

## PŘÍPADOVÁ STUDIE

ve věci Podezření na postup non lege artis u pacientky Jany Novákové, 60 let, která byla dne 18. 1. 2012 hospitalizována v okresní nemocnici v A.

Dne 20. 5. 2012 se na obvodní oddělení Policie ČR v A. dostavila dcera Marie Rozsivalová, roz. Nováková, dcera hospitalizované Jany Novákové, která vypověděla do protokolu:

*„...Dne 18. 1. 2012 moje matka upadla doma v bytě a utrpěla poranění hlavy – tržnou ránu. Zůstala ležet v bezvědomí na zemi, až do doby, kdy ji probral telefon od její dcery (mé sestry) Aleny Krásné, roz. Novákové. Mé sestře matka sdělila, co se jí stalo a sestra za ní jela domů a odvezla ji do Nemocnice A. Zde byla matka ošetřena na chirurgické ambulanci, kde ji měl ošetřit MUDr. Krátký. S ohledem na předchozí bezvědomí, byla matka hospitalizována na chirurgickém oddělení na pozorování. Údajně měla být hospitalizována s tím, že v případě přetrvávajících problémů má být provedeno CT hlavy.*

*Ve čtvrtek byla matka stále hospitalizována a další den v pátek měla být propuštěna z nemocnice domů, ale necítila se dobře a volala sestře s tím, že nemá bundu, a sestra nesouhlasila s jejím propuštěním z nemocnice, tak volala MUDr. Bílému, který měl v nemocnici intervenovat v tom smyslu, aby matku nepropouštěli a aby ji přeložili na internu. To už ale mělo být matce tak špatně, že nebyla schopna dojít ani sama na oddělení a musela údajně být převezena zřízencem.*

*Po převozu na internu se zdravotní stav matky zhoršoval, bylo jí zle, nevolno, začala vidět zdvojeně, začala zvracet a měla brnění končetin. Vše měla údajně sdělit lékařům. K výraznému zhoršení stavu došlo v sobotu, kdy se matka dostala do kómatu. Teprve poté bylo provedeno CT hlavy (mozku), přestože již od počátku (od přijetí k hospitalizaci) bylo řečeno, že v případě zhoršování stavu má být provedeno CT. Totéž měl konstatovat již ve středu (po hospitalizaci) neurolog MUDr. Černý. Přesto však bylo CT provedeno až v sobotu, poté co matka upadla do kómatu. CT mělo být provedeno okolo 13.30 hod., ale přes své koma byla matka přeložena na ARO až v 15.45 hod. V mezidobí matka ležela na odd. MOJ, kde se o ni měla starat MUDr. Krátká. Zde matka nebyla ani intubována ani neměla kyslíkovou masku. V době mé přítomnosti měla saturaci 92 a křečovala, což má být známka špatné činnosti mozku.*

*Po převezení na ARO byla matka zaintubována a převezena na neurochirurgickou kliniku, kde se podrobila operaci mozku – odstranění hematomu pocházejícího z krvácení do mozku. Následně musela být ještě reoperována, neboť došlo ke komplikacím. Na neurochirurgii byla matka hospitalizována cca 14 dnů, kdy po stabilizaci stavu byla opět převezena na ARO Nemocnice A. Zde je hospitalizována stále, pouze byla ještě 1x převezena na neurochirurgii k operaci lebky (ošetření operační rány – vrácení kosti). V kómatu byla matka cca 3 měsíce. Nyní je již schopna komunikovat, ale je zjevné, že je mimo realitu. Podle jejího projevu bych*

*řekl, že má i halucinace. Každopádně její stav stále není dobrý, např. matka hýbe pouze levou rukou ale ostatní končetiny má téměř nepohyblivé. Domnívám se, že během prvních dnů hospitalizace mohlo dojít k zanedbání péče ze strany lékařů, kteří měli matku na starosti, a tím i k ublížení na zdraví z nedbalosti. Proto jsem se rozhodla celou věc předat orgánům činným v trestním řízení k prověření a posouzení...“*

Jana Nováková zemřela v okresní nemocnici v A. dne 29. 7. 2012.

Následuje přehled zdravotnické dokumentace a následně její části, některé v anonymizovaných kopiích, některé ve výpisech.

Pacient: [redacted]  
 bytem: F [redacted]  
 18-20.1.2012 chirurgické oddělení [redacted]  
 20-21.1.2012 interní oddělení [redacted]  
 21.1.2012 urgentní příjem [redacted]  
 21.-27.1.2012 Neurochirurgické oddělení [redacted]  
 27.1.-10.4.2012 ARO [redacted]  
 10.4.-17.4.2012 Neurochirurgie [redacted]  
 17.4.-20.6.2012 ARO [redacted]  
 20.6.2012 Rehabilitační oddělení [redacted]  
 20.6.2012-dosud ARO [redacted]

Pacientka hospitalisována v nemocnici [redacted] od 18.1.2012, kdy přijata na chirurgické oddělení s diagnosou:  
 -kolapsový stav v.s. z hypotense  
 -otřes mozku s tržnou ránou hlavy  
 20.1.2012 přeložena na interní oddělení k došetření kolapsového stavu.  
 21.1.2012 náhle zhoršení stavu ve smyslu poruchy vědomí. Provedeno CT mozku, kde zjištěno krvácení do mozkových obalů -subdurální hematom.  
 Na Urgentní příjem/UP/ přivezena v 15 hod.40 min.k přípravě na akutní překlád na operaci [redacted]  
 V 16hod.06 min. převzata týmem rychlé lékařské pomoci/RLP/a převezena na NCHK [redacted]  
 27.1.2012 přeložena zpět [redacted] na ARO.  
 Započato s komplexní resuscitační péčí. Stav se postupně stabilisuje, takže 10.4.2012 může být přeložena k plánované operaci na NCHK [redacted]-navrácení kostní ploténky po předchozí kraniektomii.  
 Po této operaci se stav vědomí výrazně zlepšuje. Pac.se dostává do stavu, kdy je schopna komunikovat, aktivně spolupracuje při rehabilitaci, částečně sebeobslužná.  
 Po domluvě a souhlasu rodiny ve stabilisovaném stavu přeložena k pokračující rehabilitaci na Rehabilitační oddělení [redacted] dopoledne 20.6.2012.  
 Zde však ve večerních hodinách dochází k náhlému zhoršení stavu- porucha vědomí, hypotense, hypoxie, bradykardie. Posléze se rozvinul epileptický stav.  
 Jako možnou příčinu tohoto stavu je možno jenom odhadovat. Přichází v úvahu epileptický záchvat s následným zapadnutím jazyka a dušením.  
 Po této resuscitaci přijata znovu 20.6.2012 na ARO.

V současné době není nemocná schopna výpovědi. Je u ní přítomna výrazná porucha vědomí, kdy nereaguje na slovní podněty.  
 Na bolestivý podnět reaguje jen tzv. extenčními pohyby končetin a naznačenou grimasou v obličeji, což jsou prognosticky výrazně nepříznivé příznaky.  
 Tento stav vznikl již jako důsledek hypoxie-posthypoxická encefalopatie.

Diagnosy:  
 Stav po dekompresní kraniektomii pro subdurální hematom a edemem mozku.  
 Posthypoxická encefalopatie  
 Koma

[redacted] 20.7.2012

**Výpis z Propouštěcí zprávy z hospitalizace v Nemocnici A., Chirurgické oddělení, 18. - 20.1.2012:**

*„...Pacientka přijata pro pád na hlavu. Spadla doma při vaření čaje, pak už si nic nepamatuje, nezvracela. Měla nízký tlak 80/60 a pulz 43. Udává bolesti zad a hlavy. Tržná rána na těle v lok. anestezii sutura. Dle RTG Lbi: bez známek traumatu, RTG C páteře bez. zn. čerstvého traumatu. RTG plic bez patologie, RTG Th a L páteře s kompresním snížením obr. těl - ve srovnání se starším snímkem se jedná o starší změny.*

*Doplněno neurol. konzilium, kde res: stp. kolaps stavu pro hypotenzi, bradykardii, bez známek IC komplikací. Provedeno int. konzilium, kde dop. překlad k úpravě terapie a monitoraci TF na int. odd. Nyní pacientka bez potíží, bez výraznějších bolestí. Schopna překladu na int. odd. Za laskavé převzetí do péče děkujeme...“*

