovanému vzostupu voľného intracelulárneho kalcia, elevácii kreatinkinázy, hyperkaliémii, myoglobinúrii a život ohrozujúcemu metabolickému rozvratu. Došlo ku rozvoju sepsy s MODS, a napriek intenzívnej KPCR k exitu. Napriek vyčerpaniu diagnostických aj liečebných postupov sa nepodarilo zvrátiť nepriaznivý vývoj.

Skupina vykonávajúca dohľad nezistila u dohliadaného subjektu v rámci predmetu nedostatky, a teda nedošlo k porušeniu § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.

BOLA DIAGNÓZA STANOVENÁ NESKORO?

Výkon dohľadu bol realizovaný na základe podania syna zosnulej pacientky, ktorý vyjadril podozrenie, že lekári nebrali do úvahy všetky možné príčiny bolesti chrbtice jeho matky a že väčšina záverov vyšetrení vrátane zobrazovacích vyšetrení bola nesprávna a viedla k neskoro stanovenej „skutočnej“ diagnóze.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

V dohliadanom prípade išlo o 71-ročnú pacientku, ktorá sa liečila sa na zvýšený krvný tlak, mala diabetes mellitus 2. typu na diéte, chronickú gastritídu. V minulosti podstúpila hysterektómiu. Pri gynekologickom vyšetrení v ambulancii zmluvného gynekológa v roku 2017 pacientka absolvovala aj MMG vyšetrenie s negatívnym nálezom. Potom už na gynekologickej kontrole nebola.

Podľa vyjadrenia všeobecného lekára pacientku dňa 12. 8. 2020 odoslal pre bolesti LS chrbtice na RTG vyšetrenie a následne na neurologické vyšetrenie. RTG LS chrbtice absolvovala pacientka v ten deň na rádiodiagnostickom oddelení nemocnice s nálezom spondylózy a intervertebrálnej osteochondrózy v segmente L2-S1, difúznej spondylartrózy, spondylolistézy L4 I. stupňa o 4-5 mm; výška a štruktúra stavcov neporušená.

Dňa 18. 8. 2020 bola pacientka vyšetrená v neurologickej ambulancii nemocnice. Udávala asi od júna 2020 trvajúce bolesti v LS oblasti s vyžarovaním do pravej dolnej končatiny na laterálnu plochu stehna a lýtka, bez sfinkterových porúch, neudávala žiadny provokujúci mechanizmus (úraz) ani iné ťažkosti. Pri vyšetrení lekár popísal normálny nález na horných končatinách aj na hlave, na dolných končatinách popísal nižšie reflexy Achillovej šľachy, ale bez poruchy hybnosti, bez paretických prejavov a bez porúch

citlivosti. Napínací manéver - Lassegue bol negatívny. Test blokády LS chrbtice (Thomayer) bol pozitívny (40 cm). Stav neurológ vyhodnotil ako pravostranný LIS a odporučil doplniť MR vyšetrenie LS chrbtice s následnou kontrolou. Odporučil analgetickú liečbu, vertebrogénny režim.

MR LS chrbtice absolvovala pacientka dňa 26. 8. 2020 s nálezom degeneratívnych zmien v LS oblasti, s nálezom ventrolistézy stavca L4 s ventrálnym posunom o 5 mm (I. stupeň) a dorzálnym posunom intervertebrálneho disku do 5,7 mm, s kompresiou oboch koreňov L5, s vytesnením neuroforaminov bilaterálne a kompresiou oboch koreňov L4, viac vpravo. V segmente L5/S1 nebola prítomná výraznejšia diskopatia a v priestore L2/3 len ľahký bulging (protrúzia) disku, bez kompresie nervových štruktúr. Keďže bol zachytený spinálny kanál po Th10, bol popísaný aj stav po kompresívnej fraktúre tela stavca Th12 so znížením tela stavca o 2/3 s popísaným kostným edémom. Na MR bola popísaná aj tuková konverzia tiel stavcov viacetážovo a hemagióm tela stavca L4.

S nálezom MR vyšetrenia sa pacientka dostavila na kontrolu do neurologickej ambulancie nemocnice dňa 3. 9. 2020. Nález v LS spinálnom kanáli koreloval s klinickými ťažkosťami pacientky. Okrem toho ako ďalší nález, bez vtedy prítomnej klinickej korelácie, bola zistená kompresívna fraktúra tela stavca Th12 - popísaná v MR ako stav po, s edémom v kortikalis. Neurológ pacientku odoslal k ortopédovi na ďalšie doriešenie. Taktiež odporučil diagnostiku a liečbu osteoporózy. V ten istý deň bola pacientka vyšetrená aj v ortopedickej ambulancii nemocnice. Ortopéd po zhodnotení nálezov stav hodnotil ako kompresívnu fraktúru tela stavca Th12 – stabilizovanú, inveterovanú, vertebrogénny algický syndróm LS – dekompenzovaný, LIS vpravo. Predpísal pacientke LS pás, odporučil príslušnú liečbu, doplnenie reumatologického vyšetrenia a kontrolu o mesiac s RTG chrbtice.

Kontrolné RTG vyšetrenie chrbtice (LS chrbtice a Th-L prechodu) dňa 13. 10. 2020 zobrazilo ventrolistézu tela stavca L4 I. stupňa a kompresívnu fraktúru tela stavca Th12. Pri kontrole v ortopedickej ambulancii v ten istý deň ortopéd odporučil rehabilitácie, LS pás pri záťaži, vertebrogénny režim, analgetiká, kontrolu o 3 mesiace alebo podľa potreby.

V ten istý deň absolvovala pacientka aj reumatologické vyšetrenie, stav bol hodnotený ako manifestná osteoporóza – stav po fraktúre Th12 s kostným edémom a znížením tela stavca o 2/3 (podľa MR). Reumatológ odporučil režimové opatrenia, liečbu, doplnenie ďalších vyšetrení a kontrolu s výsledkami.

Fyzioter pri vyšetrení dňa 26. 10. 2020 indikoval rehabilitačné procedúry.

Denzitometrické vyšetrenie dňa 27. 10. 2020 verifikovalo kostnú densitu v lumbálnej oblasti v pásme osteoporózy, vo femorálnej oblasti v pásme osteopénie.

Dňa 31. 10. 2020 pacientka vyhľadala APS pre dospelých pre bolesti ľavého ramena súvisiace s pohybom idúce k hrudníku. Indikované boli analgetiká. Dňa 5. 11. 2020 bola pacientka odoslaná od všeobecného lekára na RTG ľavého ramena, ktoré absolvovala v ten deň na rádiodiagnostickom oddelení nemocnice s nálezom známok omartrózy vľavo a artrózy AC skĺbenia vľavo, osteoporózy zobrazeného skeletu.

Dňa 19. 11. 2020 bola pacientka v nočných hodinách prijatá na neurologické oddelenie nemocnice, privezená bola cestou RZP s tým, že asi tri dni mala výrazne zhoršené bolesti v LS oblasti a pravej nohe, pre bolesti už ani neprešla. Sfinkterové ťažkosti nemala, úraz nemala, oslabenie končatín nemala, ani iné ťažkosti. Pri prijatí popísaný normálny nález na mozgových

nervoch aj na horných končatinách, neprítomné brušné reflexy (išlo o staršiu pacientku s chabými brušnými stenami), posadiť sa pacientka pre algie nemohla, zistený bol pozitívny napínací manéver - Lasegue vpravo od 60 – 70 st. a vľavo od 80 st., bez motorického a senzitívneho deficitu. Počas hospitalizácie boli vykonané komplexné vyšetrenia. Z laboratórnych výsledkov CRP 83 mg/l, v krvnom obraze Leu a Tromb v norme, Hgb 110 g/l, hemokoagulácia v norme, v biochémii zvýšené ALP (2,22 μ kat/l). Indikovaná bola antibiotická liečba, kultivačné vyšetrenia nepreukázali žiadne etiologické agens. Bolesť pacientky sa riešili postupne akcentovanou analgéziou – vrátane perorálnych a infúzných analgetík až po podávanie opiátov a gabapentínu. Napriek tomu pacientka udávala pretrvávajúce bolesti. Liečba bola doplnená aj o anxiolytiká, antidepresíva. V rámci hospitalizácie bolo realizovaných viacero zobrazovacích vyšetrení. RTG vyšetrenie LS chrbtice dňa 20. 11. 2020 bolo s nálezom spondylartrótických zmien a spondylolistézy L4. Na špirálovom CT spinálneho kanála L segmentu realizovanom dňa 20. 11. 2020 (u iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti) boli potvrdené známky foraminálnej extrúzie disku L4/5 vpravo, s kompresiou miešneho koreňa L4 vpravo, intervertebrálna osteochondróza a spondylartróza L3/4/5/S1, pravá spondylolistéza L4. Aj napriek cielenému zameraniu na distálnejší úsek chrbtice bola v rámci CT vyšetrenia popísaná aj patologická klinovitá fraktúra tela stavca Th12 so štrukturálnymi zmenami stavca s úvahou o možnosti patologickej fraktúry, napríklad pri hemangióme. RTG vyšetrenie hrudníka dňa 23. 11. 2020 vylúčilo zápalové zmeny pľúcneho parenchýmu, bránica bola obojstranne hladká, tieň srdca normálnej veľkosti a konfigurácie. Dňa 25. 11. 2020 sa doplnilo MR LS chrbtice (u iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti) s nálezom patologickej kompresívnej fraktúry tela stavca Th12 s miernou dorzálnou dislokáciou zadnej steny do spinálneho kanála a miernym útlakom durálneho vaku; MR vyšetrenie preukázalo aj mnohopočetné metastázy v telách, oblúkoch aj v trňovitých

výbežkoch stavcov, v os sacrum a v lopatkách ilických kostí. Na USG brucha dňa 26. 11. 2020 boli popísané dve ložiská v pravom laloku heparu charakteru metastáz. V pátraní po origu procesu sa dňa 27. 11. 2020 doplnilo CT hrudníka, brucha a malej panvy (u iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti), kde sa potvrdili viaceré lézie charakteru metastáz v hepate, susp. metastáza v pravej nadobličke, mnohopočetné metastázy v rebrách (vrátane lytickej lézie 3. rebra vľavo), mnohopočetné skleroticko-lytické ložiská LS chrbtice a panvy, patologická fraktúra stavca Th12. Popísaná bola aj výrazná axilárna lymfadenopatia vpravo. CT vyšetrenie nepreukázalo jednoznačnú stranovú asymetriu alebo ložiskovú léziu prsníkov. Vzhľadom na výraznú axilárnu lymfadenopatiu vpravo bolo v závere CT vyšetrenia odporučené doplniť MMG a USG vyšetrenie prsníkov. Súčasne sa realizovalo gynekologické konzílium. Dňa 27. 11. 2020 pacientka absolvovala mamografiu a sonografiu prsníkov s nálezom dvoch tumorózných ložísk pravého prsníka s vysokou suspekciou na malignitu (BIRADS 4c). Z doplnenej core cut biopsie z laterálneho ložiska pravého prsníka zo dňa 3. 12. 2020 sa histologicky preukázala agresívna forma invazívneho karcinómu pravého prsníka, G3 (Ki67 90 %, ER negat., PR negat., s doplnením HER2). Laboratórne prítomná zvýšená hodnota onkomarkera CA 15-3. Konzultovaný onkológ konštatoval karcinóm prsníka vpravo v generalizovanom štádiu, išlo o hormonálne negatívny typ, s vysokou proliferáčnou aktivitou, onkológ indikoval paliatívnu chemoterapiu, v prípade HER2 pozitivity transtuzumab, paliatívnu rádioterapiu na patologickú fraktúru Th12 a LS chrbticu. Pacientka bola dňa 8. 12. 2020 prepustená do ambulantnej starostlivosti.

Dňa 15. 12. 2020 nastúpila pacientka na hospitalizáciu z dôvodu paliatívnej rádioterapie skeletu, avšak progresívne sa zhoršujúci stav vyústil dňa 19. 12. 2020 do jej úmrtia.

ZHODNOTENIE ÚRADOM

71-ročná pacientka vyhľadala v auguste 2020 lekársku pomoc z dôvodu od mája, resp. od júna toho roku pretrvávajúcich bolestí v LS oblasti s vyžarovaním do pravej dolnej končatiny, bez anamnézy úrazu.

Prvotné neurologické vyšetrenie na základe subjektívnych ťažkostí a objektívneho nálezu viedlo hneď k indikovaniu MR vyšetrenia LS chrbtice. MR vyšetrenie LS chrbtice bolo popísané správne a preukázalo možnú príčinu bolestí chrbtice s radikulopatiou L4,5 vpravo – degeneratívne zmeny LS chrbtice s herniou disku L4/5 a ventrolistézou L4. Zobrazené bolo aj zníženie tela stavca Th12 s kostným edémom, hodnotené ako stav po fraktúre, bez jednoznačnej vizualizácie mäkkotkanivovej zložky, ktorá by poukazovala na malígnu charakter fraktúry, tento nález bol v tom čase bez klinickej korelácie. Neurológ pri kontrolnom vyšetrení indikoval ortopedické vyšetrenie a realizovali sa aj vyšetrenia s diagnostikovaním osteoporózy.

RTG vyšetrenie ľavého ramena realizované dňa 5. 11. 2020 na odporúčenie všeobecného lekára preukázalo degeneratívne zmeny. Ako vedľajší nález bol zachytený aj zhrubnutý, čiastočne neostrý priebeh 3. rebra vľavo, ktorý mohol poukazovať na staršiu fraktúru, ktorá je u starších ľudí častým nálezom.

