

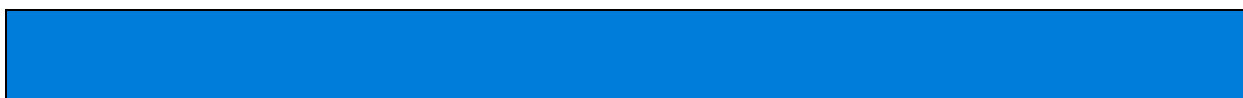
Fakta zdravotnické dokumentace pacientky

- paní Elišky Jindrové -

versus

Fakta odborného posouzení pana doc. MUDr. [REDACTED] PhD., MBA

Důkazní materiál



ANALÝZA PŘÍPADU

ROZPOROVÁNÍ TVRZENÍ ODBORNÍKŮ

ŽÁDOST O PŘEDÁNÍ DOTAZŮ USTANOVENÝM ODBORNÍKŮM

(znění t.č. posledního dopisu adresovaného KÚJK – odb. soc. věcí a zdravotnictví)

Dokument se sestává z několika částí, vztahujících se k případu mé maminky – události z roku 2014, kdy vím zcela jistě, že došlo k poškození jejího zdraví v důsledku lékařského pochybení během pooperační péče.

Závěrečnou formulaci pana doc. MUDr. [REDAKCE] PhD., MBA – vyhotovitele odborného posouzení pro Krajský úřad Jihočeského kraje – zřizovatele Nemocnice [REDAKCE], a.s. lze považovat za pravý opak skutečnosti, což se snažím mnou vypracovanými materiály na základě tříletého studia zdravotnické dokumentace a mnoha konzultací s nezávislými odborníky dokázat.

Cituji ze závěru odborného posouzení:

“Je extrémně nepravděpodobné, že by ojedinělé nedostatky v péči (např. opožděné podání antibiotika) či nedostatky v dokumentaci mohly mít vliv na výsledný zdravotní stav pacientky.” – *konec citace*

Jsem přesvědčena, že:

Je naopak extrémně pravděpodobné, že mnohé a hlavně závažné nedostatky v péči v podobě téměř týdenní prodlevy v zahájení dovyšetření pooperační komplikace – klostridiové infekce – při selhávající léčbě empirické (tzv. léčbě naslepo), dále s tím související významné prodlevy v nasazení cílené terapie, jež nebyla navíc ani léčbou adekvátní a v neposlední řadě **i zmíněnými nedostatky ve vedení zdravotnické dokumentace jasně poukazující na neznalost zdravotního stavu pacientky ze stran jejích ošetřujících lékařů** či pozdního překlady na JIP infekčního oddělení při počínajícím multiorgánovém selhávání **měly podstatný vliv na výsledný zdravotní stav** - a to v důsledku toho všeho až kriticky nemocné – paní Elišky Jindrové, jež musela podstoupit odnětí jednoho z orgánů.

OBSAH:

Důkaz o nepravdivých výrociích v odborném vyjádření, kdy posuzující odborník tvrdí, že dne 10. 7. 2014 došlo k výraznému zlepšení hodnot infekčních parametrů, tzn. dobré odpovědi na léčbu
(*má pozn.: ...a proto nebylo nutné dovyšetřovat dříve, nežli 16. 7. 2014 v den plánované dimise*)

kopie laboratorních listů

článek MUDr. Heleny Kubánkové, primářky HTO Nemocnice Písek

kopie listů odborného vyjádření.....str. 3 – str. 12

Důkaz o nepravdivých výrociích v odborném vyjádření, kdy posuzující odborník tvrdí, že terapie střevní klostridiové infekce byla adekvátní a chybně nasazena s odstupem jen 20 hodin

kopie zprávy infekčního konzilia

kopie laboratoří vyhotovených antibiogramů

článek Klostridiová kolitida – stále narůstající nebezpečí (prof. MUDr. Petr Husa, CSc., prof. MUDr. Jiří Beneš, CSc., MUDr. Otakar Nyč, Ph.D.)

kopie listů odborného vyjádření.....str. 13 – str. 22

Důkaz o nepravdivých výrociích v odborném vyjádření, kdy posuzující odborník tvrdí, že po dni 10. 7. 2014 nebyla již specifikována konzistence stolice

kopie záznamů sesterského personálu o stolici

kopie listů odborného posouzení.....str. 23 – str. 28

Popis hospitalizace na ŽEO [REDAKCE] nemocnice den po dni

laparoskopická operace karcinomu dělohy – péče o pacientku v pooperačním období – vývoj zdravotního stavu

- nedostatky přezkumu nemocnic – nedostatky odborného vyjádření.....str. 29 – str. 37

Léčba infekce, renální insuficience, profylaxe trombózy

přehledné tabulky s výpisem ze zdrav. dokumentace – otázky nad správností zvolené terapie (ordinace léků, jejich vysazení, interakce, kontraindikace apod.).....str. 38 – str. 43

Znění t.č. posledního dopisu adresovaného KÚJK – odb. soc. věcí a zdravotnictví

žádost o předání dotazů s dalšími podklady ustanoveným odborníkům a zohlednění všech rozhodných skutečností zdravotnické dokumentace při novém přezkumu případu.....str. 44 – str. 46