**Hospitalizace Interní oddělení okresní nemocnice A. – Interní oddělení – 20.1. – 21.1.2012**

Interní oddělení  
**Propouštěcí zpráva**

Str: 1

Č.chor.:

Pacient:   
bytem:   
hospitalizována od: 20.01.2012 do: 21.1.2012

**ZÁKLADNÍ ANAMNÉZA:**

PL: dr.  
Kardio:  
Rev: Dr  
Diab: Dr  
Nefro: I  
RA: otec zemřel na leukémii 2001, jinak bezvýznamná  
OA:  
Systémové onemocnění nediferenc. z okruhu SLE, s kožními projevy v anam. na kortikoterapii, dle pac. při kontrole revmatol aktivace auto-protilátek, nesnášenlivost azathioprimu  
IgA nefropathie, biopticky ověřeno, nefropathie st. 3-4 dle K/DOQI, bez proteinurie, se středně těžkou stabilizovanou retencí N-látek  
Dilatační kardiomyopatie etiol. postižení při SLE- systol. dysfunkce LK,  
- 10.6.03 SKG Brno Bohunice - koron. tepny hladkostěnné, okraj. postižení prox. RIA, ACD, preponderance ACD, RVLG - hran. LK glob. hypokontraktilitou, EF LK 37%, konzervativní postup, terapie srdečního selhání  
- ECHO 10/2011: lehce dilatovaná LK s difusní hypokinesou stěn, EF LK je na hranici normy, stopová Mi reg., relaxační porucha LK,  
Arteriální hypertenze, na ht.  
Steroidní diabetes mellitus na dietě a PAD  
Hyperlipoproteinemie, na th.  
Alergie na kontrast při IVU, na jod, Furantoin, Duracef, amoclen, Mesocain, Dolmina, Algifen, Noax, kontr.látka, Verografin  
Spiroergometrie U Sv. Anny VII/03 - Weber tř. C, V02 max 13.9ml/kg, normoton. reakce.  
Recidivující TEN, na th. LMWH (Fraxiparine retard 0.6ml)  
- 2005 tromboza VTP l. sin.  
- 10/2008 recidiva trombosy vpravo, přechodně na Warfarinu, pro komplikace při po.o. antikoagulaci na LMWH.  
- 1/09 hospitalizace na int. odd. pro organizovaný hematoma lýtky vlevo  
- 12/2009 recidiva trombózy vpravo  
- kontrolní cévní 26.8.2011, bez HŽT, doporučen Mobiven.  
Aftozní antrumbulboduodenitida -těžká, pozit H. pylor-sanován štěrbinovitá ulcerace pyloru v anam., kontrolní GFS v 09/04 normální endoskopický nález  
Asymptomatická hyperurikemie in anam.  
Depresivní sy  
Osteoporosa, fraktura L1-2 po pádu při špatném došlápnutí, terapie Bonvivou, Fosamaxem - obojí nesnáší, na densitometrii zvýšené riziko fraktur.  
Dyspnoe extrapulm etiol., minim. pozánětlivé fibrosní změny bas. bil. precip. l sin. dle plicní 10/2008  
Revmat. horečka v dětství  
FA:  
- dle pac. a správy Dr.  
MICARDIS 40 MG POR TBL NOB 28X40MG PO 1/2-0-1/2  
CARVESAN 25 POR TBL NOB 100X25MG PO 1-0-1  
MILURIT 100 POR TBL NOB 100X100MG PO 0-1-0  
MEDROL 4 MG POR TBL NOB 30X4MG PO 2-0-0  
GLYVENOL 400 POR CPS MOL 120X400MG PO 1-0-1

PROCORALAN 5 MG POR TBL FLM 56X5MG	PO 1/2-0-1/2
SORTIS 20 MG POR TBL FLM 100X20MG	PO 0-0-1
EZETROL 10 MG TABLETY POR TBL NOB 28X10MG B	PO 1-0-0
ALPHA D3 1 MCG POR CPS MOL 30X1RG	PO 1-0-0
FURON 40 MG POR TBL NOB 50X40MG	PO 1-0-0
APO-OME 20 POR CPS ETD 100X20MG	PO 0-0-1
DIAPREL MR POR TBL RET 120X30MG	PO 0-1-0

Fraxiparine forte 0.6ml á 24hod  
 A: Amoclen, Verografin, jod, Furantoin, Mesocain, Novalgin, algifen  
 Almiraal, po Noaxu zvracení, kontrastní látka Duracef

AB: neguje

BA: P- 2x spont, Ab-0, UPT-1x, menopauza od 49 let, nyní byla na  
 prevenci - vše v pořádku, mamografie na podzim 2010

PSA: bydlí sama, inv. dýchodkyně, pracovala jako zdravotní sestra

FF:

- močení bez dysurií, bez krve

- stolice hnědá, form, 1xd, bez krve, bez melény

- chuť do jídla teď nemá, váhu si drží

Alergie: Amoclen, Verografin, Jod, Furantoin, Mesocain, Novalgin, Alm

Cave:

po Noaxu zvrací

#### NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ:

Pacientka přeložena z chir. odd, kde přijata pro pád na hlavu.

Tržná rána na týle v lok. anestezii sutura. Dle RTG Lbi: bez známek

traumatu, RTG C páteře bez. zn. čerstvého trauma. RTG plic bez patologie,

RTG Th a L páteře s kompresním snížením obr. těl - se srovnání se starším  
 snímkem se jedná o starší změny.

- neurol. konzilium, kde res: stp. kopas stavu pro hypotenzi, bradykardii,  
 bez známek IC komplikací, komoce mozková

Subj. v den kolapsu jí bylo mdlo, měla TK 80/60, pulz 43, chtěla si uvařit  
 čaj, pak si už nic nepamatuje, vzbudila se asi za 1-1.5 hod, když zazvonil  
 telefon na zemi, byla jak omámená, pozvracená, pokálená nebyla, křeče  
 nebyly, šla si lehnout. Podobnou slabost už měla, cítí při tom někdy i  
 chvění srdíčka, když byly horka i v podlení době tak obden, lehne si a dá  
 si čaj a pak je to lepší.

Nyní se cítí, dobře, bolí jí hlava v místě poranění, dušnost, bolesti  
 na hrudi, palpitace neguje.

#### PŘÍTOMNÝ STAV PŘI PŘIJETÍ:

Váha : 60.00 TK : 115/ 80

Pac. při vědomí, orient., spol., normost. habitu, výž.

přim., svalstvo a kostra v normě, kůže bez ikteru a perif.

cyan., bez klidové dušnosti, turgor kožní v normě, mening.

není

Hlava: pokl. bolestivá na temeni, v okcipit.obl. tržní rána, suturována

2 stehy, kidná, bez známek zánětu, paplpační bolesti kůže v temporální

krajině, na pravém nosním křídle zlxlcm začervenání s bělavými

šupinami, uši a nos bez sekrece, zornice izok., reag. na obě  
 kvality, spojivky

prok., sklery bez ikteru, jazyk plazí středem, bělavý povlak

Krk: LU submandibul.bilat lxlcm, nebol, měkké, pohybl.,

štítnou žlázu nehm., pulzace karotid symetr.,

bez šelestu, náplň krčních žil v normě

Hrudník: dýchání alveol., čisté bilat.

akce srdeční pravid., ozvy srdeční ohr., f 86/min

Břicho: v niveau, měkké, proh., nebol., bez patol.

L: 3

rezist., játra v obl., lien nenar., tapot bil. neg.

otok v sakru není, perist+

DKK: bez otoků, varixy bilat., periferní pulsace hmatné, lýtka palp. nebol., Homans neg., hematoma na pravém lýtku v resorpci, drobné hematomy na obou předloktích v resorpci.

EKG: nekvalitní záznam končetinových zvodů, ASP, SR, f 90/min, pz V3, PQ 0.18, QRS 0.08, ST seg bez denivel, T negat. v aVR, ploše negat. ve V1-3

19.01.2012

Plíce a srdce:

Plicní křídla rozvinutá, bez zn. PNO.

Plic. parenchym je bez infiltrativních či ložiskových změn, bronchovaskulární kresba je akcentovaná, jemné dystelektázy vlevo basálně, bránice je hladká, kostofrenické úhly jsou volné.

Srdce norm. velikosti, hily cévní.

Stín mediastina není rozšířen.

Zobr. skelet intaktní.