Počas hospitalizácie na neurologickom oddelení od 19. 11. 2020 do 8. 12. 2020, kedy bola pacientka prijatá pre výrazné zhoršenie bolestí chrbta s nemožnosťou chôdze, boli vykonané komplexné vyšetrenia v rýchlom časovom slede bez omeškania a bola stanovená správna diagnóza.

Úrad konštatuje, že prvé ťažkosti pacientky súviseli s degeneratívnym ochorením LS chrbtice s herniou disku L4/5 a ventrolistézou L4 ako príčinou radikulopatie L4,5 vpravo. Na MR vyšetrení LS chrbtice v auguste 2020 nález preukázal kompresívnu fraktúru tela stavca Th12, skelet chrbtice ešte nevykazoval v MR obraze známky metastatického postihnutia. Ani klinické ťažkosti

pacientky nesvedčali pre taký nález. Onkologické ochorenie pacientky sa rozvíjalo paralelne. Jednoznačné metastatické zmeny boli zachytené až na MR vyšetrení v novembri 2020. V zobrazovacej dokumentácii (RTG, CT, MR a USG) bol zdokumentovaný mimoriadne rýchly priebeh základného onkologického ochorenia - invazívneho karcinómu prsníka. Žiaľ, tumor mal veľmi rýchlu progresiu, rýchlo metastázoval.

Pacientka zomrela na následky agresívneho smrteľného onkologického ochorenia, ktorého diagnostika nebola oneskorená. Medicínske postupy pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientke boli štandardné a správne.

ZÁVER

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

BOLA PO VYŠETRENÍ NUTNÁ HOSPITALIZÁCIA?

Úradu bol doručený podnet, v ktorom boli vyjadrené pochybnosti o správnosti zdravotnej starostlivosti poskytnutej pacientovi zo strany službukonajúceho neurológa na CPO dohliadaného PZS.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

30-ročný pacient, bez anamnézy ochorenia CNS, bol privezený posádkou ZZS na internú ambulanciu iného PZS pre suspektný epiparoxyzmus. Tam bolo realizované interné vyšetrenie vrátane EKG, CT vyšetrenie hlavy a mozgu s normálnym nálezom, ďalej boli vykonané laboratórne vyšetrenia (vrátane KO, biochémie, ionogramu, CRP, INR, obličkových a pečenevých funkcií), v ktorých

okrem mierne zvýšenej glykémie, zvýšených hepatálnych testov (AST 4,99 ukat/l, GMT 7,29 ukat/l) a mierne znížených trombocytov nebolo nič pozoruhodné. Pacient anamnesticky udával zimnicu, bolesti žalúdka, alkohol priznával (naposledy včera). Pacientovi bol podaný Apaurin 10 mg i. m. Počas tečenia infúzie (500 ml 5 % glukózy) pacient dostal ďalší epi paroxyzmus skôr tonického charakteru a bol mu podaný Diazepam 5 mg i. v. Internista v záveroch konštatoval stav po opakovanom epileptickom záchvate, pravdepodobne sekundárna epilepsia pri etylizme, predelirantný stav, hepatopatia pravdepodobne etyltoxickej genézy. Následne bol pacient z dôvodu neurologického vyšetrenia prevezený posádkou ZZS na CPO dohliadaného subjektu. Tu bol vyšetrený službukonajúcim neurológom a opäť bol konštatovaný stav po epileptickom záchvate (podľa dokumentácie po jednom záchvate, ale pacient bol v skutočnosti po dvoch záchvatoch, a táto informácia neurológovi podľa všetkého unikla). Etiologicky bola konštatovaná sekundárna epilepsia pri alkoholovom excese. Odporučený bol pokojový režim, kontrola ambulantným neurológom, režimové opatrenia. Poučený pacient s písomným lekárskeým nálezom bol usadený do čakárne CPO, kde bola aj recepcia s monitorovacím zariadením a prítomnou recepčnou (sestra). Počas čakania pacient vyšiel pred budovu nemocnice, kde na chodníku dostal ďalší epileptický záchvat. Pri páde na zem došlo k vzniku závažného poranenia hlavy a mozgu. Pacient bol okamžite opätovne privezený na CPO, kde bol vyšetrený neurológom a traumatológom, bolo vykonané akútne CT vyšetrenie hlavy a mozgu a po neurochirurgickom konzíliu bol bezodkladne prijatý na neurochirurgickú kliniku z dôvodu operačného riešenia. Pri laboratórnych odberoch ihneď po prijatí na neurochirurgickú kliniku mal pacient nulovú hladinu etanolu v krvi.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

Úrad vyhodnotil epileptické záchvaty pacienta ako tzv. vyprovokované symptomatické záchvaty v rámci abstinenčného predelirantného stavu. V prípade plne rozvinutého delirantného stavu je jednoznačne indikovaná hospitalizácia pacienta. V prípade predelirantného stavu sa hodnotí nižšia alebo vyššia početnosť a intenzita klinických príznakov. V prípade vyššej intenzity predelirantného stavu je podľa niektorých odporúčení (guidelines) indikovaná hospitalizácia a v prípade nižšej intenzity predelirantného stavu nie je hospitalizácia odporúčaná. V tomto prípade pacient udával zimnicu a bolesti žalúdka, objektívne bol pozorovaný tremor horných končatín a pacient pred neurologickým vyšetrením na CPO dohliadaného subjektu prekonal 2 generalizované epileptické záchvaty, bol mu podaný benzodiazepín v celkovej dávke 15 mg. Na základe uvedeného úrad hodnotil stav pacienta pri odchode z CPO dohliadaného subjektu ako predelirantný stav s nižšou intenzitou a s podaním potrebnej farmakologickej liečby. Akútna hospitalizácia nebola potrebná, pacient po neurologickom vyšetrení mohol byť prepustený do ambulantnej starostlivosti. Tým, že pacient opustil priestory CPO, nerešpektoval poučenie zo strany zdravotníckych pracovníkov.

ZÁVER

Zdravotná starostlivosť na CPO dohliadaného subjektu zo strany neurológa bola poskytnutá správne, výkonom dohľadu úrad nezistil porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.

ČO SKRESLILO PRIEBEH NÁHLEJ PRÍHODY BRUŠNEJ?

Úrad prijal podnet dcéry 70-ročného pacienta, ktorá žiadala prešetrenie správnosti poskytnutej zdravotnej starostlivosti jej otcovi, ktorý mal veľmi silné, kľčovité bolesti brucha, sestra - lekárka povedala, že je peritoneálny. Ambulanciou RZP bol prevezený do nemocnice, kde o 2 dni zomrel. Pisateľka poukazovala na to, že pacientovi nebolo vykonané žiadne špeciálne vyšetrenie na určenie akútnej brušnej príhody.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

Pacient bol liečený pre ischemickú chorobu srdca, arteriálnu hypertenziu dekapitovanú, generalizovaný karcinóm prostaty s kostnými metastázami, s chronickým renálnym zlyhávaním, po transplantácii obličky v roku 2005 s pokračujúcou imunosupresívnou terapiou. Pacient bol pravidelne ambulantne sledovaný viacerými špecialistami vrátane nefrológa a urológa.

Dňa 9. 2. 2020 o 19:48 hod. bola k pacientovi privolaná posádka RZP pre veľmi silné, kľčovité bolesti brucha. Napriek žiadosti príbuzných (podľa podnetu), aby bol prevezený do transplantačného centra, bol pacient prevezený na chirurgické oddelenie dohliadaného subjektu. V ambulancii RZP mu bolo podané spolu v infúzii 1/1F 250 ml Analgin, Degan, Torecan, infúzia 1/1 F 500 ml.

Dňa 9. 2. 2020 o 22:44 hod. bol pacient vyšetrený v chirurgickej časti urgentného príjmu dohliadaného subjektu. V zdravotnej dokumentácii sa uvádza, že ide o onkologického pacienta, ktorý bol privezený posádkou RZP pre bolesti brucha asi od obeda, zvýšenú telesnú teplotu nemal. Nauzeu ani zvracanie neudával.

Stolicu mal v ten deň na obed, 1x hnačkovitú, vetry slabšie. Mal ťažkosti s močením, od 14:00 hod. nemočil. Objektívne pri vyšetrení bolo brucho v niveau, voľne priehmatné, palpačne minimálne bolestivé v celom rozsahu, bez peritoneálneho dráždenia a hmatnej rezistencie, peristaltika počutelná slabšie. Vykonané mu bolo RTG vyšetrenie brucha - natívna snímka, podľa popisu chirurga v zdravotnej dokumentácii, bez voľného vzduchu v dutine brušnej, bez hladín, mierny meteorizmus a obstipácia hrubého čreva. Vykonané boli laboratórne vyšetrenia, pri ktorých boli zistené zvýšené hodnoty N-katabolitov - kreatinínu 325 $\mu\text{mol/l}$, urey 25,7 mmol/l a zápalových parametrov. Po vylúčení náhlejšej brušnej príhody a po zavedení permanentného močového katétra bol pacient odporučený k hospitalizácii na internom oddelení dohliadaného subjektu. Pacientovi bolo podané F1/1 500 ml s 1 amp. Novalgin, 1 amp. Buscopan, 1 amp. Torecan.

Dňa 9. 2. 2020 o 23:01 hod. bol pacient prijatý na interné oddelenie dohliadaného subjektu. Z osobnej anamnézy: Zdravotnú dokumentáciu nemá, má so sebou len jednu prepúšťaciu správu z hospitalizácie na nefrologickom oddelení v 9/2019 pre minerálovú dysbalanciu, hyponatriémiu. Inak evidovaná arteriálna hypertenzia, opuchy DKK, recidivujúce paroxyzmy SVT v. s. atriálna tachykardia, v sledovaní na kardiologickej ambulancii, hyperurikémia, stav po apendektómii, chronická nefropatia, chronické opuchy končatín, v r. 2005 Tx obličky, v 11/2015 kardiologické vyšetrenie pre opresie na hrudi a eleváciu ST v I., aVL s depresiami ST v aVF, V1-V6, na RIA boli okrajové nerovnosti, nedá sa vylúčiť uzáver periférnej RD - tenká tepna nevhodná na intervenciu, RCx bpn., RCA - dominantná – bpn., doporučený konzervatívny postup, v 8/2017 ECHOkg, kde EFLK 64 %, porucha relax. LK, primeraná kinetika, L'P 44 mm, ľahšia kombinovaná Ao chyba, AoR I-II. st, MiR I-II. st. p., karcinóm prostaty s metastázami do skeletu. Alergická anamnéza: Neudáva alergiu na lieky ani potraviny. Lieková anamnéza: Metamizol gtt. 20 kv. večer, Kombi - Kalz 500/800 IU 1-0-0, Frontin 0,5 mg 1-0-1,

Prednison 5 mg 1-0-0, Concor 5 mg 1-0-0, Advagraf 5 mg 1-0-0, Rilmex 1 mg 1-0-0, Furon 40 mg 1-0-0, Transtec 35 ug á 72 hod. (najbližšie 10. 2. 2020 okolo obeda), Milgamma N 1-0-1, Binocrit 1 amp. sc. á 2 týždne - najbližšie 15. 2. 2020, Firnagon 1 amp. sc. á 4 týždne u urológa. V terajšom ochorení: Pacient odoslaný z chirurgického urgentu po vylúčení náhlej príhody brušnej. Od poobedia začal mať bolesti brucha, ťažkosti s močením, ťažšie sa mu močí po malých dávkach, menej tieto dni aj pil. Dyspeptické ťažkosti nemá, nezvracal, hnačku nemal. Zvýšenú telesnú teplotu nemal, krvácavé prejavy nepozoroval. Pre bolesti brucha bol privezený na chirurgický urgent, kde nepotvrdili akútnu brušnú príhodu, ale v laboratórnych výsledkoch bol zistený nový nález RI, kreatinín 325 umol/l, urea 25,7 mmol/l. Kreatinín inak evidovaný približne 181 umol/l, na chirurgickom urgentne mal zavedený PK, vypustené bolo 300 ml číreho moču. Objektívne vyšetrenie: TK 115/80 mmHg, pacient pri vedomí, orientovaný, poloha semiaktívna na lehátku, habitus, turgor kože v norme, bez ikteru, bez cyanózy a patologických eflorescencií, eupnoe, afebrilný, bledší kolorit, turgor kože znížený. Hlava: mezocefalická, na poklop nebolestivá, orientačne neurologicky v norme, bulby v strednom postavení, bez nystagmu, zrenice izokorické, reakcia na osvit správna, spojovky ružové, jazyk plazí v strednej čiare, nepovlečený, uši a nos bez výtoky. Krk: ŠŽ nehmatná, náplň jugulárnych vén nezvýšená, pulzácie karotíd bilaterálne hmatné. LU nehmatné, šija neoponuje. Hrudník: súmerný, dýchanie vezikulárne, čisté, bez vedľajších fenoménov, expírrium a inspírrium nepredĺžené, AS pravidelná, ozvy ohraničené, bez šelestov. Brucho: v niveau hrudníka, volne priehmatné, palpačná citlivosť okolo umbilika, v ľavom hypogastriu hmatná neostro ohraničená palpačne citlivá rezistencia, tapot. negat. DKK - bez edémov a bez varixov, lýtka volné, Homans negat., periférne pulzy na ATP a ADP hmatné. Vykonané EKG. Diagnostický záver: Iná chronická choroba obličiek, štádium bližšie neurčené - chronická tubulointersticiálna nefritída v štádiu počínajúcej renálnej insuficiencie, t. č. progresia renálnej

insuficiencie. Stav po Tx kadaverózneho obličky v r.2005. Terapie ordinovaná pri prijatí na interné oddelenie a počas hospitalizácie: inf. FR 1/1 500 ml, Ceftriaxon 2,0 g i. v. v 250 ml FR 1/1 á 24 hod., Novalgin tbl. Á 500 mg, pokračovanie v chronickej liečbe: Neurol tbl. 0,5 mg, Sobyacor 5 mg 1-0-0, Prednison 5 mg 1-0-0, Advagraf 5 mg 1-0-0 cps., Furosemid 40 mg 1-0-0 tbl., ďalej podávané: inf. 5 % glukóza 500 ml 1-0-1, Noradrenalin 1 mg i. v. - 10. 2. 2020 o 15:51 hod., Hydrogenuhličitan sodný 4,2 % 125 ml i. v., Hydrocortison 100 mg i. v., Isolyte 500 ml i. v., Kanavit inj. á 10 ml i. v., Kalium chlorid 7,45 % 20 ml i. v., plazma čerstvo zmrazená de leukotizovaná.