Zpracováno ke dni 2. 2. 2018

Výskyt nezralých granulocytů (metamyelocytů, myelocytů), plazmatické buňky a normoblastu ortochromního v periferní krvi v 5. a 6. den empirické léčby infekce, a to dne 10. 7. 2014 a 11. 7. 2014

Pan docent MUDr. [REDAKCE] PhD., MBA ve svém odborném vyjádření k těmto dnům uvádí, že – cituji:

“Následující dny dochází nejprve ke stagnaci (8. 7.) a následně k výraznému zlepšení (10. 7.) hodnot infekčních parametrů, tzn. **dobré odpovědi na léčbu, ve které je pokračováno**“ – *konec citace*

Skutečnost je však taková, že k závěru „dobré odpovědi na léčbu, ve které je pokračováno“

– jinými slovy k závěru, že lékaři postupovali „lege artis“ mohl pan docent dojít jen za předpokladu neuvedení dalších patologických hodnot v rozboru periferní krve, a to především nezralých granulocytů a normoblastu ortochromního, jež se fyziologicky v periferní krvi vůbec nevyskytuje.

Hodnocení těchto dvou dní panem docentem je jen zčásti pravdivé – dne 10. 7. 2014 došlo sice k poklesu hodnoty zánětlivého parametru CRP v porovnání s předešlým odběrem z 8. 7. 2014, jednalo se o pokles z 273.3 na stále vysokou hodnotu 138.7, zároveň však vzrostly leukocyty z 12.9 na 21.2, kdy ale současně tzv. mikroskopický diferenciál obsahoval nově metamyelocyt v 1%-ním zastoupení, myelocyt v 5%-ním zastoupení, plazmatickou buňku v 1%-ním zastoupení společně se změnami krevní řady, a to přítomností normoblastu ortochromního i již dříve laboratoří popsanou anizocytózou (7. 7. 2014) a nově polychromazií.

Dne 10. 7. 2014 – po zjištění progresu infekce z krevního rozboru - **měla být tedy zahájena dovyšetření** při její evidentně selhávající empirické léčbě, tzn. měly být s ohledem na pacientku udávané a sestrami zaznamenávané potíže (bolesti břicha, nadýmání, průjmovitou stolicí) - **využity dostupné diagnostické metody** proto, aby lékaři mohli **určit zdroj** dosud nezjištěné a nezjišťované **infekce spolu s patogenem**, který ji způsobuje, příp. modifikovat léčbu – **zahájit již cílenou terapii**.

Nestalo se tak ani do 72 hodin poté - kromě krevních odběrů dne 11. a 14. 7. 2014 (15. 7. pouze glykemický profil před plánovanou dimisí) , jež přinesly podobné výsledky, **nebylo provedeno vůbec žádné vyšetření**, a to až do dne 16. 7. 2014 – do dne plánovaného propuštění pacientky z nemocnice, kdy krevní rozbor vykázal taktéž sepsi.

Jsem přesvědčena, že právě tímto došlo k porušení medicínského zákona s významnou sedmidenní prodlevou v zahájení léčby klostridiové střevní infekce a tudíž daný lékařský postup nelze rozhodně vyhodnotit jako správný!

Důkazy – přílohy:

Opis zdravotnické dokumentace:

str. 2 – laboratorní výsledky ze dne 8. 7. 2014 (krevní obraz bez nezralých granulocytů, normoblastu ortoch. atd.)

str. 3 – laboratorní výsledky ze dne 8. 7. 2014 (CRP)

str. 4 – laboratorní výsledky ze dne 10. 7. 2014 (metamyelocyt, myelocyt, normoblast ortoch., anizocytóza atd.)

str. 5 – laboratorní výsledky ze dne 10. 7. 2014 (CRP)

str. 6 – laboratorní výsledky ze dne 11. 7. 2014 (metamyelocyt, myelocyt, normoblast ortoch., anizocytóza atd.)

str. 7 – článek MUDr. Heleny Kubánkové, primářky HTO Nemocnice Písek (zdroj: www.nemopisek.cz), se kterou jsem při své analýze zdravotnické dokumentace výsledky laboratorního listu ze dne 10. 7. 2014 telefonicky konzultovala

versus

Odborné vyjádření pana doc. MUDr. [REDAKCE] PhD., MBA:

str. 8 – tvrzení, že došlo dne 10. 7. 2014 k výraznému zlepšení hodnot infekčních parametrů

str. 9 – neuvedení nezral. granulocytů a normoblastu ortoch. ve výpisu rozhodných skutečností ze dne 10. 7. 2014

str. 10 – neuvedení nezral. granulocytů a normoblastu ortoch. ve výpisu rozhodných skutečností ze dne 11. 7. 2014



Zdravotnická laboratoř č. 8239 akreditovaná ČIA podle ČSN EN ISO 15189:2007
v rozsahu uvedeném v příloze Osvědčení o akreditaci (OA).

Lékař : Jindrová Eliška

Č. poj. :
ZP : 111
Diagnóza : C549
IČZ :

Poznámka:

OpenLIMS STAPRO s. r. o.