Th páteř:

výrazné prořídnutí skeletu, esovitě vyhnutí osy, patrné kompresivní snížení obratlových těl th 11, th 12 a L1 - stp. kompres. fr. - mohou být i st. data.

Spondylosní změny.

L páteř:

lehčí pravostranné vyhnutí osy, výrazné prořídnutí skeletu, kyfotický zvrat osy. Komprese obratlů th 11,12,L1 - viz. výše.

MOŠ L4/5 užší s vakuovým fenomenem disku, spondylartrotické změny, scheuermannoidní změny.

#### VYŠETŘENÍ:

#### VÝSLEDKY BIOCHEMIE:

G

GLU-P	:	Vst. (11.04)	Výst. (7.7)	Min. (5.25)	Max. (11.04);
URE	<H>	14.0000	mmol/l		( 2 - 7.5 )
KRE	<H>	212.0000	umol/l		( 46 - 90 )
NA+	< >	141.0000	mmol/l		( 136 - 145 )
K+	< >	4.1000	mmol/l		( 3.8 - 5.4 )
CL	<H>	111.0000	mmol/l		( 98 - 107 )
BIL	< >	6.4000	umol/l		( 3.4 - 17.1 )
ALT	< >	0.3000	ukat/l		( 0.2 - 0.73 )
AST	< >	0.3700	ukat/l		( 0.17 - 0.66 )
AMYL	< >	1.4200	ukat/l		( 0 - 1.67 )
GLU	<H>	5.9900	mmol/l		( 3.33 - 5.83 )

#### VÝSLEDKY HEMATOLOGIE:

DDI-S : 2.07;

*Leukocyty	<( >	8.78	G/l	(4 - 10)
*Erytrocyty	<L>	3.35	T/l	(3.8 - 5.2)
*Hemoglobin	<L>	109	g/l	(120 - 160)
*Hematokrit	<L>	0.328	L/L	(0.35 - 0.47)
*Střední objem erytr	<H>	98.1	f1	(82 - 98)
*Hemoglobin v ery	<. >	32.5	pg	(28 - 34)
*Barevná koncentrace	<. >	331	g/l	(320 - 360)
*RDW	<H>	17	%CV	(10 - 15.2)
*Trombocyty	<( >	166	G/l	(150 - 400)

x: 4

Protrombinový test statim:

*Protrombinový test <.>	0.94	pzl	(0.8 - 1.2)
*Protrombin.test-R <.>	1.03	R	(0.8 - 1.2)
*Protrombin.testINR < >	1.04	INR	
aktiv.parc.tromb.čas STATIM:			
*Aktiv.parc.tromb.ča <(>	31.6	s	(28 - 40)
*APTT-ratio <(>	0.96	R	(0.8 - 1.2)

VÝSLEDKY RTG:

21.01.2012 1501 R D O  
MDCT mokzu nativně akutně + HR kostní mode.  
V zadní jámě lební nejsou patologické změny, IV. komora ve střední čáře, cisternální prosory jsou volné.  
Nad levou edematozní mozkovou hemisférou chronický subdurální hematoma s příměsí čerstvé krve, průměrné šíře 11 mm.  
Přetla střední čáry doprava do 14 mm.  
Kalcifikace v oblasti basálních ganglií oboustranně.  
Orbity, pyramidy, sella, PND, mastoidy i skelet kalvy bez patol. změn.  
Závěr: Edém mozku, SDchronický hygrom s příměsí čerstvé krve, přetlak střední čáry doprava do 14 mm.  
PROVEDENO 21.01.2012 14:20

VÝSLEDKY KONZÍLIÍ:

Neurologie

Anam NO: pro zhoršení stavu vědomí, bradykardie na telemetrii překlad na JIP kardio. Pozorována anizokorie s širší vlevo

Subj nelze

Obj ba oslovení O, na bolest bez reakce, na silný podnět naznačeně pronační stáčení, bulby ve středním postavení, bez abn pohybu zornice P/L 2/6, bez foto reakce, mimika se zdá sym., nasopalp., cil rr nevýb., korn +, maseterový výbavný  
krk volně, bez zn oposice šíje  
končetiny bezvládně k podložce, ršo nízké, pozitivní babinski bilat, pozitivní klonus achil bilat, meningeální jevy i dolní negativní  
res: Kvantitativní porucha vědomí u pac s SDH, akutně lakrv. do chronického, edem mozku, středočárový shift, projevy konu

Léčebně antiedem. terapie, kortikoidy, konzultace na NCH - zajištěno, snímky zaslány pacsem, telef. dr Vybíhal.

LÉKY:

Micardis, Milurit, Medrol, Glyvenol, Ezetrol, Alpha D3 lug, Furon, Apo-ome, Diaprel, Fraxiparin 0,6ml, Torecan, Paralen, Dexamed 8mg, 20% Manitol

SOUHRN HOSPITALIZACE:

Pac. přijata na interní oddělení po prodělaném kolapsu s mozkovou kontuzí k telemetrii na vyloučení kardiogenní etiologie potíží. Na telemetrii nezachycena závažnější dysrytmie. Od poledne zhoršení stavu, zvracení, diplopie, na telemetrii zachyceny úseky bradykardie. V 13:30 výrazné zhoršení stavu, profusní zvracení, překlad na monitorované lůžko, tady KP komp, spontánně dýchá, komatosní, anisokorie. Na provedeném CT chron. subdurál. hematoma s prokrvácením



## DIGNOSY:

chronický subdurální hematom se zakrvácením, edem mozku, ředočárový shift - k neurochirurgické intervenci t.p.komocí mozkové s otevř.ranou na týle 18.1.12  
systémové onemocnění nediferenc. z okruhu SLE, s kožními projevy anam. na kortikoterapii  
IGA nefropathie, biopticky ověřeno, nefropathie st. 3-4 dle K/DOQI, z proteinurie, se středně těžkou stabilizovanou retencí N-látek  
dilatální kardiomyopatie etiol.postižení při SLE- systol.dysfunkce LK, 10.6.03 SKG Brno Bohunice - koron. tepny hladkostěnné, okraj. postižení prox. RIA, ACD, preponderance ACD, RVLG - hran. LK glob. hypokontaktilitou, EF LK 37%, konzervativní postup, terapie krdečního selhání

ECHO 10/2011: lehce dilatovaná LK s difusní hypokinesou stěn, EF LK je na hranici normy, stopová Mi reg., relaxační porucha LK, Arteriální hypertenze, na ht.  
Steroidní diabetes mellitus na dietě a PAD  
Hyperlipoproteinemie, na th.  
Recidivující TEN, na th.LMWH (Fraxiparine retard 0.6ml)  
2005 tromboza VTP l. sin.  
10/2008 recidiva trombosy vpravo, přechodně na Warfarinu, pro komplikace při po.o. antikoagulaci na LMWH.  
1/09 hospitalisace na int. odd.pro organizovaný hematom lýtko vlevo  
12/2009 recidiva trombózy vpravo  
kontrolní cévní 26.8.2011, bez HŽT, doporučen Mobiven.  
Aftozní antrumbulboduodenitida -těžká, pozit H. pylor-sanován  
štěrbinovitá ulcerace pyloru v anam., kontrolní GFS v 09/04  
normální endoskopický nález  
Asymptomatická hyperurikemie in anam.  
Depresivní sy  
Osteoporosa, fraktura L1-2 po pádu při špatném došlápnutí, terapie Bonvivou, Fosamaxem - obojí nesnáší, na densitometrii zvýšené riziko fraktur.  
Dyspnoe extrapulm etiol., minim pozánětlivé fibrosní změny bas. bil. precip. l sin. dle plicní 10/2008  
Revmat. horečka v dětství  
Alergie na kontrast při IVU, na jod, Furantoin, Duracef, amoclen, Mesocain, Dolmina, Algifen, Noax, kontr.látka, Verografin

## DOPORUČENÍ:

Překlad na neurochirurgii [redacted] cestou urgentního příjmu, domluveno s dr. [redacted].  
Před převozem zajištěna intubací dýchacích cest na našem ÚP.  
Naše poslední terapie: 14:00 8mg Dexamed 1 amp iv, 20%Manitol 200ml vykapal během 45 minut  
ráno podán Fraxiparine 0,6ml sc v 7:00 + chron. medikace bez bradykardizujících léků (Carvesan + Procoralan)