Dňa 10. 2. 2020 o 09:26 hod. bol pacientovi realizovaný RTG pľúc v AP v ľahu. RTG vyšetrením bolo zistené, že FC uhly sú voľné. Pľúcne hily nerozšírené, primeranej členitosti. Pľúcny parenchým - v strednom pľúcnom poli l. dx. v sumácii s V. až VIII. dorzálnym rebrom naznačené škvrnité zatienenia na celkovej ploche 7 x 4 cm – možná počínajúca zápalová infiltrácia. Tieň srdca je hraničnej veľkosti so zaoblenou kontúrou ĽK, stav po zavedení CVK cez vena subclavia dextra do VCS, v štandardnom postavení, bez známok PNO. Mediastínium nerozšírené. Skelet - difúzne je sledovateľná skleroticko-lytická prestavba skeletu - pri MTS. Degeneratívne zmeny Th chrčtice, stavec Th 12 je komprimovaný. Stav po starej sériovej fraktúre l. dx.

Dňa 10. 2. 2020 lekárska vizita o 11:37 hod. Subjektívne: Poboľieva ho v podbrušku - aj doma zvyklo (má karcinóm prostaty s MTS v skelete - užíva preto metamizol a opiátové náplaste), iné bolesti nemá, dýcha sa mu dobre. Objektívne: Afebrilný, anikterický, eupnoický, dýchanie čisté, AS pravidelná 100/min., TK 85/62 mmHg, brucho palpačne citlivejšie v podbruší, bez známok peritoneálneho dráždenia, peristaltika primeraná, hydratácia hraničná, jazyk suchší, DKK bez flebotrombózy. Pacient s karcinómom prostaty, CRP 67 mg/l, v laborat. signif. pyúria, obj.

palpačne bolestivé podbrušie - suponujem cystitídu s prehĺbením CKD v. s. kombinovanej etiológie. (dehydratácia + hypotenzia + uroinfekt). Na obed prelepiť Transtec, Concor 5 mg 1-0-0 znižujem na ½-0-0, Rilmex vysadzujem. Do liečby: Ceftriaxon 2,0 g + FR 250 ml i. v. 1-0-0, dnes podať po vizite. Do liečby inf. 5 % Glu 500 ml i. v. 0-1-1, dnes podať obidve. Zajtra laboratórna kontrola.

Dňa 10. 2. 2020 o 12:28 hod. bolo pacientovi vykonané USG vyšetrenie brucha, ktoré bolo výrazne limitované pre meteorizmus a zlú spoluprácu pacienta. Bolo uvedené, že hepar je malý, hypoechogénny, okolo heparu ascites. Cholecysta je tenkostenná, bez lithiázy, žlčové cesty nedilatované. Pankreas neprehľadný pre plyny. Slezina nezväčšená, okolo sleziny takisto sledovateľná voľná tekutina. Obličky nediferencujeme, v. s. nefrocirhózy, vľavo v mieste predpokladanej obličky sledovateľná kortikálna cysta 13 mm. V pravom hypogastriu diferencujeme transplantovanú obličku. Táto je normálnej veľkosti s primeraným funkčným parenchýmom, bez mestnania, bez lithiázy. V dolnom póle kortikálna cysta 14 mm. MM prázdny, nedá sa vyšetriť. Záver: Nadmerný meteorizmus, limitácia vyšetrenia. Voľná tekutina v oboch hypochondriách. Nediferencovateľné obličky, transplantovaná oblička v pravom hypogastriu s kortikálnou cystou. MM nevyšetrený, prázdny.

Dňa 10. 2. 2020 o 14:50 hod. bolo vykonané chirurgické konzílium: Subjektívne s pacientom len minimálny verbálny kontakt. Objektívne abdomen voľne priehmatné, bez rezistencie, bez známkov peritoneálneho dráždenia, palpačne s maximom citlivosti - čo udáva - v ľavom hypogastriu, inguiny bez hernií. RTG nie je. SONO - vid' popis. Odporúčené RTG natívne brucho, event. CT, chirurg. kontrola p. p.

Dňa 10. 2. 2020 o 14:54 hod. bola vykonaná mimoriadna lekárska vizita: Pre hypotenziu pacient prevzatý na monitorovanie na JIS. Subj.: Poboľovanie brucha, viac ľavý dolný kvadrant, vetry pred obedom, stolica včera a pred prijatím zvracal. Obj.: Stredne

výrazné hyperpnoe, sliznice úst, dutiny lepkavé, jugulárne žily kolabované. Dýchanie čisté. TK 65/45 mm Hg, P 90/min. Brucho voľné, mierne citlivé v ľavom dolnom kvadrante, ale bez príznakov peritoneálneho dráždenia, peristaltika chabá. Podbrušia sú voľné. DK: bez opuchov.

Dňa 10. 2. 2020 o 15:41 hod. bola mimoriadna lekárska vizita: Pre potrebu spoľahlivého žilového prístupu a pre spotrebované periférne žily, po zhodnotení koagulačného statusu, bola zavedená cestou v. subclavia účelová dvojlúmenová cievka zo spodného prístupu vpravo. Úvodne infiltrácia 1 % mesocain 6 ml. Potrebná je obligátna snímka hrudníka na ozrejmienie polohy katétra a vylúčenie event. komplikácie. Pacientovi začali podávať mimetickú podporu, bola korigovaná predpokladaná hypovolémia.

Dňa 10. 2. 2020 o 15:55 hod. popoludňajšia lekárska vizita: Pre hypotenziu pacient prevzatý na monitorovanie na JIS. Obj.: Hyperpnoe, sliznice ústnej dutiny suché, jugulárne žily nezáväčšené. Dýchanie - vpravo bazálne trecí šelest?, krepitácie?, TK nemerateľný, P 90/min. Brucho pod niveau hrudníka, difúzne citlivé, peristaltiku počuť. DKK: bez opuchov. RTG hrudníka včera susp. pneumoperitoneum? Pre acidózu podať bikarbonát 125 ml i. v.

Dňa 10. 2. 2020 o 15:56 hod. mimoriadna lekárska vizita: So službukonajúcou lekárkou znovu prezretá RTG dokumentácia, kde okrem deštrukčnej infiltrácie všetkých kostí je na RTG hrudníka možné pripustiť malé množstvo vzduchu pod bránicami, preto lekárska vizita indikovala CT brucha natív.

Dňa 10. 2. 2020 o 17:33 hod. zápis lekára do zdravotnej dokumentácie: Po konzultácii s primárom oddelenia realizujeme CT brucha bez KL a podaná terapia bikarbonátom, noradrenalín, ATB má.

Dňa 10. 2. 2020 o 18:24 hod. bolo v zdravotnej dokumentácii pacienta zaznamenané CT vyšetrenie brucha - natívne. Konkrétne bolo uvedené: Nadbránične bilat. vrstva tekutiny, vpravo 14 mm, vľavo len 2-3 mm spolu s nepravidelne zhrubnutou nástennou pleurou. Pečeň v MDC línii nezväčšená s nízkymi denzitami, na pravom okraji cysta 21 mm, žľčovody nedilatované. Vrstva tekutiny do 20 mm okolo pečene. V tukovej vrstve ventrálne od pečene, ale aj žalúdka roztrúsené malé vzduchové bubliny. Pečeň mierne zväčšená, normálnej, pravidelnej štruktúry, malá vrstva tekutiny laterálne okolo nej.

Pankreas nezväčšený, detaily bez KL nehodnotiteľné, je pomerne dobre ohraničený, homogénnej štruktúry, bez ložiskových zmien, ductus pancreaticus nedilatovaný. Nadobličky nezväčšené, obvyklého tvaru bilat. Obličky malé, úplne zvrátené, nižšie v malej panve je ďalšia oblička normálnej veľkosti, detaily bez kontrastu nehodnotiteľné. Močový mechúr s PK. Tenké črevo s obsahom tekutiny, lúmen široký 32 - 38 mm - zodpovedá ileu tenkého čreva. Axiálny skelet s početnými striedajúcimi sa hypodenznými a hyperdenznými sklerotickými ložiskami, miestami splývajúcimi, stavce deformované, štruktúra vatovitého charakteru. Podobné zmeny aj na skelete panvy, aj na rebrách. Stavec Th 11 komprimovaný, náznaky aj na Th 12 a L 5. Záver: Pneumoperitoneum. Ileus tenkého čreva. Fluidothorax bilat., praecipue l. dx. Steatosis hepatis. Cystis hepatis. Volná tekutina okolo pečene a menej aj sleziny. Malé množstvo tekutiny v cavum Douglasi.

Dňa 10. 2. 2020 o 18:43 hod. mimoriadna lekárska vizita: volané chirurgické konzílium.

Dňa 10. 2. 2020 o 19:32 hod. bolo vykonané chirurgické konzílium: Pacient s CT pneumoperitoneum a ileus tenk. kľučiek, volaný lekár chirurgického oddelenia vyššieho pracoviska, odporučil

operačné riešenie v spáde. Odporúčené podať plazmu, zaviesť nasogastrickú sondu, pripraviť 2 j. Ery masy.

Dňa 10. 2. 2020 o 19:41 hod. mimoriadna lekárska vizita: Pacient má plánovanú operáciu na 20:00 hod. Okrižujeme 2x transfúziu krvi na doporučenie chirurga. Prosím zaviesť nazogastrickú sondu. Dňa 10. 2. 2020 o 19:47 hod. zápis v zdravotnej dokumentácii: Pacient vyjadril ústny súhlas s operáciou.

Dňa 10. 2. 2020 o 20:25 hod. bol pacient operovaný pre CT verifikované pneumoperitoneum. Peroperačne nález: Perforatio tecti coli sigmoidei, hemoperitoneum, peritonitis diffusa, ileus. Zrealizovaná resekcia c. sigmoideum, stomia terminalis. Nález spôsobený v. s. obstipáciou s následnou nekrózou a perforáciou colon sigmoideum. Výpotok odobratý na kultivačné vyšetrenie, nasadená antibiotická terapia Piperacilín/tazobaktam + Metronidazol i. v. pre nález peritonitídy pri perforácii hrubého čreva. Peroperačne pacient hemodynamicky nestabilný na vysokej podpore Noradrenalinom 1,0 – 1,5 mg/hod.

Po operácii bol pacient prijatý na OAIM dohliadaného subjektu o 21:01 hod. Na OAIM bolo kontinuálne podávanie Embesínu 40 IU i. v./24 hod. Pacient bol po prijatí napojený na UPV v riadenom ventilačnom režime PCV, analgosedovaný, podávaná ATB a podporná liečba. Napriek terapii sa stav pacienta progresívne zhoršoval. Krvný obeh nereagoval na podávanie postupne zaradenej trojkombinácie katecholamínov, pacient bol anurický. Stav progredoval do ireverzibilného zastavenia krvného obehu, exitus letalis konštatovaný dňa 11. 2. 2020 o 10:15 hod.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

Skupina vykonávajúca dohľad zistila u dohliadaného subjektu v dohliadanom období v rámci predmetu dohľadu nedostatky pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientovi.