Odběr: 8.7.2014 8:30:00

Přijato: 8.7.2014 8:44:00

Tisk: 8.7.2014 11:02:27

Název metody	8.7.2014 8:30	Hodnocení	Ref. meze	Rozměr
KREVNÍ OBRAZ (krev)			4,0 - 10,0	10 ⁹ /l
AM Leukocyty str. [WBC]	12,9	*	3,80 - 5,20	10 ¹² /l
AM Erytrocyty str. [RBC]	3,55	*	120 - 160	g/l
AM Hemoglobin [HGB]	105	*	0,35 - 0,47	l/l
AM Hematokrit [HCT]	0,33	*	82,0 - 98,0	fl
AM Stř.obj.erytr. [MCV]	92,0	*	28,0 - 34,0	pg
AM Barvivo erytr. [MCH]	29,7	*	320,0 - 360,0	g/l
AM Stř.barev.kon. [MCHC]	323,0	*	10,0 - 15,2	%
AM Erytr.křivka [RDW]	13,0	*	150 - 400	10 ⁹ /l
AM Trombocyty str. [PLT]	139	*	1,200 - 3,500	ml/l
Tromb.hematokr. [PCT]	1,470	*	7,8 - 11,0	fl
AM Tromb.stř.obj.[MPV]	10,5	*	12,0 - 18,0	%
Tromb. křivka [PDW]	18,2	*		
DIFERENCIÁL MIKROSKOPICKY (krev)			47,0 - 70,0	%
Neutrofilní segment	82,0	*	20,0 - 45,0	%
Lymfocyty	4,0	*	2,0 - 10,0	%
Monocyty	2,0	*	0,0 - 4,0	%
Tyč	12,0	*		
ABSOLUTNÍ POČET (krev)			2,0 - 7,0	10 ⁹ /l
AM Neutrofilny-abs.počet	12,1	*	0,8 - 4,0	10 ⁹ /l
AM Lymfocyty-abs.počet	0,5	*	0,1 - 1,2	10 ⁹ /l
AM Monocyty-abs.počet	0,3	*	0,0 - 0,5	10 ⁹ /l
AM Eosinofily-abs.počet	0,0	*	0,0 - 0,2	10 ⁹ /l
AM Bazofily-abs.počet	0,0	*		

AM - Akreditovaná metoda, u kvantitativní metody je rozšířena nejistota dostupná na vyžádání v labo

Žádanka ze dne: 8.7.2014 8:30

08.Ht-1979

Uvolnil:

92

323

Jíndrová Eliška		Č. poj.: [redacted]
Lékař :	[redacted]	ZP: 111
Poznámka:	[redacted]	Diagnóza: C549
		IČZ: [redacted]
OpenLIMS STAPRO s. r. o.		

Odběr: 8.7.2014 8:30:00

Přijato: 8.7.2014 8:40:00

Tisk: 8.7.2014 9:16:30

Název metody	8.7.2014	Hodnocení	Ref. meze	Rozměr
	8:30			
SÉRUM (krev)				
AM Močovina	8,7	*	2,0 - 6,7	mmol/l
AM Kreatinin	80	*	49 - 90	μmol/l
Kyselina močová	303	*	150 - 350	μmol/l
AM Sodík	142,5	*	137,0 - 146,0	mmol/l
Vápník	1,86	*	2,10 - 2,65	mmol/l
Fosfor	0,59	*	0,70 - 1,60	mmol/l
Hořčík	0,75	*	0,70 - 1,07	mmol/l
AM Glukóza	10,4	*	3,6 - 5,6	mmol/l
AM Bilirubin	6	*	< 21	μmol/l
Bilirubin konjugovaný	3	*	< 7	μmol/l
AM ALT	0,15	*	0,10 - 0,78	μkat/l
AM AST	0,25	*	0,05 - 0,72	μkat/l
Fosfatáza alkalická	1,31	*	0,91 - 2,36	μkat/l
Celková bílkovina	47	*	64 - 83	g/l
Albumin	26	*	35 - 53	g/l
C-reaktivní protein	273,3	*	< 5,0	mg/l

AM - Akreditovaná metoda, u kvantitativní metody je rozšířená nejistota dostupná na vyžádání

Žádanka ze dne: 8.7.2014 8:30

As-1151

Uvolnil: [redacted]

93

327

... akreditaci (OA).

<p style="text-align: center;">Jindrová Eliška</p> <p>Lékař: [REDACTED]</p> <p>Poznámka: [REDACTED]</p>	<p>Č. poj.: [REDACTED]</p> <p>ZP: 111</p> <p>Diagnóza: C549</p> <p>IČZ: [REDACTED]</p>
--	--

Odběr: 10.7.2014 6:00:00 Přijato: 10.7.2014 7:16:00 Tisk: 10.7.2014 9:55:34

OpenLIMS STAPRO s. r. o.