94/000...  
- 95 RA UT URGENTNÍ PŘIJMUTÍ - KONTRASTNÍ -  
SAT 90 Bez PROBLEMU! INTUBACE  
VRETKY 21.1.2012  
[redacted]

**Zpráva z hospitalizace v nemocnici vyššího typu na neurochirurgii – od 21.1.  
do 27.1. 2012**

NEUROCHIRURGICKÁ KLINIKA

Oddělení

**ZÁVĚREČNÁ ZPRÁVA**

Pacient  
bytem :  
hospitalizován od : 21.01.2012 do :27.1.2012

**Anamnéza :** od pacientky nelze odebrat pro poruchu vědomí dle parere systémové onemocnění nedif. z okruhu SLE s kožními projevy, aktivace autoprotilátek, IgA nefropatie, st. 3-4 dle K/DOQI, bez proteinurie, se středně těžkou stabilizovanou retencí N-látek, dilatační kardiomyopatie při SLE, syst. dyfunkce LK, st.p. SKG 6/2003 s postižením prox. RIA, preponderance ACD, RVLG hran. LK s glob. hypokontraktilitou, EF LK 37%, stopová Mi reg, relaxační porucha LKD dle echo srdce 10/2011, hypertenze na medikaci, steroidní DM na dietě a PAD? HLP, recidivující TEN, na th. LWMH - Fraxiparine 0,6 ml s.c., st.p. trombózy VTP l.sin., st.p. recidivě 10/2008, pechodně na warfarinu, pro komplikace převedena na LWMH, hematoma lýtky 1/2009, st.p. recidivě trombózy 12/2009, st.p. aftózní antrumbulbitidě těžké s pozitivní HP - sanováno, asymptomatická hyperurikémie, depresivní syndrom, osteoporóza, st.p. fraktury L1/2, dyspone extrapulmonární etiologie, st.p. revmatické horečky v dětství  
medikace Micardis 40 1/2-0-1/2, Carvesan 25 1-0-1, Milurit 100 0-1-0, Medrol 4 2-0-0, Glyvenol 400 1-0-1, Procoralan 5 1/2-01/2, Sortis 20 0-0-1, Ezetrol 10 1-0-0, Alpha D3 1-0-0, Furon 40 1-0-0, Apo-ome 20 0-0-1, Diaprel MR 0-1-0, Fraxiparine 0,6 ml s.c. á 24 hod.

**Alergie :** Amoclen, Verografin, Jod, Furantoin, Mesocain, Novalgin,

**NO :** Pacientka přijata na chirurgii dne 18.1.2012, kam přijata po pádu s tržnou ránou na hlavě jako komoce mozku. Pro susp. kolapsový stav jako příčinu pádu přeložena na kardiologii, kde dnes ráno postupně zhoršení stavu až do komatu, anizokorie vlevo, na CT mozku akutní sdh vlevo s přesunem středočárových struktur. Pacientka přeložena k operaci cestou UP, kde rozvoj oboustranné mydriázy, urgentně svezena na operační sál a ze sálu přijata na naši kliniku.

**Status praesens :** Pacientka v komatu, gsc 3 body, zornice 2/5, levá širší, bez fr, anikterická, bez cyanózy, hlava s obvazem po dekompresivní kraniektomii, tržná rána okcipitálně drobná, krk bpn, hrudník bpn, dýchání symetrické bilat., akce srdeční pravidelná, břicho měkké, prohmatné, nebolestivé, sufuze menší na stěně, vs po aplikaci LWMH, bez rezistence a perit. dráždění, tapot. bilat. negat., páteř bpn, dkk s ojedinělými varixy, klidné, bez známek trombózy.

**Vyšetření :**

**VÝSLEDKY HEMATOLOGIE:**

WBC : Výst.(12.8); RBC : Výst.(3.03); HGB : Výst.(90.3); HCT :  
Výst.(0.26); PLT : Výst.(105);

### Z á v ě r e ě n á z p r á v a

INR : Výst.(0.91); PTs : Výst.(13.1); PTR : Výst.(0.93); Fbg : Výst.(3.9);  
apTR : Výst.(1.07); apTs : Výst.(35.9); TTs : Výst.(18.6); AT3 :  
Výst.(105); D-di : Výst.(1.39); RepT : Výst.(17.1); Lýza : Výst.( > 180  
min); aXa : Výst.(0.19);

### VÝSLEDKY BIOCHEMIE:

Urea : Výst.(15.5); Kreat. : Výst.(163); CB : Výst.(52.5); Glukóz :  
Výst.(9.2); CRP : Výst.(57.5); Na : Výst.(138); K : Výst.(4.5); Cl :  
Výst.(102); Osmol. : Výst.(294); Albumi : Výst.(28.9);

22.01.2012 B DTC OKH Hematolog. amb.1K

Tel. konz. pro Dr. [redacted]

dle dok. polymorbidní pacientka - SLE, nefropatie atd.  
tč. po pádu a kraniotraumatu, včera po NCH operaci pro SD hematom,  
výrazné krvácení už ke konci operace a po operaci do obvazů.  
Tč. vzhledem ke krv. projevům a opětnému naplnění SD znovu nutný  
zákrok - zn. profuzního krvácení

#### Laboratorní nález:

vstupní 21.01.2012 22:00  
PT 15.8 s 1.14 R Fbg 1.8 g/l aPTT 1.57 R 52.00 s  
AT III 72.00 % D-Dimery(LIA) 1.70 ug/ml (0 - 0.5)  
Leu 7.26 x10<sup>9</sup>/l Ery 1.62 x10<sup>12</sup>/l Hb 56.4 g/l Hkрит 0.160 l/l  
Trombo 101.0 x10<sup>9</sup>/l

Datum a as odběru: 22.01.2012 06:00

Leu 20.40 x10<sup>9</sup>/l ery 2.59 x10<sup>12</sup>/l Hb 80.6 g/l Hkрит 0.23 l/l  
Trombocyty 49.7 x10<sup>9</sup>/l

Datum a as odběru: 22.01.2012 06:00

PT 16.2 s 1.17 R Fibrinogen 1.7 g/l aPTT 1.26 R - 41.70 s  
Trombinový čas 22.6 s AT III 65.00 % D-Dimery(LIA) 1.03 ug/ml  
Reptilazový čas 17.1 s

**Res:** kombinovaná koagulopatie - vs. kombinace trauma,  
zákrok, dluční + základní dg.

**Dopor:** vzhledem k nch krvácení je jednoznančná indikace  
substituce trombo koncentráty, ČZP, ev. i susbtituce AT.  
Z vitální indikace lze podat i Novo Seven v dávce odpovídající  
hmotnosti pacientky. Pokud bude podání nutné, vhodná aplikace časově  
v co nejkratším intervalu před zákrokem - následná subtituce potom  
dle klinického stavu a ak. laboratoře (KO, trombo, PT, aPTT, fbg,  
D-di). Po zklidnění krvácení vhodné zvážít antitrombotickou  
prevenci.

Naše kontrola dle potřeby.

Počátek: 22.01.2012 12:37

24.01.2012 B DTC OKH Hematolog. amb.1K  
Hematol. konsilium u lůžka:

18.1.2012 pád, hosspit. v [redacted], doš. kolaps, pak neurol. sympt.,  
zjištěn SDH, přeložena na Neurochir. kliniku. Nyní pac. hospital. na  
Neurochir. JIP - traumat SDH, 21.1.2012 po přijetí evakuace,  
trepanace, následně již na konci oper. výkonu a po něm exces.  
krvácivost, význ. pokles v KO, další den tedy nutná revize, masivn  
ítransfuzní terapie vzhledem k poklesu v KO a rozvoji koagulopatie  
kombin. etiolo. (diluční, vliv traumatu, komorbidit) - opak. EBR, MP,  
traombokonzentráty, Dicynone. Po oper. revizi a další evakuaci  
hematomu nyní stabilní KO, koag., bez utnosti transf. terapie od  
výkonu. Současně ale nyní progresse renal. insuf. (i komorbidit -  
SLE, IgA nefropatie)...