V čase hospitalizácie išlo o 70-ročného, polymorbídneho onkologického pacienta, ktorý sa liečil na arteriovú hypertenziu, vazospastickú anginu pectoris. Pacient bol po transplantácii obličky v roku 2005 pre mezangiálne-proliferatívnu chronickú glomerulonefritídu, mal diagnostikovaný karcinóm prostaty s metastázami do skeletu. Pacient bol pravidelne ambulantne sledovaný viacerými špecialistami vrátane nefrológa a urológa. Na interné oddelenie dohliadaného subjektu bol pacient dňa 9. 2. 2020 odoslaný z chirurgickej ambulancie urgentného príjmu po vylúčení náhlej príhody brušnej. Podľa anamnézy v ten istý deň od poobedia začal mať bolesti brucha a súčasne tiež ťažkosti s močením. Pacient sám udával, že za posledné dni menej pil, neudával ťažkosti s trávením, nezvracal, poslednú stolicu mal na obed v deň prijatia, údajne hnačkovitú, nemal zvýšenú telesnú teplotu. Počas chirurgického vyšetrenia na chirurgickej ambulancii urgentného príjmu bolo pacientovi vykonané RTG vyšetrenie brucha natívne, popísané chirurgom so známkami meteorizmu a laboratórne vyšetrenia krvi, pri ktorých boli zistené zvýšené hodnoty N katabolitov a zápalových parametrov. Na chirurgickej ambulancii urgentného príjmu bola vylúčená náhla príhoda brušná a pacient bol po chirurgickom vyšetrení a po zavedení permanentného močového katétra odporučený k hospitalizácii na interné oddelenie. Postup na chirurgickej ambulancii urgentného príjmu počas chirurgického vyšetrenia pacienta dňa 9. 2. 2020 o 23:01 hod. nebol správny. Išlo o pacienta so závažnými chronickými ochoreniami (onkologické s MTS, kardiovaskulárne, nefrologické) s dlhodobou aplikovanou imunosupresívnou medikáciou, analgetikami a kortikoidmi. Klinický nález bol popísaný bez zohľadnenia uvedenej anamnézy. Nebolo uvažované diferencially diagnosticky v tom, že chronické ochorenia a ich liečba u pacienta môžu skresliť klinický priebeh náhlej príhody brušnej, a tiež, že pacientovi bola posádkou RZP podaná analgetická liečba, ktorá takisto skresľuje klinické príznaky. Úrad zistil, že náhla príhoda brušná u pacienta nebola jednoznačne vylúčená, pretože neboli vykonané všetky zdravotné

výkony na správne určenie choroby. Pacientovi malo byť počas chirurgického vyšetrenia na chirurgickej ambulancii urgentného príjmu dňa 9. 2. 2020 o 23:01 hod. vykonané CT vyšetrenie brucha. V priebehu hospitalizácie na internom oddelení bola u pacienta začatá komplexná liečba súčasného klinického stavu, ktorá zahŕňala terapiu rozvratu vnútorného prostredia pri zhoršenej chronickej renálnej insuficiencii, rehydratačnú liečbu a taktiež antibiotickú liečbu pri súčasnom podozrení na uroinfekciu. Pacientovi bol odobratý moč na kultivačné vyšetrenie. Na rozvrate vnútorného prostredia sa podieľala metabolická acidóza, vysoká zápalová aktivita, progresia renálnej insuficiencie transplantovanej obličky. Pre klinicky závažný priebeh ochorenia a celkový zlý stav pacienta nebolo možné uskutočniť jeho preklad na vyššie pracovisko na nefrologické oddelenie, ktorý bol dohovorovaný na 10. 2. 2020. Dňa 10. 2. 2020, t. j. druhý deň hospitalizácie, bolo na internom oddelení pokračované v ďalších diagnostických postupoch a prehodnocovaní pôvodného diagnostického záveru. Vzhľadom na progresiu zhoršovania klinického stavu pacienta vrátane hypotenzie boli realizované ďalšie vyšetrenia, ktoré smerovali k spresneniu diagnózy. Pacientovi bolo vykonané kontrolné RTG vyšetrenie brucha v natíve, USG vyšetrenie brucha a natívne CT vyšetrenie brucha. Pre nutnosť katecholamínovej podpory cirkulácie bol preložený na JIS interného oddelenia. Pri kontrolných laboratórnych vyšetreniach bola zaznamenaná progresia elevácie zápalových parametrov vrátane prokalcitonínu a porucha hemokoagulácie - zvýšenie INR, pretrvávala metabolická acidóza.

Pri CT vyšetrení brucha v natíve dňa 10. 2. 2020 v čase o 18:24 hod. bolo zistené pneumoperitoneum, ileus tenkého čreva a obojstranný fluidothorax. Pacient bol opakovane vyšetrený chirurgom. Pri kontrolnom chirurgickom vyšetrení s výsledkom CT brucha bol indikovaný urgentný operačný zákrok. Súčasne službukonajúci chirurg konzultoval telefonicky vyššie chirurgické pracovisko, kde bola odporučená urgentná operácia. Pred prekladom na operačnú

sálu bola podaná príslušná terapia v rámci predoperačnej prípravy, naďalej bolo pokračované v katecholamínovej podpore cirkulácie.

Počas hospitalizácie na internom oddelení dohliadaného subjektu bola liečba pacienta aktuálne upravovaná a zameraná na zvládnutie ťažkého priebehu ochorenia. Úrad kladne hodnotil postup lekárov interného oddelenia, ktorí dôsledným prístupom prikróčili k prehodnoteniu pôvodne stanovenej diagnózy. Pri prijatí pacienta stav imponoval ako uroinfekcia, symptomatológia akútnej brušnej príhody nebola jednoznačná, klinický priebeh bol ovplyvnený pokročilým onkologickým ochorením v zmysle početných kostných metastáz pri generalizácii karcinómu prostaty. Pri operácii bol prítomný hemoragický výpotok. Zdrojom peritonitídy bola pravdepodobne krytá perforácia colon sigmoideum spôsobená tuhými skybalami, ktoré vypĺňali hrubé črevo až po hepatálnu flexúru. Zrealizovaná bola resekcia colon sigmoideum so stómiou. Po operačnom zákroku bol pacient preložený na OAIM.

Počas hospitalizácie pacienta na internom oddelení dohliadaného subjektu boli vyčerpané všetky možnosti na určenie správnej diagnózy, poskytovaná terapia bola plne vyťažená a zohľadňovala priebeh ochorenia. Postup lekárov chirurgického oddelenia pri vyšetrení a operácii pacienta dňa 10. 2. 2020 bol správny.

ZÁVER

Úrad výkonom dohľadu zistil, že dohliadaný subjekt pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientovi porušil ustanovenia § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z v tom, že dňa 9. 2. 2020 o 22:44 hod. pri vyšetrení pacienta na chirurgickej ambulancii urgentného príjmu v rámci diferenciálnej diagnostiky náhlej príhody brušnej nevykonal CT vyšetrenie brucha.

„NEUROTÍČKA“ NA CENTRÁLNO M PRÍJME

Úrad vykonal dohľad vo veci podozrenia na pochybenie pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti sestre podávateľky podnetu. V podnete vyjadrila nespokojnosť s postupom dvoch dohliadaných subjektov. Ako prvé spochybnila postup posádky ZZS, ktorá mala podceňiť stav jej sestry a nepreviezť ju na ošetrovanie do nemocnice. Prevoz bol realizovaný až po druhom zásahu posádky ZZS. Podávateľka taktiež spochybnila postup ošetrojúceho lekára na CPO, ktorý pacientku neprijal na hospitalizáciu.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

Zo strany prvého dohliadaného subjektu bola pacientke poskytovaná zdravotná starostlivosť 2x. Pacientke bola dňa 28. 1. 2021 poskytnutá zdravotná starostlivosť posádkou ZZS typu RLP v čase od 12:10 hod. do 12:40 hod.

Zaznamenané údaje: Pacientka pri vedomí, orientovaná, dýcha spontánne a dostatočne, asi pred 15 min. zbledla, nevedela rozprávať, hýbať dobre s PHK, ale prešla o poschodie vyššie k susedovi, tam ju dali sedieť a všetky príznaky zmizli. Predtým, ako sa to začalo, hrala sa na tablete v posteli. Pacientka udávala nedostatočný príjem tekutín. Pacientka užívala hormonálnu antikoncepciu.

V objektívnom náleze: GCS 15 bodov, pacientka plne pri vedomí, eupnoická, KP kompenzovaná, bez neurotopickej symptomatológie, bez poranení. Na EKG sínusová tachykardia. TK 163/89 ...145/90 mmHg, AS 125 ... 95/min., SpO₂ 98 ... 99 %, glykémia 6,0 mmol/l. Pacientke nebola podaná žiadna terapia. Pacientka bola naďalej bez ťažkostí a príznakov, ktoré udávala pred príchodom RLP, cítila sa dobre, sama spontánne prešla po schodoch do svojho bytu. Stav bol uzavretý ako prekolapsový stav z dôvodu psychického

vyčerpania a nedostatočného príjmu tekutín. Následne bola pacientka vo vyššie uvedenom stabilizovanom stave ponechaná v domácom ošetrovaní, pričom jej bolo odporúčané kontaktovať linku 155 ihneď, akonáhle by sa opätovne objavili ťažkosti a zhoršil sa zdravotný stav. Bolo odporúčané dodržiavať adekvátny pitný režim. Po cca 29 hodinách dňa 29. 1. 2021 o 17:59 hod. bola pacientke opätovne poskytnutá zdravotná starostlivosť posádkou ZZS dohliadaného subjektu typu RZP.

Anamnesticky boli zaznamenané údaje: V daný deň okolo obeda došlo k zhoršeniu reči, nevedela hýbať pravou rukou, momentálne už rukou hýbe, komunikuje, no ťažšie hľadá slová, pociťuje nervozitu a bolesť v záhlaví.

V objektívnom náleze: GCS 15 bodov, bez nálezu jednoznačnej patológie. TK: 150/90 ... 140/80 mmHg; AS 100 ... 90/min., PD 16 ... 16/min., SpO₂ 97 ... 98 %, glykémia 5,9 mmol/l.

Vzhľadom na opakujúce sa zdravotné ťažkosti bola pacientka transportovaná do zdravotníckeho zariadenia, kde bola odovzdaná do starostlivosti lekára CPO z dôvodu ďalšej diagnostiky a liečby. Susp. diagnóza NCMP.

Následne bola pacientka vyšetrená v CPO internej ambulancii druhého dohliadaného subjektu.

Pacientku o 18:32 hod. prevzal lekár – internista. Do záznamu ZZS už pri preberaní pacientky ošetrujúci internista uviedol poznámku: Regres – pacientka nemá žiadne zdravotné ťažkosti.

V zázname z ošetrovania sa ako prvá informácia uvádza:

„Dg: F489 Neurotická porucha, bližšie neurčená. !!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!
Regress!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!“

Následne sú zaznamenané anamnestické údaje od pacientky obsahovo identické so záznamom ZZS. Popísaný je objektívny nález (v mužskom rode) bez patológie.

Lekár internista nerealizoval žiadne vyšetrenia a pacientku bez akéhokoľvek odporúčania odoslal do domácej starostlivosti.

Na druhý deň ráno dňa 30. 1. 2021 pacientka vyhľadala pomoc v psychiatrickej ambulancii iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Psychiater vzhľadom na kolísanie ťažkostí nasadil anxiolytiká na vylúčenie dissociatívnej poruchy. Po kontrolnom vyšetrení dňa 31. 1. 2021 bolo odporúčané neurologické vyšetrenie.

Pri neurologickom vyšetrení dňa 5. 2. 2021 bol stav uzavretý ako susp. recidivujúca TIA s tranzitórnou monoparézou PHK a afáziou.

Indikované urgentné CT AG mozgu a pacientka bola akútne hospitalizovaná na neurologickej klinike v období od 5. 2. 2021 do 14. 2. 2021.

CT AG vyšetrenie mozgu: Supratentoriálne vľavo v caput nucl. caudati, v nucl. lentiformis, v oblasti insuly až caps. ext. A naznačene aj v centrum semiovale hypodenzné arey denzity cca 25mm - charakteru subakútnej ischémie, uzáver ACI vľavo cca 20mm za odstupom, v C3 v krátkom úseku mierne zúžená, celkovo v intrakrániu s mierne oslabenou kontrastnou náplňou ACI vpravo. Pacientka akútne prijatá na kliniku. Konzultovaný intervenčný rádiológ endovaskulárnu liečbu neindikoval. Objektívne pri prijatí bola prítomná centr. lézia n. VII l. dx, v. s. amnestická afázia, frustná pravostranná hemiparéza.

Realizované MR vyšetrenie mozgu bolo s nálezom rozsiahlejšej zóny akútnej ischémie v ľavej hemisfére v povodí ľavej ACM pri

patologickom náleze v úrovni ľavej ACI na predchádzajúcej CT angiografii, zóna akútnej/subakútnej ischémie v ľavej hemisfére bez zakrvácania.

USG vyšetrením prívodných mozgových ciev sa potvrdila oklúzia ACI I. sin. po odstupe. Ordinovali duálnu antiagregačnú liečbu. Pacientke bola odobratá suchá kvapka krvi na diagnostiku Fabryho choroby, vyšetrenie vrodených a získaných trombofilných stavov, autoprotilátok.

EKG-Holter vyšetrenie bolo bez záchytu FiP/Flu, bez hemodynamicky významných páuz.

Na kontrolnom CT AG vyšetrení mozgu bola prítomná obliterácia ACI vľavo cca 1,7 cm od odstupe, terminálny úsek ACI sin. sa plní retrográdne z kolat. obehu, podobne sa zobrazuje ACM vľavo.

S výsledkom CT AG mozgu bol telefonicky konzultovaný cievny chirurg, ktorý chirurgickú intervenciu neindikoval, odporučil konzervatívny postup. ECHOkg vyšetrením sa potenciálny KZE nepotvrdil, ascendentná aorta nedilatovaná, susp. menšie AS zmeny stien. Stav pacientky sa objektívne zlepšil, v stabilizovanom stave bola dňa 14. 2. 2021 prepustená do ambulantnej starostlivosti neurológa.

Diagnostický záver: Ischemická aterotrombotická NCMP; Oklúzia ACI I. sin.; Hypovitaminóza B12; Hyperlipoproteinémia.

ZHODNOTENIE POSTUPU ZZS

Skupina vykonávajúca dohľad nezistila u dohliadaného subjektu (ZZS) v rámci predmetu dohľadu nedostatky. Zdravotná starostlivosť, ktorá bola poskytnutá pri ošetrovaní pacientke posádkami RLP a RZP dohliadaného subjektu, bola poskytnutá

správne, včas a v adekvátnom rozsahu. Počas jej poskytovania nedošlo k pochybeniu.