Název metody	10.7.2014 6:00	Hodnocení	Ref. meze	Rozměr
KREVNÍ OBRAZ (krev)				
AM Leukocyty str. [WBC]	21,2	*	4,0 - 10,0	10 ⁹ /l
AM Erytrocyty str. [RBC]	3,70	*	3,80 - 5,20	10 ¹² /l
AM Hemoglobin [HGB]	112	*	120 - 160	g/l
AM Hematokrit [HCT]	0,34	*	0,35 - 0,47	l/l
AM Stř. obj. erytr. [MCV]	91,4	*	82,0 - 98,0	fl
AM Barvivo erytr. [MCH]	30,2	*	28,0 - 34,0	pg
AM Stř. barev. kon. [MCHC]	330,0	*	320,0 - 360,0	g/l
AM Erytr. křivka [RDW]	13,6	*	10,0 - 15,2	%
AM Trombocyty str. [PLT]	209	*	150 - 400	10 ⁹ /l
Tromb. hematokr. [PCT]	2,030	*	1,200 - 3,500	ml/l
AM Tromb. stř. obj. [MPV]	9,7	*	7,8 - 11,0	fl
Tromb. křivka [PDW]	17,6	*	12,0 - 18,0	%
DIFERENCIÁL MIKROSKOPICKY (krev)				
Neutrofilní segment	64,0	*	47,0 - 70,0	%
Lymfocyty	11,0	*	20,0 - 45,0	%
Monocyty	6,0	*	2,0 - 10,0	%
Eozinofily	1,0	*	0,0 - 5,0	%
Tyč	11,0	*	0,0 - 4,0	%
Metamyelocyt	1,0			%
Myelocyt	5,0			%
Plazmatická buňka	1,0			%
ABSOLUTNÍ POČET (krev)				
AM Neutrofilny-abs. počet	15,9	*	2,0 - 7,0	10 ⁹ /l
AM Lymfocyty-abs. počet	2,3	*	0,8 - 4,0	10 ⁹ /l
AM Monocyty-abs. počet	1,3	*	0,1 - 1,2	10 ⁹ /l
AM Eozinofily-abs. počet	0,2	*	0,0 - 0,5	10 ⁹ /l
AM Bazofily-abs. počet	0,1	*	0,0 - 0,2	10 ⁹ /l
ZMĚNY ČERVENÉ ŘADY				
Nblast. ortochromní	1/100			
Anizocytoza	+			
Polychromazie	+			

11/7 19

AM - Akreditovaná metoda, u kvantitativní metody je rozšířená nejistota dostupná na vyžádání v laboratoři.

Žádanka ze dne: 10.7.2014 6:00 10.Ht-1637 Uvolnil: [REDACTED]

341



Jindrová Eliška

Lékař :

Č. pol. :

ZP: 111

Diag. kód: C549

IČZ:

nka:

2014 6:00:00

Foto

11:04:35

Název metody	6:00	Podmínky	Referenční	Referenční
SÉRUM (krev)				
AM Močovina	9,7	*	2,0 - 6,7	mmol/l
AM Kreatinin	82	*	49 - 90	μmol/l
Kyselina močová	375	*	150 - 350	μmol/l
AM Sodík	140,4	*	137,0 - 146,0	mmol/l
AM Draslík	3,70	*	3,80 - 5,10	mmol/l
Chloridy	105	*	97 - 108	mmol/l
Vápník	1,86	*	2,10 - 2,65	mmol/l
AM Glukóza	6,2	*	3,6 - 5,6	mmol/l
AM Bilirubin	5	*	< 21	μmol/l
Bilirubin konjugovaný	3	*	< 7	μmol/l
AM ALT	0,23	*	0,10 - 0,78	μkat/l
AM AST	0,46	*	0,05 - 0,72	μkat/l
Fosfatáza alkalická	1,75	*	0,91 - 2,36	μkat/l
Alfa-amyláza	0,35	*	< 1,67	μkat/l
Pankreat. amyláza	0,13	*	0,13 - 0,88	μkat/l
Lipáza	0,27	*	< 1,00	μkat/l
C-reaktivní protein	138,7	*	< 5,0	mg/l

M/7/17

AM - Akreditovaná metoda, u kvantitativní metody je rozšířená nejistota dostupná na vyžádání v laboratoři.

Žádanka ze dne: 10.7.2014 6:00

As-1119

Uvolnil:

230

243

Lékař	Jindrová Eliška	Č. poj. :	[REDACTED]
Poznámka:	[REDACTED]	ZP : 111	
		Diagnóza : C549	
		IČZ: [REDACTED]	

OpenLIMS STAPRO s. r. o.