Anam.:

od pacientky nelze odebrat pro poruchu vědomí  
dle parere systémové onemocnění nedif. z okruhu SLE s kožními projevy,  
aktivace autoprotilátek, IgA nefropatie, st. 3-4 dle K/DOQI, bez  
proteinurie, se středně těžkou stabilizovanou retencí N-látek,  
dilatační kardiomyopatie při SLE, syst. dyfunkce LK, st.p. SKG 6/2003 s  
postižením prox. RIA, preponderance ACD, RVLG hran. LK s glob.  
hypokontraktilitou, EF LK 37%, stopová Mi reg, relaxační porucha LKD  
dle echo srdce 10/2011, hypertenze na medikaci, steroidní DM na dietě a  
PAD? HLP, recidivující TEN, na th. LWMH - Fraxiparine 0,6 ml s.c.,  
st.p. trombóze VTP l.sin., st.p. recidivě 10/2008, pechodně na  
warfarinu, pro komplikace převedena na LWMH, hematom lýtka 1/2009,  
st.p. recidivě trombózy 12/2009, st.p. aftózní antrumbulbitidě těžké s  
pozitivní HP - sanováno, asymptomatická hyperurikémie, depresivní  
syndrom, osteoporóza, st.p. fraktuře L1/2, dyspnoe extrapulmonární  
etiologie, st.p. revmatické horečky v dětství  
medikace Micardis 40 1/2-0-1/2, Carvesan 25 1-0-1, Milurit 100 0-1-0,  
Medrol 4 2-0-0, Glyvenol 400 1-0-1, Procoralan 5 1/2-01/2, Sortis 20  
0-0-1, Ezetrol 10 1-0-0, Alpha D3 1-0-0, Furon 40 1-0-0, Apo-ome 20  
0-0-1, Diaprel MR 0-1-0, Fraxiparine Forte 0,6 ml s.c. á 24 hod.  
Alergie: dle dok. esocain, amoclen, verogalin, jjod, furantoin,  
duracef, dolmina,

Akt. medikace:

diaprel, Dicynone 2amp. á 6h., helacid, hydrocortison, micardis,  
cervesan, milurit, medrol, glyvenol, insulin kont., Fraxiparine  
kont. i.v. 0.4ml/24h, NRA, fetanyl, dormicum, procarolan, sortis,  
vit. D, ezetrol

Subj.: nelze

Obj.: na dýchači, zaintubována, nekontaktní, hlava a krk oteklé,  
periorbitální otoky a exantem, břicho nad niveau, orient. bez  
organomegal., DKK bez otoků, na kůži bez krvác. projevů.

Posl. labor.:

VÝSLEDEK VYŠETŘENÍ Z HEMATOLOGIE

Datum a as odběru: 24.01.2012 06:00

Vyšetření	Výsl.	Jedn.	Meze/koment.
Protrombin.čas	0.98	INR	(0.8 - 1.2)
Protrombin.čas	13.9	s	(12 - 17)
Protrombin.čas	0.99	R	(0.8 - 1.2)
Fibrinogen	3.8	g/l	(1.8 - 3.5)
aPTT -ratio	1.13	R	(0.8 - 1.2)
aPTT s	37.80	s	(28 - 42)
AT III	98.00	%	(80 - 120)

Datum a as odběru: 24.01.2012 06:00

Vyšetření	Výsl.	Jedn.	Meze/koment.
Leukocyty	13.00	x10 9/l	(4 - 10)
Erytrocyty	3.39	x10 12/l	(3.8 - 5.4)
Hemoglobin	101.0	g/l	(120 - 160)
Hematokrit	0.290	l/l	(0.35 - 0.46)
Střední objem ERY	86.4	fL	(84 - 96)
Trombocyty	121.0	x10 9/l	(150 - 350)
Stř. množství HGB v	29.8	pg	(28 - 34)
Prům. koncentrace HG	345.0	g/l	(320 - 370)
Šíře distribuce ERY	13.4	%	(10 - 15.2)

Střední objem trombo	9.01 fl	(7.8 - 11)
Trombocytový hematok	1.09 ml/l	(1.21 - 3.5)
Šíře distribuce trom	16.60 %	(15.5 - 17.1)

KOMENTAR Změna oproti předešlému.

BIOCHEMICK VYŠETŘENÍ : 24.01.12 06:00  
Urea 11.8 mmol/l, Kreat. 195.0 umol/l, Na 143 mmol/l,  
K 4.3 mmol/l, Cl 107 mmol/l, Osmol. 298 mosm/kg,  
Glukóza 4.5 mmol/l, CRP 82.3 mg/l,

**Res:**

SDH po traumatu

- stp. trepanaci, evakuaci 21.1.2012 s násl. krvácivostí a nutností oper. revize 22.1.2012 při současné diluci v KO, koag., susp. i trombocytopatii při chron. komb. nefropatii, vliv LMWH, fragility cév při chron. kortikoterapii a věku, další vlivy?
- nyní stabilizace stavu po oper. revizi a masivní transf. terapii

Lehká leukocytoza vs. reakt., anemie a trombocytopenie domin. vs. nyní poztrátová

Renal. insuf. progred. (IgA nefropatie, SLE, DM dle dok., kard. komorbidita...)

- další komorbidita viz výše

**Dopor:**

Nyní vhodné doplnit a dále pravidelně sledovat vyš. anti-Xa aktivity k vyl. kumulace LMWH, ev. upravit dávku (zredukovat - cca 0.3ml/24h.) Fraxiparine v rámci profylaxe TEN, není-li jiné (kardiol. indikace). Dále frekventní sledování vývoje KO, koag. s AT, DD. Nadále Dicynone jak zavedeno. Zítřka lze elekt. doplnit vyš. PFA 100 (spec. zkumavka, k disp. na kl. 2637, vzorek donést do lab. osobně, neposílat potr. poštou), euglob. lýzu. I tak může být další šetření zresleno aplik. transf. terapií.

Doš. a th. renal insuf. dle možností (ovlivňuje funkci Trc i kumul. medikace). Cevní fragilitu lze zkusit ovlivnit ascorutinem.

Při potížích, krvácivosti či nové patologii koag. naše konzultace dp. s aktual. výsledky.

24.01.2012 B IGEK nefrologická ambulance  
Prosím o zhodnocení renálních funkcí u pacientky s chronickou renální insuficiencí.  
Děkuji

-----  
Nefrologické konzilium.

od pacientky nelze odebrat pro poruchu vědomí

dle parere systémové onemocnění nedif. z okruhu SLE s kožními projevy, aktivace autoprotilátek, IgA nefropatie, st. 3-4 dle K/DOQI, bez proteinurie, se středně těžkou stabilizovanou retencí N-látek, dilatační kardiomyopatie při SLE, syst. dyfunkce LK, st.p. SKG 6/2003 s postižením prox. RIA, preponderance ACD, RVLG hran. LK s glob. hypokontraktilitou, EF LK 37%, stopová Mi reg, relaxační porucha LKD dle echo srdce 10/2011, hypertenze na medikaci, steroidní DM na dietě a PAD? HLP, recidivující TEN, na th. LWMH - Fraxiparine 0,6 ml s.c., st.p. trombóze VTP l.sin., st.p. recidivě 10/2008, pechodně na warfarinu, pro komplikace převedena na LWMH, hematoma lýtky 1/2009, st.p. recidivě trombózy 12/2009, st.p. aftózní antrumbulbitidě těžké s pozitivní HP - sanováno, asymptomatická hyperurikémie, depresivní syndrom, osteoporóza, st.p. fraktury L1/2, dyspone extrapulmonární etiologie, st.p. revmatické horečky v dětství

Str: 5/9

FA: Micardis 40 1/2-0-1/2, Carvesan 25 1-0-1, Milurit 100 0-1-0,  
Medrol 4 2-0-0, Hydrocortison 100mg inj á 8hod, Glyvenol 400 1-0-1,  
Procoralan 5 1/2-01/2, Sortis 20 0-0-1, Ezetrol 10 1-0-0, Alpha D3  
1-0-0,  
Furon 20 1/2-0-1/2, Helicid 20 0-0-1, Diaprel MR 0-1-0,  
Fraxiparine 0.4/24h, kontin. HMR, kontin. NA, Fentanyl, Dormicum,  
Dicynone lamp á 6h, Glu 5%  
Alergie: Amoclen, Verografin, Jod, Furantoin, Mesocain, Novalgin,  
Cave: Duracef, Dolmina, Algigen, Noax

NO: Pacientka přijata na neurochir. kl. JIP, přeložena z chirurgie  
dne 18.1.2012, kam přijata po pádu s tržnou ránou na hlavě jako komoče  
mozku. St.p. op. subdurálního hematomu + st.p. revizi pro masivní  
krvácení z rány. Subj. nelze

Obj.: TK 140/91 TF 44/min!!! pac. na kontin NA!!! Sat.O2 95%  
Pac. na ŘV, tlumená, kontin. katecholaminy, NGS, CVK v. sbl. dx.,  
PMK, ASP, šelest neslyším, bradykardie, dých. alv., čisté, bez vdf,  
na řízené vent., břicho (pac. napolohována na pravém boku) klidné,  
bez rezistencí, DKK bez otoků, elast. punčochy

-Telef. konzultace s ošetřujícím nefrologem  
:posl. kontrola v 12/2011 kdy Ure 19,4 Kre 215, dlouhodobě  
stabilis. f-ce  
-SLE sledována v revmatolog. amb. Dr.