Podľa predloženej zdravotnej dokumentácie išlo o pacientku, ktorá v predchorobí netrpela žiadnym závažným ochorením, užívala hormonálnu antikoncepciu. V čase prvého zásahu, okrem mierne zrýchlenej pulzovej frekvencie a zvýšenej hodnoty krvného tlaku, ktoré sa následne pri opakovanom meraní spontánne upravili, žiaden patologický nález v kardiovaskulárnom ani neurologickom statuse nebol zaznamenaný. Pacientke boli dané adekvátne odporúčania. Pri druhom zásahu, aj keď sa v objektívnom náleze nepreukázali žiadne zmeny oproti predchádzajúcemu vyšetreniu, bola pacientka, vzhľadom na zopakovanie sa ťažkostí po cca 29 hodinách, správne transportovaná do zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti. Transport do ústavného zdravotníckeho zariadenia bol plne opodstatnený pri druhom zásahu, kedy sa stav u pacientky zopakoval. Posádkami ZZS boli vykonané všetky úkony, ktoré sú v podmienkach prednemocničnej starostlivosti možné a opodstatnené.

ZHODNOTENIE POSTUPU ÚSTAVNÉHO ZDRAVOTNÍCKÉHO ZARIADENIA

Postup ošetrojúceho lekára – internistu bol vyhodnotený ako nesprávny. Ako pochybenie bola vyhodnotená skutočnosť, že pacientka nebola vyšetrená v adekvátnom rozsahu. Absentovalo orientačné neurologické vyšetrenie, napriek tomu, že pacientka uvádzala opakovane sa vyskytujúce príznaky súvisiace s neurologickým statusom. Nebola posúdená opozícia šije, neboli vyšetrené neurologické príznaky na horných a dolných končatinách, cielenie špička - nos, úchop. Vyšetrenie v tomto rozsahu je v prípade vylúčenia NCMP považované za základné vyšetrenie, aj s prihliadnutím na rizikovosť vyplývajúcu z LA. Ako pochybenie bolo vyhodnotené aj to, že lekár neindikoval žiadne laboratórne

vyšetrenia (biochemické vyšetrenie, krvný obraz, hemokoagulačné testy, D diméry). Nebolo realizované EKG vyšetrenie. Ďalším pochybením bola skutočnosť, že k pacientke, ktorá mala vyššie uvedené príznaky nebol privolaný neurológ. Anamnéza a ťažkosti, ktoré udávala pacientka boli dostatočné na to, aby pacientka bola vyšetrená neurológom. Sieť CPO je vybudovaná preto, aby sa zabezpečila diagnostika a diferenciálna diagnostika komplexnejšie a na vyššej úrovni.

Do pozornosti dávame skutočnosť, že ošetrojúci lekár už v čase preberania pacientky od posádky ZZS, teda ešte pred jej samotným vyšetrením, do dokumentácie ZZS na Záznam o zhodnotení zdravotného stavu osoby uviedol: Regres – pacientka nemá žiadne zdravotné ťažkosti.

Spôsob záznamu ošetrojúceho lekára hodnotíme ako neetický a neprofesionálny. Označiť vyjadrenie početnými výkričníkmi, vyhrážanie sa pacientke regresom je v rozpore s Hippokratovou prisahou, aj v rozpore s tradíciami medicíny, ktorá je založená na humanizme, altruizme, empatii a láskavosti. Následne bola pacientka vyšetrená mimo dohliadaného subjektu aj psychiatrom, ktorý pre diferenciálne diagnostické rozpaky odporúčal neurologické vyšetrenie.

Výskyt NCMP môže byť prítomný aj u mladej generácie - hlavne u žien, ktoré užívajú hormonálnu antikoncepciu. Celkovo viac náhlych cievnych mozgových príhod vzniká u žien ako u mužov. Po prekonanej CMP dosahujú ženy horší funkčný výsledok ako muži a častejšie trpia depresiou. Vzťah medzi rizikom vzniku ischemickej CMP a podávaním exogénneho estrogénu závisí od dávky, dĺžky trvania, ako aj od formy podávania hormonálnej liečby. V tomto prípade táto skutočnosť nebola vyšetrujúcim lekárom vôbec vzatá do úvahy.

Navyše, v rámci diferenciálnej diagnostiky má mať každý pacient vyšetrený internistom vykonané vyšetrenie krvného obrazu, EKG, podľa potreby aj RTG hrudníka, moč a sediment. V tomto prípade mali byť vyšetrené aj hemokoagulačné parametre a D - diméry. Každý internista, ktorý pracuje v prvej línii, musí vedieť vyšetriť každého pacienta v adekvátnom rozsahu. Musí vedieť, že užívanie hormonálnej antikoncepcie môže viesť k aktivácii intravazálneho zrážania krvi s výskytom možnej trombózy v ktoromkoľvek úseku cievneho riečiska.

Zo strany druhého dohliadaného subjektu došlo k pochybeniu pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti u pacientky v diagnosticko-terapeutickom postupe. Vzhľadom na nedostatočnú diagnostiku nebola pacientke následne poskytnutá žiadna liečebná intervencia.

ZÁVER

V kontexte vyššie uvedených skutočností je zrejmé, že nedošlo k pochybeniu pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientke zo strany posádok ZZS. Zdravotná starostlivosť v ústavnom zdravotníckom zariadení ale nebola poskytnutá správne.

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

NESPRÁVNE VYHODNOTENIE USG NÁLEZU U 3,5-ROČNEJ PACIENTKY

Podnet na prešetrenie správnosti poskytnutej zdravotnej starostlivosti podal otec 3,5-ročnej pacientky pre nespokojnosť so záverom USG vyšetrenia, ktoré bolo realizované jeho dcérou.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

3,5-ročná pacientka, v doprovide zákonného zástupcu, bola dňa 30. 4. 2021 vyšetrená ambulantným chirurgom pre nález voľným okom viditeľného útvaru v krížovej oblasti a následne bola odoslaná na USG vyšetrenie s pracovnou diagnózou: Cysta dermoidalis reg. sacralis susp. Dňa 3. 5. 2021 pacientka absolvovala USG vyšetrenie v ambulancii dohliadaného subjektu s nálezom: Sonografia sakrálne s dopplerom: Vyšetrenie realizované na sonografickom prístroji Mylab 50 fy Esaote so sledovaním mozgových funkcií, zobrazovanie s PW a CW dopplerom so širokopásmovou konvexnou multiherzovou abdominálnou sondou 2,0 MHz - 7,0 MHz a lineárnou multiherzovou sondou 4,0 MHz - 13,0 MHz. Sakrálne prítomná v podkoží hypoechogénna okrúhla lézia plošných rozmerov 21 x 21 mm, avaskulárna, hladkých kontúr. Záver: Cysta dermoidale reg. sacralis subcut. V rámci nálezu z vyšetrenia neboli zdokumentované žiadne odporúčania týkajúce sa ďalšieho postupu. Zákonný zástupca pacientky v závere nálezu z vyšetrenia podpísal poučenie a písomný informovaný súhlas pacienta podľa § 6 zákona č. 576/2004 Z. z.

Dňa 5. 5. 2021 sa pacientka v doprovide zákonného zástupcu, ktorý nebol spokojný so záverom absolvovaného vyšetrenia, dostavila na opakované USG vyšetrenie do ambulancie vyššieho špecializovaného pracoviska, kde bola vyšetrená s nálezom: USG pečene, žlčníka, pankreasu, sleziny, lymfatických uzlín: V sakrálnej

oblasti v lokalizácii kožných zmien a hmatnej tuhšej rezistencie sa zobrazuje nepravidelný ohraničený TU veľkosti cca 90 x 80 x 64 mm prevažne solídnej povahy, cystičky sú iba nepravidelné, miliárne až 4 mm, pri aplikácii CFM sa zobrazuje nepravidelná vaskularizácia, ale nie je výraznejšie akcentovaná. Zobrazené línie coccygeálnych stavcov sa javia deformovanejšie, strácajú sa z USG obrazu sumované s TU. TU pri vyšetrení z abdominálneho pohľadu sa zobrazuje aj pararektálne s tlakom na túto oblasť a následným miernejším tlakom aj na močový mechúr, resp. jeho dno /uretru?/, dieťa dysurické počas vyšetrenia. Volná tekutina neprítomná. Záver: TU v sakrálnej oblasti. Následne bola pacientka dňa 5. 5. 2021 vyšetrená v ambulancii pediatrickej chirurgie vyššieho špecializovaného pracoviska. V rámci anamnézy bolo zdokumentované, že asi pred týždňom si rodičia všimli v krížovej oblasti u dieťaťa rezistenciu, bez fluktuácie, bez začervenania, bez vytekania, bolo vyšetrené v chirurgickej ambulancii, absolvovalo aj USG ambulantne – nález bol hodnotený ako cysta sacralis, bolesti v spomínanej oblasti dieťa nemalo, v noci spalo, teplota nebola zvýšená, stolica a močenie boli v norme. Objektívny nález v oblasti brucha počas vyšetrenia detským chirurgom bol: brucho v niveau hrudníka, volné priehmatné, nebolestivé, v oblasti sakra tuhá rezistencia v podkoží presvitá cystická zložka – oblasť minimálne začervenalá s naznačenou cievnou kresbou. Na základe vyhodnotenia anamnézy, objektívneho fyzikálneho vyšetrenia a USG nálezu (TU sacralis) vyšetrujúci chirurg indikoval príjem pacientky na oddelenie detskej chirurgie k dodiferencovaniu stavu a liečby.

V nasledujúcom období bola pacientka hospitalizovaná na oddelení detskej chirurgie vyššieho špecializovaného pracoviska, bolo jej realizované vyšetrenie krvi na onkomarkery, konziliárne onkologické vyšetrenie a CT vyšetrenie hrudníka a brucha v celkovej anestézii s nálezom: ... V presakrálnej a prekokcygeálnej oblasti nachádzame objemný TU proces solídneho charakteru s nehomogénnym

postkontrastným enhancement, ktorého veľkosť dosahuje 68 x 59 x 89 mm /VD x LL x KK/. TU proces je od okolia neostro ohraničený. Dosahuje až do zadnej časti perinea, ktoré je infiltrované až po oblasť podkožného tukového tkaniva, resp. miestami sa zdá byť infiltrovaná aj koža priľahlej oblasti. TU proces infiltruje úpony gluteálnych svalov bilaterálne. Kostrč a dolná časť os sacrum sú tumorom pravdepodobne deštruované, pretože sa nezobrazujú, sú v tumore zavzaté. TU proces cez foramina sacralia infiltruje oblasť sakrálneho kanála, ktorý je nimi vyplnený od úrovne S3 distálne viac v pravej polovici. V ostatnej časti spinálneho kanála v L- a Th- oblasti bez zjavných väčších postkontrastných ložiskových zmien. Na spodine malej panvy TU proces zaberá jej zadné dve tretiny objemu, výrazne deviuje oblasť rekta a rektosigmy, ktoré sú vytlačené ventrálne s pravdepodobným tlakom aj na výtokovú časť močového mechúra. Pri CT vyšetrení nemožno vylúčiť prípadnú infiltráciu aj ostatnej časti perinea a oblasť uretry a okolia anu. Okolo uretry a anusu je perineum nepravidelne zhrubnuté. Naliehaním štruktúr na výtokovú časť močového mechúra je tento výrazne zväčšený, dosahuje až po oblasť pupka a deviuje črevné kľučky proximálne. Tlakom tumoru na oblasť rekta a sigmy sú proximálnejšie lokalizované kľučky hrubého a tenkého čreva širšie – ľahká dilatácia z tlaku na konečník, meteorizmus. Nemožno vylúčiť ani infiltráciu steny rekta tumorom. Bez výraznejšej patologickej LAP aktivity. Aa. iliaca interna bilat. sú tumorom deviované do strán a v krátkom úseku aj do tumoru zavzaté. Dif. dg. podľa histologizácie TU procesu. Th, L- chrbtica a skelet hrudníka: Na zobrazenom skelete stavcov a zadných oblúkov, hrudníka a panvy bez evidentných lytických zmien charakteru MTS. Pacientka bola objednaná na MR vyšetrenie u iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti a následne bola plánovaná konzultácia ďalšieho vyššieho špecializovaného pracoviska. Na základe ďalších realizovaných diagnostických postupov bola u pacientky stanovená diagnóza: Tumor regionis sacrococcygealis, histologicky: Mixed germ cell tumor, domin. štruktúry Yolk sac TU

cca 97 %, Embryonal carcinoma do cca 2 %, Teratoma do cca 1 %.
Dňa 17. 5. 2021 bol u pacientky realizovaný chirurgický výkon: Subtotálna resekcia TU, kostrče a rekonštrukcia svalstva (zo zadného prístupu), laparoskopická revízia brušnej dutiny a oklúzia a. sacralis mediana a v období od 26. 5. 2021 do 30. 5. 2021 jej bol podaný 1. cyklus chemoterapie na oddelení detskej onkológie a hematológie vyššieho špecializovaného pracoviska.