Odběr 11.7.2014 6:00:00

Přijato: 11.7.2014 7:51:00

Tisk: 11.7.2014 9:40:58

Název metody	11.7.2014 6:00	Hodnocení	Ref. meze	Rozměr
KREVNÍ OBRAZ (krev)				
◄ Leukocyty str. [WBC]	15,8	*	4,0 - 10,0	10 ⁹ /l
◄ Erytrocyty str. [RBC]	3,32	*	3,80 - 5,20	10 ¹² /l
◄ Hemoglobin [HGB]	98	*	120 - 160	g/l
◄ Hematokrit [HCT]	0,30	*	0,35 - 0,47	l/l
◄ Stř.obj.erytr. [MCV]	91,4	*	82,0 - 98,0	fl
◄ Barvivo erytr. [MCH]	29,5	*	28,0 - 34,0	pg
◄ Stř.barev.kon. [MCHC]	322,0	*	320,0 - 360,0	g/l
◄ Erytr.křivka [RDW]	13,6	*	10,0 - 15,2	%
◄ Trombocyty str. [PLT]	177	*	150 - 400	10 ⁹ /l
◄ Tromb.hematokr. [PCT]	1,740	*	1,200 - 3,500	ml/l
◄ Tromb.stř.obj.[MPV]	9,8	*	7,8 - 11,0	fl
◄ Tromb. křivka [PDW]	17,9	*	12,0 - 18,0	%
DIFERENCIÁL MIKROSKOPICKY (krev)				
Neutrofilní segment	69,0	*	47,0 - 70,0	%
Lymfocyty	14,0	*	20,0 - 45,0	%
Monocyty	5,0	*	2,0 - 10,0	%
Eozinofily	1,0	*	0,0 - 5,0	%
Tyč	9,0	*	0,0 - 4,0	%
Metamyelocyt	1,0			%
Myelocyt	1,0			%
ABSOLUTNÍ POČET (krev)				
M Neutrofilny-abs.počet	12,3	*	2,0 - 7,0	10 ⁹ /l
M Lymfocyty-abs.počet	2,2	*	0,8 - 4,0	10 ⁹ /l
M Monocyty-abs.počet	0,8	*	0,1 - 1,2	10 ⁹ /l
M Eozinofily-abs.počet	0,2	*	0,0 - 0,5	10 ⁹ /l
M Bazofily-abs.počet	0,0	*	0,0 - 0,2	10 ⁹ /l
SMĚNY ČERVENÉ ŘÁDY				
Nblast. ortochromní	1/100			
Anizocytoza	+			
Polychromazie	+			

◄ - Akreditovaná metoda, u kvantitativní metody je rozšířená nejistota dostupná na vyžádání v laboratoru

Žádanka ze dne: 11.7.2014 6:00

11.Ht-1077

Uvolnil: [REDACTED]

Nové parametry krevního obrazu

Hematologická laboratoř HTO Nemocnice Písek, a.s. zavádí od 11. 11. 2014 několik nových parametrů krevního obrazu, které by měly pomoci klinickým lékařům zrychlit a zpřesnit diagnózu. **Nezralé granulocyty** a **aktivované lymfocyty** se vyšetřují při požadavku na **KO+dif.**, **hemoglobin v retikulocytech** a **mladá populace retikulocytů** se vyšetřují při požadavku na **vyšetření retikulocytů**.

NEZRALÉ GRANULOCYTY (zkratka **B IG**)

Nezralými granulocyty se rozumí: **metamyelocyty, myelocyty, promyelocyty**.

Referenční rozmezí: 0,0-0,5%. Za normálních okolností se nezralé granulocyty v periferní krvi prakticky nevyskytují.

S nezralými granulocyty v periferní krvi se setkáváme u těchto onemocnění:

Neonkologické příčiny:

- **Těžké bakteriální infekce, především sepse**
- Těžší úrazy

Onkologická onemocnění:

- Myeloproliferativní onemocnění, především chronická myeloidní leukemie a myelofibróza
- Metastatická nádorová infiltrace kostní dřene
- Myelodysplastický syndrom – méně často

Přítomnost nezralých granulocytů v periferní krvi u pacienta se zánětlivými laboratorními známkami vždy znamená závažný stav a závažné podezření na sepsi.

AKTIVOVANÉ LYMFOCYTY (vysoce fluorescenční lymfocyty) (zkratka **B_HFLC**) Aktivovanými lymfocyty v tomto parametru se rozumí: buňky produkující protilátky, tj. lymfoplazmocytoidní buňky, plazmatické buňky – původ v B-lymfocytech.

Referenční rozmezí: 0,0-0,4%. Za normálních okolností se buňky tohoto typu v periferní krvi prakticky nevyskytují.

Aktivované lymfocyty tohoto typu jsou pozorovány:

- V akutní fázi infekčního onemocnění (společně s nezralými granulocyty bývají u sepsi).
- Pozorovali jsme je i u infekční mononukleózy (nezralé granulocyty nebyly přítomny)

Vymizení aktivovaných lymfocytů u septických pacientů na JIP může znamenat přechod pacienta do imunitní paralýzy.

KONCENTRACE HEMOGLOBINU V RETIKULOCYTECH (zkratka **B_RET-He**) Referenční rozmezí: 28-36 pg.

Snížená hodnota znamená nedostatek funkčního železa (sideropenii).

Koncentrace hemoglobinu v retikulocytech **není ovlivněna zánětem** – pomáhá odlišit sideropenickou anemii od anemie chronických chorob., ev. jiných anemií (např. anemie při ledvinovém selhání).

MLADÁ POPULACE RETIKULOCYTŮ (zkratka **B_IRF**)

Zahrnuje **nejmladší populaci retikulocytů** (zkratka **B_HFR**) a **středně vyžralou populaci retikulocytů** (zkratka **B_MFR**).

Referenční rozmezí: 2,1-13,8 muži, 2,4-17,5 ženy.

Zvýšená nebo snížená hodnota znamená stimulaci nebo útlum erythropoézy v řádu hodin.

Využitelné např. při monitorování onkologických pacientů, monitorování terapie EPO, rozhodování, zda podat, či nepodat transfuzi erytrocytů (stimulace erythropoézy předpovídá rychlý vzestup hemoglobinu).

RETIKULOCYTY PŘÍSTROJOVĚ ABSOLUTNÍ POČET zkratka **B_RETI abs.**) Referenční rozmezí: 0,025-0,1x10¹²/l.