#### Výsledky:

\*Bilance tek. z 23.1.: PT 3800ml, VT 2700ml  
BIOCHEMICK VYŠETŘENÍ : 24.01.12 09:41 CB 52.5 g/l, Albumin 28.9 g/l,  
BIOCHEMICK VYŠETŘENÍ : 24.01.12 09:17  
Uhustota 1.015, U-pH 8.0, U-CB 1 arb.j.,  
UDusit. negativní, ULeuko 0 arb.j.,  
UGlukóza normální nález, UKeto 0 arb.j.,  
UUobil. normální nález, UBilir. 0 arb.j., UKrev +-,  
Ery-mikr 0 /ul, Leu-mikr 0-15 /ul, Vál.hyal 0 /ul,  
Vál.gran 0 /ul, Vál.leu 0 /ul, Epi.dlaž 0-15 /ul,  
Epi.kul. 0-3 /ul,  
BIOCHEMICK VYŠETŘENÍ : 24.01.12 06:00  
Urea 11.8 mmol/l, Kreat. 195.0 umol/l, Na 143 mmol/l,  
K 4.3 mmol/l, Cl 107 mmol/l, Osmol. 298 mosm/kg,  
Glukóza 4.5 mmol/l, CRP 82.3 mg/l,

Datum a as odběru: 24.01.2012 06:00

Protrombin.čas	0.98 INR	(0.8 - 1.2)
Protrombin.čas	13.9 s	(12 - 17)
Protrombin.čas	0.99 R	(0.8 - 1.2)
Fibrinogen	3.8 g/l	(1.8 - 3.5)
aPTT -ratio	1.13 R	(0.8 - 1.2)
aPTT s	37.80 s	(28 - 42)
AT III	98.00 %	(80 - 120)

Datum a as odběru: 24.01.2012 06:00

Leukocyty	13.00 x10 <sup>9</sup> /l	(4 - 10)
Erytrocyty	3.39 x10 <sup>12</sup> /l	(3.8 - 5.4)
Hemoglobin	101.0 g/l	(120 - 160)
Hematokrit	0.290 l/l	(0.35 - 0.46)
Střední objem ERY	86.4 fL	(84 - 96)
Trombocyty	121.0 x10 <sup>9</sup> /l	(150 - 350)

RES: Chron. renální insuficience, CKD III, v dispenzarizaci nefrologie Břeclav - Dle dok. IgA nefropatie  
--t.č. stabil. retence N- látek ( v porovnání s dokumnetací)  
+ ostatní dg. viz výše

Dop.:T.č. z medikace vysadit Diaprel MR, Helicid, Carvesan, Milurit, Glyvenol, Sortis, Alpha D3, Ezetrol, Micardis, Furon. Pokud nebude nutné kontin. podávání katecholaminů a u pac. bude sklon k hypertenzi, poté možno vrátit zpět Micardis 40 (začít 1/2tbl.). Stran podávání Procoralanu vhodná telef. konzultace kardiologa, u pac. bradykardie!! Chron. medikaci vracet zpět po úpravě klin.stavu.

:V medikaci ponechat Medrol 4mg 2-0-0. Pokud je hydrocortison podáván z důvodu útlumu osy nadledvin, postačuje dávka 100mg /den (po telef. konzultaci s endokrinologem Dr.Starý), kompenzace glykemií kontin. inzulinem, diuretika vhodné t.č. v iv formě dle bilance tekutin (zkusit dávku furosemid 20mg á 8hod ev. úprava dle bilance a klin. stavu). Helicid I.v. Snaha o vyrovnanou bilanci tekutin, pac. s depresí EF!!Cave na hyperhydrataci! Zajištění parenterální výživy.

:Z nefrolog. hlediska t.č zcela stabilisované hodnoty ren. parametrů, posl. kontrola u oš. nefrologa ( )  
Ure 19.4 Kre 215, vzhledem k závažnému klin. stavu může dojít k další progresi retence N-látek. Vzhledem k nefropatii nutné pravid. kontroly anti-Xa!!(vzhlede k terapii LMWH). Pokračovat v sledování bilance tekutin, CŽT, ureu, kreat, ionty, CRP. V případě podávání ATB nutná konzultace s ATB střediskem a redukce dávek vzhledem k renál. insuficienci.

Naše kontrola dle p., při výrazné progresi N- látek ihned.

22.01.2012 B Prac.zobraz.metod: CT

MDCT mozku ( nativ ):  
Poslední vyš. 21.1.2012.

Vyš. od base lební po vertex, kostní HR přepočet.

V mozečkových hemisférách a kmeni mozkovém neprokazují čerstvé patologické denzity, nejsou projevy expanze. Čtvrtá komora není stranově posunutá, je normálně konfigurovaná. Kouty mostomozečkové jsou volné, vnitřní zvukovody nejsou rozšířené. Cisternální prostory kolem kmene mozkového a na basi lební jsou volné a prokreslené.

Hypofýza není zvětšená. Orbits bez patologických denzit intra i extrakraniálně.

Stav po dekompresní kraniektomii vlevo, v rozsahu defektu kalvy se rozprostírá a extrakraniálně se vyklenuje objemný částečně koagulovaný hematoma ( drén in situ ), který komprimuje mozkovou hemisféru a dislokuje středočárové struktury doprava až o 2 cm. Stratifikace mezi bílé a šedé hmoty mozkové je setřelá.

Levá postranní komora je komprimovaná, pravá je lehce hydrocefalicky rozšířená. Zevní likvorové prostory jsou zašlé vlevo, vpravo téměř nečitelné.

V HR kostním modu stav po dekompresní kraniektomii F-T-P.

Z á v ě r:

Stav po dekompresní kraniektomii. Rozsáhlý, částečně koagulovaný hematoma zaujímající prostor defektu kalvy, který komprimuje intrakran. obsah, především levou mozkovou hemisféru, způsobuje posun středočárových struktur doprava.

Edém mozkový.

Str: 7/9

MUDr.

23.01.2012 B Prac.zobraz.metod: CT

MDCT mozku ( nativ ):

Poslední vyš. 22.1.2012.

Vyš. od base lební po vertex, kostní HR přepočet.

V mozečkových hemisférách a kmeni mozkovém neprokazují čerstvé patologické denzity, nejsou projevy expanze. Čtvrtá komora není stranově posunutá, je normálně konfigurovaná. Kouty mostomozečkové jsou volné, vnitřní zvukovody nejsou rozšířené. Cisternální prostory kolem kmene mozkového a na basi lební jsou volné a prokreslené. Hypofýza není zvětšená. Orbity bez patologických denzit intra i extrakraniálně.

Stav po dekompresní kraniektomii vlevo, st.p. evakuaci SDH, ve srovnání regrese, dnes šíře max. 19 mm. Rozsáhlé hypodenzní arey vlevo P-T-O a v oblasti thalamu, v povodí a. cerebri posterior. Frontobasálně vlevo stac. prokrvácená kontuze.

Zmírnění přesunu středových struktur doprava- nyní cca o 7 mm, lepší prokreslení předního rohu postranní komory, zadní roh stále zaniklý. Zevní likvorové prostory bilat. lépe prokresleny. V HR kostním modu stav po dekompresní kraniektomii F-T-P, zaveden drén do subdurálního hematomu

Z á v ě r:

Stav po dekompresní kraniektomii. St.p. evakuaci subdurálního hematomu v místě kraniotomie. Zmírnění přetlaku doprava, lepší prokreslení zevních likvorových prostor. Rozsáhlé hypodenzní arey P-T-O vlevo- v.s. ischemické změny v povodí a. cerebri posterior l.sin. Stac. kontuze frontálně vlevo.

dr.Sedláková

25.01.2012 B Prac.zobraz.metod: CT

MDCT mozku ( nativ ):

Poslední vyš. 23.1.2012.