ZISTENÉ NEDOSTATKY

Išlo o 3,5-ročnú pacientku, ktorá dňa 3. 5. 2021 v doprovode zákonného zástupcu absolvovala USG vyšetrenie v ambulancii dohliadaného subjektu po odoslaní ambulatným chirurgom. V uvedený deň bolo vykonané USG vyšetrenie sakrálnej oblasti prístrojom Mylab 50, fy Esaote, s lineárnou sondou 4 - 13 MHz, s dopplerom na 2 - 7 MHz. Vyšetrujúci lekár popísal nález ako sakrálne prítomnú v podkoží hypoechogénnu okrúhlu léziu plošných rozmerov 21 mm x 21 mm, avaskulárnu, hladkých kontúr a stanovil záver vyšetrenia: Cysta dermoidale reg. sacralis subcut. S odstupom 2 dní, t. j. dňa 5. 5. 2021, v rámci opakovaného USG vyšetrenia pacientky v ambulancii vyššieho špecializovaného pracoviska vyšetrujúcim lekárom v sakrálnej oblasti v lokalizácii kožných zmien a hmatnej tuhšej rezistencie popísaný nepravidelný ohraničený tumor veľkosti cca 90 x 80 x 64 mm prevažne solídnej povahy, cystičky iba nepravidelné, miliárne až 4 mm, pri aplikácii CFM sa zobrazovala nepravidelná vaskularizácia, bez výraznejšej akcentácie. Ďalej boli popísané línie coccygeálnych stavcov ako deformovanejšie, sumované s tumorom, pri vyšetrení z abdominálneho pohľadu bol tumor zobrazený aj pararektálne s tlakom na túto oblasť a s následným miernejším tlakom aj na močový mechúr, resp. jeho dno. Záver vyšetrenia bol: Tumor v sakrálnej oblasti. Na základe ďalších realizovaných diagnostických postupov bola u pacientky stanovená diagnóza: Tumor regionis sacrococcygealis, histologicky: Mixed

germ cell tumor, domin. štruktúry Yolk sac TU cca 97 %, Embryonal carcinoma do cca 2 %, Teratoma do cca 1 %.

USG vyšetrenie pacientky dňa 3. 5. 2021 dohliadaným subjektom bolo realizované nesprávne. Stanovenie diagnózy cystického útvaru bol medicínsky omyl – ako následok zle nastaveného USG prístroja, nedostatočnej erudície vyšetrujúceho lekára alebo kombinácie oboch. V prípade diagnostických pochybností mal vyšetrujúci lekár odoslať pacientku na vyššie špecializované pracovisko, resp. odporučiť ďalšie postupy na správne stanovenie diagnózy, čo v tomto prípade nebolo realizované.

Výkonom dohľadu po preštudovaní dostupnej zdravotnej dokumentácie, písomného vyjadrenia dohliadaného subjektu, ako aj a na účely dohľadu prizvaného konzultanta úradu z odboru rádiológie, úrad zistil, že zdravotná starostlivosť nebola pacientke v dohliadanom období dohliadaným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti poskytnutá správne.

Výkonom dohľadu u dohliadaného subjektu boli v rámci predmetu dohľadu zistené nedostatky: USG vyšetrenie pacientky dňa 3. 5. 2021 so stanovením diagnózy: Cysta dermoidale reg. sacralis subcut. bolo realizované nesprávne.

ZÁVER

Vyhodnotením informácií získaných výkonom dohľadu a prešetrením zdravotnej dokumentácie skupina vykonávajúca dohľad u dohliadaného subjektu pri poskytnutí zdravotnej starostlivosti pacientke zistila porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z., podľa ktorého je poskytovateľ povinný poskytnúť zdravotnú starostlivosť správne.

SLEPÉ ČREVO

Podávateľ podnetu žiadal prešetriť postup pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti v APS pre dospelých. V podnete uviedol, že navštívil APS so zdravotnými ťažkosťami, lekár ho riadne nevyšetрил a stanovil nesprávnu diagnózu - Dyspeptický syndróm s vomitom v. s. pri diétnej chybe, bola mu aplikovaná injekcia Degan a doporučené antiemetiká, PPI do liečby, kontrola u obvodného lekára do 3 dní podľa stavu. Následne, v ten istý deň pre pretrvávajúce obrovské bolesti bol vyšetrený v nemocnici, po riadnom vyšetrení bol prijatý na chirurgické oddelenie s tým, že sa nedá vylúčiť appendicitída a bol operovaný. Podávateľ podnetu bol toho názoru, že poskytovateľ zdravotnej starostlivosti postupoval v rozpore so zaužívanou praxou a teda nepostupoval lege artis.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

Úrad zistil, že v dohliadanom období bol 32-ročný pacient liečený pre vysoký krvný tlak, inak nebol doposiaľ vážnejšie chorý. Užíval Agen 5 mg ½ tbl. Dňa 9. 6. 2020 o 16:40 hod. sa pacient dostavil do ambulancie dohliadaného subjektu pre zvracanie od rána, subjektívne udával, že bez prímiesí krvi. Pacient v anamnéze uviedol, že večer zjedol fazuľovú polievku, asi po 3 hodinách mu zostalo zle, v noci opakovane zvracal. Bol mu aplikovaný Degan amp. intramuskulárne (do svalu). Stanovená mu bola diagnóza K31.0 - akútna dilatácia žalúdka so záverom po lekárskom vyšetrení - dyspeptický syndróm s vracaním v. s. po diétnej chybe (poruchy trávenia sprevádzané typickými príznakmi, ako sú tlak alebo bolesť brucha, nevoľnosť, zvracanie, grganie, plynatosť alebo nadúvanie). Doporučené mu boli antiemetiká (lieky proti zvracaniu), PPI (antisekretoriká) a kontrola u všeobecného lekára do 3 dní, respektíve podľa stavu.

Dňa 9. 6. 2020 o 19:56 hod. bol pacient privezený RZP do nemocnice a následne bol hospitalizovaný na chirurgickom oddelení. Udával opakované zvracanie v noci, zobral nejaké lieky na bolesť, nevedel aké a zhoršenie bolesti v celej pravej oblasti brucha. Realizovanými laboratórnymi, biochemickými a hemokoagulačnými vyšetreniami boli zistené zvýšené zápalové hodnoty (CRP), krvný obraz bol v norme. Klinicky a ani ultrasonografickým vyšetrením brucha, RTG vyšetrením hrudníka a RTG vyšetrením brucha v stoji sa nedala vylúčiť prípadná appendicitída. Po nevyhnutnej príprave, v ten istý deň, bol pacient operovaný. Operácia bola zahájená laparoskopicky. Vzhľadom k tomu, že peroperačne boli známky difúznej sterkorálnej peritonitídy (zápal pobrušnice), bola vykonaná konverzia a chirurgické odstránenie slepého čreva s nálezom gangrenóznej apendicitídy. Pooperačný priebeh bol primeraný, postupne došlo k obnoveniu peristaltiky. Po 6 dňoch bol pacient prepustený do ambulantnej starostlivosti. V deň prepustenia bol vyšetrený lekárom so záverom - brucho priehmatné, nebolestivé, operačná rana pokojná, stehy ponechané, afebrilný a bez subjektívnych ťažkostí.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

Skupina vykonávajúca dohľad zistila nedostatky u dohliadaného subjektu v rámci predmetu dohľadu pri poskytnutej zdravotnej starostlivosti. Pri vyšetrení pacienta dohliadaný subjekt neuvažoval diferenciálne diagnosticky z dôvodu absencie správneho zhodnotenia anamnézy a klinického vyšetrenia.

Úrad uvádza, že správne vedenie zdravotnej dokumentácie je neoddeliteľnou súčasťou správne poskytovanej zdravotnej starostlivosti. V diferenciálnej diagnostike dyspepsie, rovnako aj bolesti brucha, je anamnéza dôležitou súčasťou. Anamnéza v tomto prípade bola zameraná iba na zvracanie, ktoré malo byť od rána, bez prímiesi krvi, po všetkom - tekutinách i potrave, stolica mala byť

v norme. V posudzovaní chýbal údaj o okolnostiach vzniku ťažkostí, viazanosti na jedlo, typ jedla. Aj keď pacient bolesti neudával, mal byť tento údaj zdokumentovaný. Chýbal podrobnejší údaj o stolici v zmysle konzistencie, časový údaj posledného odchodu, prítomnosti vetrov. V anamnéze uvedenej pri prijatí pacienta na chirurgické oddelenie bolo uvedené, že večer zjedol fazuľovú polievku, asi po 3 hodinách mu zostalo zle, v noci opakovane zvracal. Tento údaj by podporoval funkčnú etiológiu ťažkostí. Zároveň bolo uvedené, že užil nejaké lieky na bolesť, nevie aké. Tento anamnestický údaj je z pohľadu hodnotenia ťažkostí dôležitý a v prípade jeho zistenia dohliadaným subjektom mal byť braný v úvahu ako možná príčina útlmu bolestí brucha. Absentovala realizácia a zápis fyzikálneho vyšetrenia pacienta. Vykonanie fyzikálneho vyšetrenia je neoddeliteľnou súčasťou diferenciálnej diagnostiky. V zdravotnej dokumentácii z vyšetrenia pacienta dohliadaným subjektom chýba údaj o akomkoľvek fyzikálnom vyšetrení vrátane vyšetrenia brucha a vyšetrenia fyziologických funkcií.

Aj keď z odbornej literatúry a praxe je známe, že apendicitída často prebieha atypicky, jej príznaky môžu byť latentné, záznam z fyzikálneho vyšetrenia v tomto prípade by bol dôkazom, že išlo práve o takto prebiehajúcu apendicitídu a podporil by diferenciálno-diagnostickú úvahu dohliadaného subjektu o dyspepsii pri diétnej chybe.

Dohliadaný subjekt vyšetroval pacienta s anamnézou horného dyspeptického syndrómu manifestujúceho sa po diétnej chybe s dominujúcim symptómom zvracania. Bola predpokladaná funkčná etiológia ťažkostí a podávateľovi bola podaná antiemetická liečba a antisekretoriká (PPI). Diferenciálne diagnostická úvaha mohla byť akceptovaná za predpokladu realizácie, resp. zdokumentovania fyzikálneho nálezu s adekvátnym somatickým abdominálnym nálezom, typickým pre funkčnú dyspepsiu. Aj riadne odobratá anamnéza mohla túto diferenciálnu diagnostiku podporiť alebo

priviesť dohliadaný subjekt k záveru, že z dôvodu užitia analgetík môžu byť príznaky možnej náhlej príhody brušnej skryté a pacienta by odoslal na chirurgické vyšetrenie. U pacienta mohlo ísť aj o inú závažnú diagnózu ako akútna apendicitída (napr. akútna pankreatitída, cholangoitída), pričom dyspepsia pri diétnej chybe by mala byť záverom až po riadnom vylúčení iných závažnejších príčin. Akútna apendicitída je najčastejšia náhla brušná príhoda, s ktorou sa lekár stretáva v ambulancii alebo v rámci pohotovostných služieb. Aj keď je značná variabilita klinického priebehu, prasknutie appendixu sa typicky objavuje po 48 hodinách od prvých príznakov a býva často spojené s tvorbou abscesovej dutiny, ktorá je najčastejšie ohraničená tenkým črevom a omentom (väzivová blana, ktorá sa tiahne medzi pečeňou, žalúdkom a dvanástnikom). Raritne sa vyskytuje voľná perforácia appendixu do peritoneálnej dutiny a vtedy môže byť sprevádzaná zápalom pobrušnice a septickým šokom. Diagnostika akútnej apendicitídy vychádza predovšetkým z dôkladnej anamnézy a fyzikálneho vyšetrenia, čo tvorí 80 % správne stanovenej diagnózy. Rozhodujúcim faktorom určujúcim diagnózu je pre lekára vždy klinický obraz. Klinický obraz je charakterizovaný iniciálnou bolesťou v epigastriu (oblasť pod mečovitým výbežkom hrudnej kosti), či periumbilikálne (v okolí pupka) s následným presunom bolesti do pravého hypogastria (oblasť brucha pod pupočnou oblasťou). Len malé množstvo akútnych apendicitíd začína priamo v pravom hypogastriu. Anamnéza pri akútnej apendicitíde spravidla nepresahuje 48 hodín, pričom bolesť je progredujúca, bez známok zlepšenia stavu. Celkové prejavy sú sprevádzané nauzeou, slabosťou, nechutenstvom, subfebriliami. Febrilita sú už prejavom perforácie appendixu. V niektorých prípadoch je prítomná hnačkovitá stolica. Celkový prejav je ale vo veľkej miere definovaný polohou appendixu. Ďalšie vyšetrenia sú pre diagnózu nápomocné. Radia sa k nim laboratórne parametre, USG brucha a v sporných prípadoch aj CT. Rozvinutá akútna apendicitída vyžaduje chirurgickú liečbu.

ZÁVER

Úrad výkonom dohľadu zistil, že dohliadaný subjekt pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientovi porušil ustanovenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. v tom, že dňa 9. 6. 2020 pri vyšetrení pacienta v rámci diferenciálnej diagnostiky absentovalo správne zhodnotenie anamnézy a klinického vyšetrenia.

VÍKENDOVÉ DNI

Úrad prijal podnet manžela pacientky, v ktorom vyjadril nespokojnosť s poskytovaním zdravotnej starostlivosti na internej klinike a uvádzal, že počas víkendových dní nebola manželke venovaná adekvátna starostlivosť, neboli robené žiadne vyšetrenia, ktoré by odhalili príčinu stupňujúcich sa bolestí. Vyjadril tiež poďakovanie celému operačnému tímu, ako aj zamestnancom kliniky anestéziológie a intenzívnej medicíny za vynaložené úsilie o záchranu života jeho manželky.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

79-ročná pacientka bola v starostlivosti všeobecného lekára pre dospelých od roku 1973, kde sa dlhodobo liečila na hypertenziu, v roku 2009 prekonala embóliu do arterie pulmonalis, absolvovala cholecystektómiu pre litiázu, hysterektómiu a adnexotómiu pre ovariálne cysty. V roku 2008, 2009 polypektómia pre polypy hrubého čreva, v roku 2018 absolvovala kolonoskopiu s nálezom vnútorných hemoroidov. Od roku 2010 liečená na ischemickú chorobu srdca.