Zvýšená hodnota znamená stimulaci erythropoézy, snížená hodnota útlum erythropoézy.

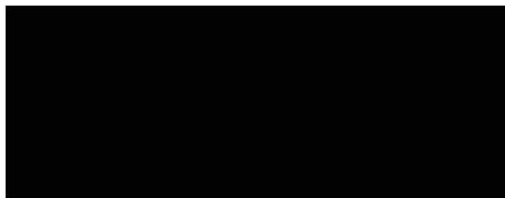
Případné konzultace poskytnou laboratorní pracovníci (tel. 382 77 2426) nebo primářka oddělení (tel. 382 772 420, 777 366 555).

10. 11. 2014

MUDr. Helena Kubánková

Primářka HTO Nemocnice Písek, a.s.

- Preventivní překlad k bezprostřední péči na ARO byl velmi vhodný a prozíravý. Bezprostřední pooperační průběh byl nekomplikovaný.
- Překlad pacientky zpět na gynekologické oddělení byl včasný a správný.
- Na neurologické potíže pacientky (delirium, halucinace) bylo reagováno včas a adekvátně, proběhlo konzilium, byla nasazena akutní léčba ke zvládnutí situace.
- Druhý pooperační den (6.7.2014) byla s ohledem na subfebrilie a počínající známky infekce včas a správně nasazena antibiotická léčba (monoterapie).
- Třetí pooperační den (7.7.2014) byla antibiotická léčba rozšířena na dvojkombinaci (Amoksiklav, Metronidazol) pro velmi rychle stoupající hodnoty zánětlivých parametrů. Tento postup byl správný a včasný, zvolená antibiotika adekvátní. Léčba v této době byla empirická, tzn. vycházela ze zkušeností s podobnými stavy, které jsou relativně časté.
- Byla zahájena rehabilitační péče, pokračovala psychiatrická péče, a bylo realizováno i zobrazovací vyšetření mozku k vyloučení organické příčiny v mozku s ohledem na anamnestické údaje a stav pacientky- s negativním výsledkem.
- Následující dny dochází nejprve ke stagnaci (8.7) a následně k výraznému zlepšení (10.7) hodnot infekčních parametrů, tzn. dobré odpovědi na léčbu, ve které je pokračováno. Objevuje se průjmovitá stolice (8.7. průjmovitá, 9.7. řídká, 10.7. stolice je řídká, ale méně než byla, další dny již bez specifikace konzistence). Metronidazol byl po 4 dnech z nejasných důvodů (zřejmě pro výrazný pokles CRP vysazen, ale v dokumentaci zdůvodnění nenalézám). Následující dny jsou v dokumentaci opakovaně zápisy o tom, že pacientka se cítí lépe, na nic si nestěžuje, vytrhla si centrální žilní katétr, ale nedošlo ke vzniku hematomu, je pokračováno v medikaci ATB.
- Dne 15.7. jednorázová zmínka rehabilitační sestry o bolesti levého nártu. Později se již tato poznámka neobjevuje.
- Dne 16. 7. 2014 proběhlo onkologické konzilium, rozsah operační léčby byl vyhodnocen jako adekvátní a byla doporučena další onkogynekologická dispenzarizace s první kontrolou za 3 měsíce.
- Dne 16.7. došlo k elevaci zánětlivých parametrů, provedeny odběry CD 64 a 16 (cluster designation), které potvrzují systémový zánět a po konzultaci antibiotického centra je do



Kód MTZ: 351335

telefonická konzultace s dr. [REDACTED] - CT bez známek patologie, pouze pooperační změny po operaci meningiomu

10:00 dle sesterské dokumentace pacientka přeložena na standardní oddělení - *lékařskou indikaci k překladač nenalézám*. Na oddělení TT 36,6, TK 150/90, P 96', úprava podání inzulinu dle aktuální glykémie, od 11:15 kontinuálně inhaluje O₂ 5-7l/min - pacientka si stěžuje na pocit zhoršeného dýchání saturace O₂ 80%

11:20 s. [REDACTED] - doprovod na WC - stolice+

15:15 s. [REDACTED] - s pomocí na WC, řídká stolice

18:00 s. [REDACTED] - s pomocí na WC

10.7.2014 MUDr. [REDACTED] MUDr. [REDACTED]

7:10 S cítí se lépe, stěžuje si na bolest zad a špatné spaní, eupnoe, nezvrací O: Obj: nyní se zdá orientována osobou, břicho měkké, sutury klidné, hojí se p.p.i., nekrvácí, TK 175/80, P82', SpO₂ 95%, DKK bez TEN, febrilní, mikce foley čirá

EPI: Pac. 6. den po LAVH+AE billat., lavage s pooperačním překladačem na ARO/in anam. komplikace u předchozích anestezií/ v pooperačním průběhu ataka halucinací, konzultováno. Elevace CRP 273-138

Ord.: kontrola příjem výdej, rehabilitace

MUDr. [REDACTED] po telefonické domluvě s prim. [REDACTED] převedena pacientka na Tiapridal tbl. dle psychického stavu

Vyšetření KO, biochemie, koagulace: Leuko $21,2 \times 10^9/l$, Hb 112 g/l, Hct 0,34, Neutrofilů 64 % abs. počet $15,9 \times 10^9/l$, CRP 138,7 mg/l, koagulace v normě – podepsáno MUDr. [REDACTED] 11.7.2014

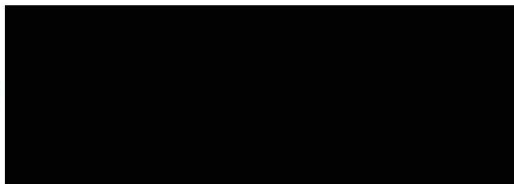
Medikace: Fraxiparine 0,4ml, Amoksiklav 1,2g co 8 hod. 4.den, Tralgit i.m., chronická medikace p.o. Actrapid, Levemir dle akt. glykémie, Tiapridal i.v./tbl., Furosemid i.v., Calcium gluconicum, inf. KCl i.v.