Vyš. od base lební po vertex, kostní HR přepočet.

V mozečkových hemisférách a kmeni mozkovém neprokazují čerstvé patologické denzity, nejsou projevy expanze. Čtvrtá komora není stranově posunutá, je normálně konfigurovaná. Kouty mostomozečkové jsou volné, vnitřní zvukovody nejsou rozšířené. Cisternální prostory kolem kmene mozkového a na basi lební jsou volné a prokreslené.

Hypofýza není zvětšená. Orbity bez patologických denzit intra i extrakraniálně.

Stav po dekompresní kraniektomii vlevo, st.p. evakuaci SDH, EDH. Kolekce pod kožním krytem v mezidobí parc. regredovala. Rozsáhlá hypodenzní arey vlevo P-T-O a v oblasti basálních gangliích. Frontobasálně vlevo stac. prokrvácená kontuze.

Stac. přesun středových struktur doprava o 7 mm.

V HR kostním modu stav po dekompresní kraniektomii F-T-P, zaveden drén do subdurálního hematomu

Z á v ě r:

Stav po dekompresní kraniektomii. Opakované evakuaci SDH a EDH. Parc. regrese kolekce pod kožním krytem vlevo.



Ischemie v povodí ACP l.sin. cca stac. rozsahu.  
Stac. kontuze frontálně vlevo.  
MUDr. [redacted]

Operace :

Dne 21.01.2012 craniotomia decompressiva, plastica durae matris  
Dne 22.01.2012 revisio operativa, evacuatio haematomatis, haemostasi

Průběh hospitalizace :

Pacientka s akutním subdurálním hematomem, v komatu, dle údajů z UP [redacted] bilat. mydriasa, urgentně operována. V závěru operace již profuzní krvácení, z měkkých tkání, z úst i nosu, masivně hrazeno, konzultace hematologa, postupováno dle ordinace-krevní deriváty, ČMP, Dicynone. Po operaci anisokorie vlevo, dále tlumena, UPV. Tlak s podporou NRA. Na základě kontrolního CT z 22.1.2012 příprava dle doporučení hematologa, substituce trombocytů, na sále revize a evakuace hematomu. Dále již bez dramatických krvácivých projevů, ztráty dohrazeny-viz.konzilia výše.

Od 22.1.2012 tlumena, UPV, zornice 2/2 mm, tlak s podporou NRA, dávky se snižují, renální funkce uspokojivé. Sat O2 trvale nad 94%, hodnoty ABR uspokojivé.

Od 24.1.2012 bez tlumení, podvoluje se řízené ventilaci, zornice isokorické 2/2, na algický podnět flexe PHK, na DKK spíše extenze, kvadruspasticitata. kardiopulmonálně stabilní, afebrilní, CVT 8-12. NGS funkční, podáván Diason 1500 ml/24 hod.

Převazy-rána klidná, stehy ponechány, kožní lalok v niveau.  
Rehabilitace-pasivně LTV na lůžku, basální stimulace.

Medikace :

medrol 4mg tbl. 2-0-0, Furosemid 20mg iv 1-0-1, Degan iv 1-1-1, Paxirasol iv 1-1-1, geratam 3g iv 1-1-1, Cerebrolysin iv 1-0-1, Aktiferin sir. 10 ml p.o. 1-0-1, fraxiparine 0.3 ml kont./24 hod., NRA kont.dle TK, HMR 50 j v 50 ml FR kont.dle gly, výživa Diason 1500 ml /24hod.

Diagnóza :

- S0650 Akutní subdurální hematom F-T-P l.sin., st.p.dekompresní craniectomii a revizi pro hematon při koagulopatii a trombocy St.p.mozkové komoci, VCL reg.O
- J960 Akutní respirační selhání UPV 21.1.-27.1.2012
- R402 Arteficiální koma
- R263 Imobilita
- Z991 Závislost na respirátoru 21.-27.1.2012
- D65 Disemin.intravaskul.koagulace v časném pooper.období 21.1.2012
- D500 Sekundár.chr.posthemor. anémie
- M328 Systémové onemocnění nedif.z okruhu SLE, s kožními projevy v anamn.na kortikoterapii
- N028 IgA nefropatie, biopticky ověřeno, se středně těžkou stabilizovanou retencí N látek.
- I420 Dilatační kardiomyopatie při SLE, EF LK 37%, ECHO 10/2011 lehce dilatovaná LK s difusní hypokinesou stěn, EF LK je na hranici n Mi reg, relaxační porucha LK.
- I10 Esenciální (prim.) hypertenze
- E137 Steroidní diabetes mellitus na dietě a PAD
- E785 Hyperlipoproteinémie ,na th.
- I269 St.p.embolizaci do plic v 2011 dle doplnění anamnesy dcerou
- I803 recidivující TEN, na th.LMWH
- K210 Aftozní antrumbulboduodenitida, pozitivní H.pylor-sanován

Z a v ě r e c n á z p r á v a

E790 Hyperurik.bez zánět.art.a tofů  
F329 Depresivní sy v anamn.  
M8100 Postmenopauzální osteoporóza;mnohočetné lokalizace  
T887 Polyvalentní alergie  
I958 hypotenze s nutností podpory oběhu katecholaminy  
S0670 Nitroleb.poranění s prodl.bezvěd.;neotevřená rána  
Dyspnoe extrapulm.etiol.,minimum pozánětlivé fibr.změny  
bas.bilat.,praecip.l.sin.dle plicní 10/2008  
Revmatická horečka v dětství

Doporučení :

Pacientku předáváme do další laskavé péče oddělení ARO nemocnice [redacted]  
Za převzetí pacientky a spolupráci děkujeme.  
Vhodná intenzivní rehabilitace,basální stimulace,péče o vnitřní prostředí  
a ostatní parametry s přihlédnutím k přidruženým chorobám.Snaha pacientku  
odtlumit a odpojit od ventilátoru.ETK dnes 7.den.  
Podstatná část chronické medikace u nás vysazena,po stabilizaci stavu  
potřebné léky znovu nasadit.  
Stehy ex.14.poop.den,t.j. 5.2.2012.  
Kontrolní CT plánovaně netřeba,poslední dvě kontroly uspokojivé.  
Při zvažování plastiky klavy(tato je u nás na tkáňové bance),nutno provést  
kontrolní CT a naši konzultaci.  
Terapie LMWH dle vašich zvyklostí.  
naše poslední medikace viz.výše.  
Dcera pacientky informována o průběhu onemocnění,jeho prognóze i překladu  
na sektor.ARO.  
Povinné hlášení odesláno nebylo.

Původní snímková dokumentace byla vrácena pacientovi. Snímková  
dokumentace provedená za hospitalizace na naší klinice byla ponechána  
v archívu FN [redacted],snímky vypáleny na CD a odeslány s pacientkou.  
Byl indikován převoz RZP s lékařem vzhledem k základnímu onemocnění a  
aktuálnímu stavu pacientky-koma,UPV,vasopresory.  
Zprávy pro praktického lékaře (uvedeno na první straně chorobopisu),  
pro spádového neurologa uvedenému v parere a pro všechny specialisty  
na základě údajů uvedených v parere od těchto specialistů byly  
předány pacientovi.  
Pacientka nepodepsala souhlas s hospitalizací,je osvobozena od úhrady  
regulačního poplatku.