Dňa 12. 2. 2021 o 13:13 hod. bola pacientka vyšetrená na chirurgickej ambulancii dohliadaného subjektu. Realizovaná

bola sonografia brucha, RTG a odbery krvi. Po vylúčení akútnej brušnej príhody bola pacientka na odporúčenie chirurga prijatá o 15:24 hod. na internú kliniku pre enteroragiu. Deň pred prijatím zjedla pacientka šalát, v noci okolo 3 hodiny sa zobudila na krčovitú bolesť žalúdka, opakovane zvracala, mala 4x hnačkovitú, krvavú stolicu. Zvýšenú teplotu neudávala. Šalát jedol aj manžel, ten bol bez ťažkostí. Pri prijatí mala pacientka TK: 176/112 torr, P: 126/min., bola afebrilná, eupnoická. V objektívnom náleze palpačná bolestivosť v oblasti epigastria. Pri USG vyšetrení meteorizmus, hyperechogénny hepar, aj pankreas s incipientným zneostrením v oblasti hlavy - tu palpačná citlivosť, odporúčané skorelovať s klinickým a laboratórnym nálezom. V laboratórnym náleze prítomná leukocytóza, hypokaliémia, normálne hodnoty pankreatických enzýmov, hepatálnych testov, CRP vstupne nevyšetrené. Pacientka bola prijatá s diagnózou enteroragie v. s. pri vnútorných hemoroidoch, akútnej gastritídy, susp. akútnej pankreatitídy. Bola zahájená infúzna liečba, mineralosubstitúcia, podávané analgetiká, hemostyptiká, chronická medikácia, na nasledujúci deň (sobota) ordinované odbery krvi (KO, GP 3x, urea, kreatinín, Na, K, CL, AMS-S, lipáza-S, AMS-U, bilirubín c+p, AST, ALT, GMT, ALP, NT-proBNP, PCR Sars-CoV-2), na 15. 2. 2021 (pondelok) USG brucha, v pláne event. rektoskopia. Realizované EKG - evidované ischemické zmeny v hrudných zvodoch. Dňa 13. 2. 2021 udávala pacientka miernejšie bolesti brucha, ale mala opäť stolicu s krvou, TK: 146/84 torr, P: 70/min. Infúzna liečba, ako aj chronická medikácia podaná. Dňa 14. 2. 2021 pacientka na rannej vizite udávala slabosť, stopy krvi z konečníka, boľel ju žalúdok, TK: 148/74 torr, P: 79/min., bolo pokračované v infúznej liečbe. Večer o 19:00 hod. udávala zhoršenie bolesti brucha, nezvracala, v laboratórných parametroch vysoká hodnota CRP. O 19:50 hod. bola pacientka odoslaná na RTG natív abdomenu, kde boli prítomné dilatované kľučky tenkého čreva, hydroaerické hladinky. Následne bol konzultovaný chirurg, ktorý doporučil CT vyšetrenie na CITO (22:05 hod.) a ordinoval odbery krvi (KO, koagulácia, urea,

kreatinín, glykémia, Na, K, Cl, Mg, P, Ca, amyláza, lipáza, albumín, CB, bilirubíny, ALT, AST, ALP, GMT, CRP, PCTS, IL-6). Stav CT vyšetrenia bol záverovaný ako ischémia jejuna pri kritickej stenóze a. mesenterica. O 23:50 hod. bola pacientka preložená na JIS chirurgickej kliniky na operačný zákrok. Po neodkladnej príprave (do 1 hod.) bola realizovaná operácia s nálezom purulentnej peritonitídy, ischémie, až gangrény jejuna, zresekované 50 cm tenkého čreva, zrealizovaná duodenojejunoanastomóza. Po operácii bola pacientka pre známky respiračnej insuficiencie preložená na kliniku anestéziológie a intenzívnej medicíny. Od operácie bola v kritickom stave s nutnosťou vazopresorickej podpory a umelej pľúcnej ventilácie. Napriek komplexnej liečbe došlo k multiorgánovému zlyhaniu a pacientka dňa 17. 2. 2021 o 06:20 hod. exitovala.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

Výkonom dohľadu úrad zistil, že išlo o 79-ročnú pacientku s viacročnou anamnézou hypertenzie, ischemickej choroby srdca, v minulosti po cholecystektómii, hysterektómii, polypektómii polypov hrubého čreva, s diagnózou hemoroidov. Dňa 12. 2. 2021 bola prijatá na internú kliniku s diagnózou enteroragia, akútna gastritída, susp. akútna pankreatitída. Zahájená bola infúzna, analgetická liečba. Pri vstupnom vyšetrení bola prítomná leukocytóza, hypokaliémia, CRP vyšetrené nebolo, boli normálne hladiny hepatálnych a pankreatických enzýmov. Počas hospitalizácie pretrvávali bolesti brucha, aj keď je zápis v dokumentácii z 13. 2. 2021, že sú miernejšie. Pacientka počas hospitalizácie už nezvracala, nedostávala ale nič per os, mala ešte raz stolicu s čerstvou krvou. Dňa 14. 2. 2021 ráno pri vizite udávala slabosť, večer výrazné bolesti brucha. RTG natív abdomenu s nálezom distenzie kľučiek tenkého čreva s hladinkami, CT vyšetrením stav záverovaný ako ischémia jejuna. Pacientka bola preložená na chirurgickú kliniku, pri operácii nález purulentnej peritonitídy, ischémia až

gangréna jejuna. Realizovaná resekcia 50 cm, histologický nález neskôr potvrdil ischemiu a gangrénu. Po operácii bola pacientka preložená na kliniku anestéziológie a intenzívnej medicíny pre septický šok vyžadujúci vazopresorickú podporu a umelú pľúcnu ventiláciu. Bola podávaná širokospektrálna antibiotická liečba, napriek tomu stav vyústil do multiorgánového zlyhania a pacientka dňa 17. 2. 2021 ráno exitovala.

Úrad konštatoval, že počas hospitalizácie na internej klinike nebol riešený zdroj krvácania, nebolo realizované per rektum vyšetrenie, aby bolo zistené, či išlo o hemoroidálne krvácanie, ktoré nie je sprevádzané bolesťami, zvracaním a hnačkou. Akútna pankreatitída, ktorá nespôsobuje enteroragiu bola vylúčená normálnymi hodnotami pankreatických enzýmov, akútna gastritída tiež nespôsobuje masívnu enteroragiu. Z dôvodu poklesu hemoglobínu, malo byť realizované urgentné gastroscopické vyšetrenie. Pri prijatí mala pacientka palpačnú bolestivosť v epigastriu, ktorá pretrvávala celý čas.

ZÁVER

Úrad výkonom dohľadu zistil, že dohliadaný subjekt pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientke v dohliadanom období od 12. 2. 2021 do 17. 2. 2021 porušil ustanovenia § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. v tom, že počas hospitalizácie na internej klinike nebol riešený zdroj krvácania, nebolo realizované per rektum vyšetrenie a nebolo realizované urgentné gastroscopické vyšetrenie.

SPONTÁNNY PÔROD ALEBO CISARKÝ REZ

Úradu bol doručený podnet matky maloletej pacientky, ktorá vyjadrila podozrenie z nesprávne poskytnutej zdravotnej starostlivosti jej dcére.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

Pacientka bola evidovaná na gynekologickej ambulancii od roku 2009. Pacientka bola anamnesticky bez predchorobia a ťažkostí. Ambulanciu navštevovala iba v súvislosti s preventívnymi prehliadkami a predpisom antikoncepcie. Nálezy boli fyziologické. Dňa 15. 6. 2020 pri preventívnej prehliadke bola pacientke detekovaná gravidita, následne pacientka začala navštevovať prenatalne poradne a tehotenské skriningy, podľa štandardného postupu. Nálezy boli všetky fyziologické. Dňa 2. 11. 2020 bola v poradni pacientka pre časté tonizácie preventívne vypísaná ako práceneschopná z dôvodu pokojového režimu doma, ako prevencia predčasného pôrodu. Ďalšie nálezy boli v medziach normy, nástup pacientky na materskú dovolenku v štandardnom čase. Pacientka v termíne pôrodu bola odoslaná do rizikovej ambulancie štandardne v rámci ďalších kontrol a stanovenia postupu v súvislosti s termínom pôrodu. Počas tehotenstva neboli u pacientky detekované žiadne odchýlky, ktoré by predisponovali k akémukoľvek rizikovému priebehu pôrodu a z peripartálneho obdobia.

Pacientka bola odoslaná obvodným gynekológom v súvislosti s termináciou tehotenstva na štandardné kontroly do rizikovej ambulancie dohliadaného subjektu dňa 15. 1. 2021. Pri kontrole bol nález fyziologicky v norme. CTG: normokardia, variabilita v norme, bez decelerácii, bez kontrakcii, normohydramnion. Diagnostický záver: Predĺžená gravidita. Ďalšia kontrola dňa

20. 1. 2021, pacientka sledovaná ako potermínová gravidita 41/1 týždeň, pohyby plodu cíti, plodová voda neodteká. USG: jednoplodová IU gravidita, poloha pozdĺžna záhľadím, AS+, PP+, oligohydramnion gr. heb. 41/1, ostatné parametre v norme, bez známkov hypoxie. Z preventívneho hľadiska indikovaná už indukcia pôrodu aj vzhľadom na prebiehajúci 42. týždeň gravidity. Pacientka poučená, s navrhovaným postupom súhlasí. Pacientka bola dňa 21. 1. 2021 ráno o 07:48 hod. prijatá na gynekologicko-porodnicke oddelenie dohliadaného subjektu, s podaním prostaglandínov k indukcii pôrodu. Napriek nízkemu skóre zrelosti krčka - Bishop 3b, reaguje veľmi priaznivo, v nasledujúcich cca 8 hodinách sa objavujú presagientné bolesti a slabá nepravidelná činnosť maternice. O 16:35 hod. službukonajúca lekárka kontroluje pôrodnicky nález a konštatuje už prebiehajúcu I. dobu pôrodnú, CTG záznam hodnotí v pásme suspície, bez patologických známkov, bez potreby zásahu do spontánneho vedenia pôrodu, podáva opiátové spazmoanalgetiká. Vzhľadom na nadštandardnú službu „výber pôrodníka“ bol vybraný pôrodník informovaný o stave rodičky. Po dohode bola vykonaná amniotómia a kontrola pôrodnického nálezu, vykazuje priaznivú progresiu pôrodu. Medzitým sa na pôrodnú sálu dostavil vybraný pôrodník a prebral dohľad nad vedením pôrodu. O 17:30 hod. kontrolný CTG záznam rovnako v pásme suspície, bez progresie zhoršenia nálezu oproti predchádzajúcemu CTG záznamu. Pôrodník pokračoval v spontánnom vedení pôrodu. O 18:45 hod. bola vykonaná kontrola pôrodnického nálezu, pôrodník zistil slabšiu pôrodnú činnosť. Ordinované bolo podanie uterotoník k úprave činnosti uteru. Odozva priaznivá, nález významne progreduje, v priebehu 1/2 hodiny pôrodnicka bránka zachádza, hlavička celým oddielom vstupuje do malej panvy, rodička začína o 19:15 hod. na začiatku II. doby pôrodnej za slovnej asistencie aktívne tlačiť. Už o 19:00 hod. pôrodník zisťuje u plodu opakovanú ťažkú bradykardiu nad 80/min. s reštitúciou do normokardie (možný vstupný fenomén hlavičky), rodička spolupracuje a tlačí adekvátne, bez potreby intervencie

zo strany pôrodníka v zmysle aktívneho operačného zásahu do II. doby pôrodnej. II pôrodná doba trvala 7 minút. Dňa 21. 1. 2021 o 19:22 hod. porodené ťažko asfyktické dieťa ženského pohlavia p. hmotnosť: 3250 g, p. dĺžka: 51 cm, OHI: 34,5 cm, OHR: 35 cm, AS 80/min., bezprostredne po oddelení pupočníka odovzdané do starostlivosti pediatrom. III. doba pôrodná a popôrodné obdobie boli bez komplikácií.