V Brně dne 27.01.2012

## Nemocnice A. – ARO, 27.1. – 10.4.2012

### SOUHRN HOSPITALIZACE:

27.1.2012 přijata plánovaně překladem z JIP B NCH [REDAKCE], jako stav po kraniotomii 21.1.2012 pro subdurální hematom  
Pac. s počátku komatosní minimální reakcí, jen ve smyslu grimasy.  
pro nutnost dlouhodobé UPV s poruchou vědomí provedena 30.1.2012 TS.  
Postupné odpojování, opakované výměny atb, vysazení vasopresorů.  
Posledních 14 dnů již jen na PS. Od 28.2. zhoršení ventilace i vědomí, proto přechodně na PS, kontrol. CT mozku s regresí hematomu i edematozních změn, popisovány zánětlivé změny ve sphenoid. sinu a oblasti středního, ORL konzilium, paracenteza, odebrány kultivace které

negativní, v labor. leukocytoza, bez vývoje, ale nízká hladina CRP, pac. na kortikotp., odebrány kontrol. hladiny kortizolu (norma) a zjištěna nízká hladina FT3, FT4, do medikace přidán euthyrox, pokračujeme v RHB, odpojování, ATB lok, kontrola hladiny digoxinu. stav vědomí bez zlepšení, přetrvává hluboké koma, na kontrolním CT mozku z 5.3 bez zn. zhoršení, bez teplot, odpojovaná, NCHK konzultace ohledně event. vrácení kostní ploténky plánovaná po 10.3. Včera po kanylaci v. subcl. vlevo, večer zjištěna ktrev v zevních zvukovodech dnes ORL konzilium na obou předloktích defekty po vpiších. Nyní nově progrese stavu, komb. acidóza, rozvrat vnitřního prostředí a minerálů, febrilie, zvýšení zánětl. markerů, trombocytopenie, přechodně na vazopresorech, na RTG plic atelektáza, provedena bronchoskopie, bez výraznějších zánětl. změn, kultivace z moči a ze sputa s nálezem Klebsiella pn., Proteus mirab., Pseudomonas aer., změna ATB za Tazocin, dnes kontrolní CT mozku nativně a na GFS proveden PEG, stav vědomí - na oslovení a taktilní podnět otevírá oči, jinak nevyhoví, vzhledem ke zhoršení stavu vrácení ploténky přeloženo na 10.4.12. Pacientka t.č. na oslovení otevírá oči, vyplázne jazyk, unaví se, svalová atrofie, rehabilitace vojtovou metodou, basální stimulace. výživa do PEG, CRP dnes 23, bez leukocytozy, tracheostomie, spont. ventilace přes T kus, poslechově čisté, KP komp., při překladu TK 120/80 P 80/min, SR. Afebrilní. Po tel. domluvě s dr. [REDAKCE] překlad na NCH [REDAKCE] JIP-A. Převoz prostřednictvím BL + lékař s dohledem. Z int. hlediska výkonu schopna ASA III, viz int. zpráva.

### DOPORUČENÍ:

poslední medikace:

5. den Biseptol tbl 480 mg 2 tbl p.o. 9-21, Clexane 0,4 ml s.c. 21  
Medrol 4 mg 2x1, Geratam 1200 mg 2x2, Salfalk 500 m 3x1, Dilatrend 6,25 2x1/2, Hydrochlorthiazid 1x1, Biopron 2x1, Euthyrox 50 lxl, Helicid 20 1x1

kape P-LG5% 1000 ml 50 ml/hod

D- PEG strava, tekutiny a kašovitá strava p.o.

ranní léky dostala

originál KS a CD CT mozku s sebou

## **Neurochirurgie 10.4.2012 – 17.4.2012, navrácení kostní ploténky – souhrn hospitalizace**

Průběh hospitalizace:

*12.4. provedena v CA operace – replantace kostní ploténky. Operace bez komplikací. V pooperačním období rovněž bez komplikací, neurologický stav bez podst. vývoje – pacientka na oslovení otevře oči, na KK náznak stisku bilat. Operační rána klidná.*

## Nemocnice A. – ARO, 20.6. – 29.7.2012

### SOUHRN HOSPITALIZACE:

Z předchozích hospitalizací:

Pacientka přijatá z NCH ~~Bohumilov~~ po reimplantaci kostní ploténky vlevo.St.p. evakuaci SDH a dekompresní kraniektomií z 20.1.2012, porucha vědomí iniciálně až charakteru komatu. Reimplantace bez komplikací, postupně zlepšující se stav vědomí, komunikuje, snaží se spolupracovat, poznává barvy, známé. Intenzivní RHB, počátku výrazná svalová hypotonie, postupně se zlepšující se aktivní hybnost na HKK, DKK. Přeléčené opakovaně respir. i močová infekce dle kultivací. Výživa kombinovaná per os + PEG. Pokroky stran RHB, zlepšující se kognitivně fce. Spont. ventilaci přes TSK zvládá, 17.5. detracheostomována, po několika hodinách pro narůstající resp.insuf provedena minitracheostomie, ORL konzilium s nálezem susp. subglottické stenózy. Minitracheostomie po zlepšeném kontrolním ORL nálezu zrušena, spont. ventilaci zvládá bez potíží. 5.6. zrušen PEG, plná perorální nutrice, diabetický režim. Celkově stav stabilizovaný, zavedena chron. medikace,

afebrilní. Domluven předběžně překlad na RHB lůžka k pokračující intenzivní RHB. Kontrolní CT mozku před překladem -nález stacionární. EEG-výsledek viz NIS. Pacientka a rodina o překladu informovaná, souhlasí. Výhledově v plánu pobyt v RHB středisku ~~středisku~~,

Současná hospitalizace:

Dne 20.6. večer přeložena z RHB po cca 6 hodinách na RHB večer porucha vědomí, hypotenze a zástava a dechu nejasné etiologie, krátká KPR, obnova oběhu, CT mozku bez nové patologie, objevují se tonicko klonické projevy epilepsie, do mediakace antielpileptika, notno navyšovat dávkování. Kontrol.EEG s hyperfunkčními projevy. Pac. postupně odsedována, na spontánní ventilaci, zahájeno odpojování. Kontrolní CT mozku bez vývoje, avšak přetrvává koma s extenčními projevy. Pokračujeme v odpojování, pac zahleněná. v laboratoři pokles zánětlivých parametrů, bez teploty. Pro hypoproteinemii, nízký albumin otoky. Dnes opět recidiva febrilií, leukocytózy, vzestup i CRP, nasazena ATB dle posledních kultivací. I přes to rozvoj septického šoku - febrilie, hypotenze, vasoprsory nutno navyšovat na vysoké dávky. Dnes 19:55 Bradykrdie s přechodem do asystolie - zahájena KPR s trváním 30min. 20:30 Konstatován exitus letalis, doporučena pitva.

Zákl. dg: Z900 Získ.chyb.části hlavy a krku

Dg.souhrn:

A419 Septický šok

J180 Pneumonie

G409 Epilpsie

Z930 tracheostomie

I490 stp. úspěšné KPR

R418 porucha vědomí, iniciálně charakteru komatu, zlepšení - komunikuje, spolupracuje, RHB

I620 st.p. dekompresní kraniektomii a evakuaci SDH vlevo 20.1.2012  
st.p. reimplantací kostní ploténky 12.4.2012

Chron. dg:

M321 Systémové onemocnění nedif. z okruhu SLE s kožními projevy, aktivace autoprotilátek, IgA nefropatie, dilatační kardiomyopatie-na th kortikoidy

I10 Hypertenze

E138 Steroidní DM na dietě a PAD

E785 Hyperlipoproteinémie

E038 Hpotyreóza na subst th

I803 St.p. recidivující TEN na th. LMWH

K297 St.p. aftózní antrumbulbitidě těžké s pozitivní HP  
-st.p. fraktury L1/2

## Nález při pitvě (souhrn)

z e v n ě: jizva po nitrolební operaci ve vlasaté části hlavy – otvor na krku po tracheostomii (umělém otevření dýchacích cest) – oděrky na hrudníku po oživovacích pokusech – jizvy v břišní krajině po chirurgických zákrocích – chronické kožní změny v křížové krajině a na bérkách – známky chronického kožního krvácení na trupu a horních končetinách – vícečetné poinjekční vpichy

v n i t ě: otok měkkých pokrývek lebních – stav po opakovaných nitrolebních operacích – stav po krvácení pod tvrdou plenu mozkovou vlevo s útlakem mozku – stav po starších ložiscích korového zhmoždění mozku na spodině levého čelního laloku – známky po proběhlém drobném mozkovém infarktu v levostranných bazálních gangliích – chronické zánětlivé změny v průdušnici v okolí tracheostomických otvorů – známky plicního zánětu v pravém plicním křídle – zánětlivé změny jater – septická aktivace sleziny – zánětlivé změny ledvin - stav po částečném odstranění dělohy – povšechné kornatění tepen – zlomeniny žeber po oživovacích pokusech

Bezprostřední příčinou smrti byl **septický šok**, tj. oběhové selhání při průniku choroboplodných mikroorganismů do krve, a to po vyčerpání obranných a kompenzačních možností organismu.

Příčinou dlouhodobého vážného stavu a nakonec úmrtí bylo poškození mozku v důsledku jeho otoku při krvácení pod tvrdou plenu mozkovou a korových ložiscích zhmoždění mozku.