Dieťa po narodení asfyktické, atonické, bez spontánnej dychovej aktivity, preto bola začatá kardiopulmonálna resuscitácia. Podľa informácií v prepúšťacej správe sa akcia srdca objavuje od druhej minúty. Dieťa je v tomto čase zaintubované intubačnou kanylou č. 3 a pri umelej pľúcnej ventilácii postupne ružovie. Po 10 minúte sa objavuje spontánna dychová aktivita. Z dôvodu predpokladanej liečby riadenou hypotermiou nebolo dieťa od začiatku vyhrievané. V priebehu prvej hodiny života sa dieťa pri kardiopulmonálnej resuscitácii a intenzívnej pediatrickej starostlivosti darí klinicky stabilizovať. Vyšetrená hodnota vnútorného prostredia z kapilárneho odberu približne jednu hodinu po narodení (20:23 hod.) vykazuje respiračne kompenzovanú závažnú metabolickú acidózu (pH 7,055) s hromadením laktátu (17 mmol/l) a nezávažnou hyperglykémiou. V priebehu ďalšej hodiny o 21:13 hod. je vnútorné prostredie mierne upravené s pH 7,18 a laktátom 15 mmol/l. Hypokapnia je dôkazom efektívnej ventilačnej podpory, resp. následne dostatočnej spontánnej dychovej aktivity. Tlak krvi, meraný postupne na všetkých štyroch končatinách, vykazuje hodnoty vo fyziologickom rozmedzí. Prítomné následné močenie je ukazovateľom zjavne dobrej perfúzie orgánov a tkanív. Dieťa v uvedenom období vykazuje Thompson skóre 7 bodov, čo je spolu s parametrami vnútorného prostredia a potrebou asistovanej pľúcnej ventilácie indikáciou na riadenú hypotermiu. Navyše, podľa dokumentácie sa objavuje aj kľčová pohotovosť. Dohovorený bol preklad na neonatologické pracovisko vyššieho typu z dôvodu ďalšej starostlivosti a liečby riadenou hypotermiou. Pri preklade

bolo dieťa ventilované synchronným režimom konvenčnej ventilácie s potrebou kyslíka 30 % s minimálnymi ventilačnými parametrami. Akcia srdca bola 115/min., podľa dokumentácie dieťa predtým močilo. Počas hospitalizácie bola podaná aj antikonvulzívna liečba Luminalom v dávke 2x 30 mg i. v. Okolo 23 hodiny toho istého dňa bolo dieťa odovzdané transportnému tímu.

Dieťa bolo od 23. 1. 2021 16:50 hod. do 27. 1. 2021 14:00 hod., po preklade z Perinatologického centra, kde bolo preložené po narodení 21. 1. 2021 pre ťažkú pôrodnú asfyxiu, z dôvodu riadenej hypotermie hospitalizované na Jednotke intenzívnej a resuscitačnej starostlivosti o novorodencov dohliadaného subjektu. Po prehodnotení neurologického nálezu dieťa nespĺňalo neurologické kritéria na riadenú hypotermiu. Pri prijatí bolo dieťa uložené do inkubátora, monitorované boli vitálne funkcie a indikovaná infúzna liečba. Dýchanie dieťaťa bolo spontánne, bez zaznamenaných poklesov saturácií kyslíka. V neurologickom náleze bola prítomná svalová hypotónia - zahájená rehabilitácia. Kŕčové stavy neboli pozorované. Kontrolné skriningové sonografické vyšetrenia hlavičky, obličiek i srdca boli v medziach normy. Ďalší priebeh hospitalizácie bol bez komplikácií. Matka prijatá k dieťaťu, dieťa bolo živé odstriekaným materským mliekom, od 2. dňa hospitalizácie skusmo dojčené, v závere hospitalizácie plne dojčené, s dobrou toleranciou kŕmenia. S hmotnosťou 3365 g bolo dieťa prepustené domov s odporúčaním ďalšej rehabilitácie a kontrolných vyšetrení v odborných ambulanciách.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI PRI VÝKONE DOHLĎADU

Tehotná pacientka bola dňa 15. 1. 2021 odoslaná od obvodného gynekológa v súvislosti s potermínovou graviditou na štandardné kontroly do rizikovej ambulancie nemocnice. Nález bol fyziologický. Ďalšia kontrola bola dňa 20. 1. 2021 so záverom gr. hebd. 41/1. Klinický stav plodu a matky bol v norme, bez známkov hypoxie.

Z preventívneho hľadiska bola lege artis indikovaná preindukcia pôrodu aj vzhľadom na prebiehajúci 42. týždeň gravidity.

Príjem rodičky dňa 21. 1. 2021 z dôvodu preindukcie pôrodu prostaglandínmi vzhľadom k nízkemu skóre zrelosti krčka - Bishopovo skóre 3 body. V nasledujúcich 8 hodinách sa objavili slabé nepravidelné kontrakcie. O 16:35 hod. službukonajúca lekárka kontrolovala pôrodnický nález, pričom prebiehala už I. doba pôrodná, CTG záznam bol bez patologických známk, bez potreby zásahu do spontánneho vedenia pôrodu, podaná opiátova spazmoanalgezia. Následne vykonaná o 16:00 hod. amniotómia, pri ktorej odtiekla skalená plodová voda a kontrola pôrodnického nálezu vykazovala progresiu pôrodu.

O 17:59 hod. až do 18:18 hod. vykazoval CTG záznam jasné známky neskorých decelerácií DIP II, ktoré poukazujú na uteroplacentárnu insuficienciu. O 18:45 hod. bol zapísaný do pôrodopisu nález na pôrodných cestách: bránka pre 4 voľné prsty, mierne spastická, kontrakcie slabšie, prítomné známky cervikokorporálnej dystokie. CTG záznam od 18:59 hod. do 19:19 hod. je patologický (neskoré decelerácie DIP II). O 18:45 hod. vzhľadom k sekundárne hypokinetickej pôrodnej činnosti indikované uterokinetiká - infúzia 5 % Glukóza + 5 IU oxytocín v gravitačnej infúzii. Vaginálny nález progredoval a o 19:15 hod. bola pôrodná bránka dilatovaná na 10 cm, rodička začína o 19:15 hod. na začiatku II. doby pôrodnej za slovnej asistencie aktívne tlačiť. II. doba pôrodná trvala 7 minút a o 19:22 hod. sa rodí asfyktický plod ženského pohlavia, 3250 gramov a 51 cm, Apgarovej skóre 1/4/5. III. doba pôrodná a popôrodné obdobie bez komplikácií.

V odbornom vyjadrení konzultant úradu z odboru gynekológia-pôrodníctvo konštatuje, že tehotnosť pacientky nebola riziková a ani pôrod nebolo možné považovať za rizikový. V prípade odtoku skalenej plodovej vody a patologického CTG záznamu (známky

uteroplacentárnej insuficiencie) nie je správne medikovať rodičku oxytocínom, ale je indikované ukončenie tehotnosti cisárskym rezom, resp. inštrumentálne, ak ide o II. dobu pôrodu (Dosedla E., Korbel' M., Lukačín Š., Kaščák P., Féderová L. Indukcia pôrodu. Gynekol. prax, 2011; 9 (3), s. 123-128; Korbel' M., Borovský M., Danko J., et al. Prenatálna starostlivosť o fyziologickú graviditu. Gynekol. prax 2010; 8 (3): 152-156). Zdravotná starostlivosť nebola pacientke dohliadaným subjektom poskytnutá správne a štandardným spôsobom. CTG elektronický monitoring plodu vykazoval minimálne od 17:59 hod. známky uteroplacentárnej insuficiencie a napriek tomu bola pacientka medikovaná uterokinetikami, ktoré prehĺbili uteroplacentárnu insuficienciu skrátením „resting phase“ (medzikontrakčné obdobie). Pri uvedenej komplikácii v I. dobe pôrodu je indikované ukončenie pôrodu cisárskym rezom. Podľa vyjadrenia odborného konzultanta z odboru pediatria bola maloletej pacientke počas hospitalizácie na Pediatricom oddelení s JIS dohliadaného subjektu poskytnutá adekvátna a správna zdravotná starostlivosť.

ZISTENÉ NEDOSTATKY

Pôrod pacientky dňa 21. 1. 2021 nebol vedený správne. V prípade odtoku skalenej plodovej vody a patologického CTG záznamu (záznamy od 17:59 hod. do 18:18 hod.), ktorý vykazoval známky uteroplacentárnej insuficiencie, nebolo správne medikovať pacientku uterokinetikom (oxytocín), ale bolo potrebné pristúpiť k ukončeniu tehotnosti cisárskym rezom (pri I. dobe pôrodu), resp. inštrumentálne (pri II. dobe pôrodu).

ZÁVER

Vyhodnotením informácií získaných výkonom dohľadu na dialľku a prešetrovaním zdravotnej dokumentácie skupina vykonávajúca dohľad u dohliadaného subjektu pri poskytnutí zdravotnej

starostlivosti pacientke zistila porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z., podľa ktorého je poskytovateľ povinný poskytovať zdravotnú starostlivosť správne.

POUŽITÉ SKRATKY

AA – alergická anamnéza
AC – akromioklavikulárny
ACI – vnútorná mozgová tepna
ACM – stredná mozgová tepna
ADHD – Attention Deficit Hyperactivity Disorder - porucha pozornosti s hyperaktivitou
ADP – tepna na chrbte nohy
ALP – alkalická fosfatáza
ALT – alanínaminotransferáza
amp. – ampulka/y
AMS – amyláza
Ao – aortálna
AoR – aortálna regurgitácia
AS – akcia srdca/srdcový rytmus
AST – aspartátaminotransferáza
ATB – antibiotikum
ATP – zadná píšťalová tepna
AP – predozadnom
APS – ambulancia pohotovostnej služby
bilat. – obojstranne
bpn. – bez patologického nálezu
CA – celková anestézia/onkomarker
CCB – punkčná tkanivová biopsia
CITO – cytologické vyšetrenie
CMP – cievna mozgová príhoda
CNS – centrálny nervový systém
COVID-19 – ochorenie spôsobené vírusom SARS-Cov-2
CPO – centrálné prijímacie oddelenie
CRP (S-CRP) – C-reaktívny proteín
CT – počítačová tomografia
CTG – kardiokardiografia
CVK – centrálny venózný katéter
ČZP – čerstvo zriedená plazma
DF – dychová frekvencia
dg. – diagnóza/y

dif. dg. – diferenciálna diagnostika
DK – dolná končatina DKK – dolné končatiny
EA – epidemiologická anamnéza
EEG – elektroencefalografia
EFLK – ejekčná frakcia ľavej komory
ECHO – echokardiografia
EKG – elektrokardiografia, elektrokardiogram
EMG – elektromyografia
Ery – erytrocyty
ESH/ESC – Klinická smernica pre manažment arteriovej hypertenzie (guidelines)
FDG – fluorodeoxyglukózy
FIB – fibrinogén
FN – fakultná nemocnica
FR – fyziologický roztok/fotoreakcia
GCS – Glasgow kóma skóre
GMT – glutamyltransferáza
HD – hemodialýza
Hb/Hg – hemoglobín
H. j. – jednotiek hustoty
HK – horná končatina (PHK/LHK – pravá/ľavá horná končatina)
HKT – hematokrit
CHE – cholecystektómia
inf. – infúzia
INR – pomer protrombínového času pacienta a času normálnej vzorky
i. v. – intravenózne
IVF – in vitro fertilizácie
JIS – jednotka intenzívnej starostlivosti
KA – katecholamíny
KAIM – Klinika anesteziológie a intenzívnej medicíny
KL – kontrastná látka
KO – krvný obraz
KP – kardio-pulmonálne
KPCR – kardiopulmonálna (kardiopulmocerebrálna) resuscitácia
KPS – kalichovo-panvičkový systém
LA – liečebná anamnéza (lokálna anezstézia)

LAP – lymfadenopatia
Le (Leu, Lkc, WBC) – leukocyty
LIS - lumboischiadický syndróm
LMWH – nízkomolekulárny heparín
LS – lumbosakrálnej/driekovokrížna
LU – lymfatické uzliny
l. sin. – lateris sinistri
L'HK – ľavá horná končatina
L'K – ľavá komora
L'O – ľavá oblička
L'P – ľavá predsieň
MiR – mitrálna regurgitácia
MM – močový mechúr
MR, MRI – magnetická rezonancia
MSCT – multidetektorová počítačová tomografia
mts. – metastázy
NCMP – náhla cievna mozgová príhoda
NT-pro BNP/pBNP – biomarker srdcového zlyhávania
OA – osobná anamnéza
OAIM – oddelenie anestéziológie a intenzívnej medicíny
OHI – obvod hlavičky
OHr – obvod hrudníka
OUP – oddelenie urgentného príjmu
P – pulz
PAB – punkčná aspiračná biopsia
PDK – pravá dolná končatina
PH – pôvodná
PHK – pravá horná končatina
PK – permanentný katéter
PN – práceneschopnosť
PO – pravá oblička
p. p. – podľa potreby
PPI – inhibitory protónovej pumpy
PVT – príjem/výdaj tekutín
RA – rodinná anamnéza
RHB – rehabilitácia
RI – obličková nedostatočnosť

RLP – rýchla lekárska pomoc
RTG – röntgen
RZP – rýchla zdravotnícka pomoc
PCR test – polymerázová reťazová reakcia
PCV – tlaková ventilácia
PDK – pravá dolná končatina
PET – pozitronová emisná tomografia
PNO – pneumotorax
PRO – pravý rebrový oblúk
PZS – poskytovateľ zdravotnej starostlivosti
SARS-Cov-2 – vírus spôsobujúci ťažký akútny respiračný
syndróm
s. c. – subkutánne (podkožne)
SONO – ultrasonografické vyšetrenie
SpO2 – saturácia krvi kyslíkom
SV, SVT – supraventrikulárny, supraventrikulárna tachykardia
sy. – syndróm
ŠŽ – štítna žľaza
tbl. – tableta/y
th. – terapia, terapeutický
TIN – tubulointersticiálna nefritída
TK – tlak krvi
Tr – trombocyty
TT – telesná teplota
TU – nádor
Tx – transplantácia
UPV – umelá pľúcna ventilácia
úrad – Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou
USG – ultrasonografia
v. iliaca externa – vonkajšia bedrová žila
VCS – horná dutá žila
VLDD – všeobecná ambulancia pre deti a dospelých
v. s. – veri similis/pravdepodobne
VVCH – vrodená vývojová chyba
ZZS – záchranná zdravotná služba

■ www.udzs-sk.sk

Žellova 2
829 24 Bratislava

© ÚDZS 2022

ISBN 978-80-974128-3-8



9 788097 412838