Přijem 1900ml /výdej 2400ml

Pozn. Zpravodaje: byl vysazen Metronidazol – indikace k vysazení nenalézám – pravděpodobně pro pokles CRP.



Nemocnice akreditovaná
Joint Commission International



Kód MTZ: 361336

15:26 neurochirurgické konzilium MUDr. [REDACTED] – kontrolní MR mozku za rok a poté kontrola v NCH ambulanci, v případě nelepšící se chůze dop neurologické konzilium a event. MR páteře – susp. meta.

Ze sesterské dokumentace: dieta 9, 8:00 TK 165/75, P 100', SpO2 85%, TT 36,6 – 37,7

12:00 s. [REDACTED] - v doprovodu odvedena na WC 15:30 s. [REDACTED] - doprovod na WC 19:30 s. [REDACTED] - s pomocí na WC stolice řídkší 23:45 s. [REDACTED] - s doprovodem na WC, opět trochu řídkší stolice

11.7.2014 primářská vizita, MUDr. [REDACTED]

7:38 S cítí se lépe, stěžuje si na bolest zad a špatné spaní, eupnoe, nezvrací O: nyní se zdá orientována osobou, břicho měkké, sutury klidné, hojí se p.p.i., nekrvácí, KP komp. KP komp DKK bez TEN, febrilní (poznámka zpravodaje: dle dokumentace byla celý den afebrilní), mikce Foley čirá

EPI: Pac. 7. den po LAVH+AE billat., lavage s pooperačním překladem na ARO/in anam. komplikace u předchozích anestezií/ v pooperačním průběhu ataka halucinací, konzultováno. zaveden 6. den CŽK, 16.7.2014 onkotým

Ord: rehabilitace, kontrola příjem výdej, kontrola tt

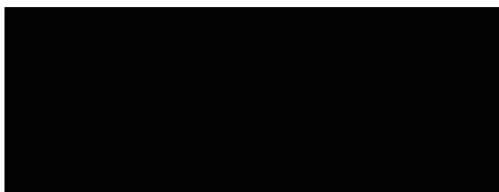
Vyšetřena KO a biochemie - CRP 69,8 mg/l , kys. močová 368umol/l, AST 1,41 ukat/l, GGT 0,80 ukat/l, Leuko 15,7 x10⁹/l, Hb 98 g/l, Hct 0,30, Neutrofilů 69,0 % abs. Počet 12,3x 10⁹/l – podepsáno

MUDr. [REDACTED] 12.7.2014

Příjem 1200ml /výdej 1650ml

medikace: Fraxiparine 0,4ml, Amoksiklav 1,2g co 8 hod.5.den, Tralgit i.m., chronická medikace p.o.Actrapid, Levemir dle akt. glykémie, Tiapridal tbl., Furosemid i.v., Espumisan, Aktiferrin

Ze sesterské dokumentace: TT 36,7 - 36,9, TK 130/70, p 80'



Kod MTZ: 361336

Neadekvátní terapie klostridiové infekce (*Clostridium difficile*) s ponecháním Klindamycinu

Pan docent MUDr. [REDACTED] PhD., MBA ve svém odborném vyjádření v závěru uvádí, že – cituji:
“Dne 17. 7. byl hlášen **nález *Clostridium difficile***, na který bylo správně reagováno nasazením adekvátní terapie Vancomycinem, chybně ale až s odstupem 20 hodin. **S ohledem na celkový stav pacientky nebylo chybou pokračování v dosavadní antibiotické léčbě**, jak namítá stěžovatelka (viz Doporučený postup Společnosti infekčního lékařství, Společnosti pro epidemiologii a mikrobiologii a Společnosti pro lékařskou mikrobiologii (6/2014))” – *konec citace*

Po několika telefonických konzultacích případu mé maminky **s panem primářem Ústavu lékařské mikrobiologie 2. LF UK a FN Motol**, jedním ze spoluautorů odborného dokumentu Doporučený postup diagnostiky a léčby kolitidy vyvolané *Clostridium difficile*, **MUDr. Otakarem Nyčem, PhD.**, s tvrzením pana docenta MUDr. [REDACTED] PhD., MBA **nemohu souhlasit**, a to z níže uvedených a dále doložených důvodů:

- Klindamycin patří mezi nejrizikovější antibiotika s ohledem na možný vznik pseudomembranózní kolitidy**
a v tomto případě se v době jeho podávání jednalo dokonce o již zánětem poškozené střevo v důsledku klostridiové infekce se všemi jejími projevy (průjmovitou stolicí, nadýmáním a bolestí břicha) s dalším rizikem, a to vznikem toxického megakolon, k němuž později také došlo.
- Po celou dobu podávání Klindamycinu, tj. od 16. 7. do 21. 7. 2014 (20. 7. podán ráno, poté vysazen a chybně ordinován i podán opět 21. 7. ráno) **nebyla známa žádná jiná infekce** – jiný patogen, který by si vyžadoval léčbu právě tímto antibiotikem (viz antibiogramy poskytnuté laboratoří).
- Nasazení léčby Vancomycinem nebylo ve skutečnosti opožděno o „pouhých“ 20 hodin**, neboť nebyla infekce dovyšetřena včas, a to dne 10. 7. 2014 (v den průkazu septických ukazatelů v periferní krvi) – čímž **došlo k celkové, a to velmi významné prodlevě minimálně o 164 hodin** (144 hodin = 6 dní, tj. 6x24h od 11. 7. 2014 do 16. 7. 2014 + 20 hodin od nahlášení bakterie z laboratoře dne 17. 7. 2014)
- Odpovídající léčbou již těžší formy klostridiové infekce by bylo podávání dvojkombinace antibiotik Metronidazolu a Vancomycinu** za podpůrné terapie probiotického přípravku s obsahem kvasinky *Saccharomyces boulardii* tak, jak tomu bylo po překladi pacientky na JIP infekčního oddělení dne 21. 7. 2014

Ráda bych dále podotkla, že **naši žádosti podávat lék Fidaxomicin s rychlejším nástupem účinku** i menším rizikem rekurencí nebylo primářem ženského oddělení panem MUDr. [REDACTED] PhD. vyhověno s vysvětlením, že se lékaři budou držet doporučení antibiotického centra.

Jsem přesvědčena o tom, že v důsledku prodlevy nejen v dovyšetření přetrvávající infekce, ale i prodlevy v nasazení léčby, a to léčby adekvátní, došlo k výrazné progresi klostridiové infekce a vlivem působení toxinu A i B k dalšímu poškození tlustého střeva, kdy tento stav vyústil až v život ohrožující toxické megakolon s nutností jeho odejmutí.

Důkazy – přílohy:

Opis zdravotnické dokumentace:

- str. 11 – zpráva infekčního konzilia ze dne 20. 7. 2014 se záznamem průběhu hospitalizace a léčby na ženském odd.
- str. 12 – antibiogram – 17. 7. výtěr z pochvy (laboratoř neuvádí citlivost patogenu ke Klindamycinu)
- str. 13 – antibiogram – 19. 7. hemokultura (laboratoř neuvádí citlivost patogenu ke Klindamycinu)
- str. 14 – antibiogram – 19. 7. stěr z urogenitálu (laboratoř neuvádí citlivost patogenu ke Klindamycinu)
- str. 15 – antibiogram – 19. 7. stěr ze sutury (laboratoř neuvádí citlivost patogenu ke Klindamycinu)

str. 16 – článek Klostridiová kolitida – stále narůstající nebezpečí (<https://www.internimedica.cz/pdfs/int/2013/06/03.pdf>) (prof. MUDr. Petr Husa, CSc., prof. MUDr. Jiří Beneš, CSc., MUDr. Otakar Nyč, Ph.D.)

versus

Odborné vyjádření pana doc. MUDr. [REDACTED] PhD., MBA:

str. 19 – odborné vyjádření týkající se adekvátnosti léčby klostridiové infekce

Ambulantní zpráva

Tisk: 20.7.2014 20:17:20

Příjmení, jméno: **Jindrová Eliška**

Zdravotní pojišťovna: **111**

Rodné číslo:

Adresa:

Úvod:

TK 160/65mmHg, TF 95/min, SpO2 75% bez O2.

Pacientka přijata na gynekologii k hysterektomii pro ca endometria.

Anamnesticky: DM 2. typu an inzulinu, hypertenze, st.p. operaci benigního tu mozku, st.p. APE,

Stav po hysterektomii a adnexektomii, po lymfadenektomii. Stena trancniku v cele delce cirkularne zesilena, s maximem v oblasti caeka a ascendens a v oblasti sigmoidea. Kolostaza trancniku. Tenke klicky bez distenze, bez hladinek.

4.7. hysterektomie laparoskopicky, profylakticky 3x dávka Augmentinu 1,2 g i.v..

Od 4.7. večer febrilní T do 38°C, Od 6.7. zpět Augmentin + Metronidasol (ten po 3 dnech opět vysazen), od 7.7. průjemová stolice.

8.7. CŽK sama EX, není zápis o neklidném okolí kanyly.

16.7. CT břicha: Prosaknutí v konvexitě sakra, tekutinova kolekce pod caekem v úrovni lopaty kosti kyčelní. Mezi klickami rezistenci char. abscesu neprokazují.

16.7. po 10 dnech vysazen Augmentin, dále ATB terapie: Gentamicin 240 mg á 24 hod., Klindamicin 600 mg á 8 hod.

17.7. telefonicky hlášena pozitivita Clost. difficile (pozitivní Ag i enterotoxin A+B), nasazen

Vankomicin 250 mg á 6 h. p.o. , Gentamicin, Klindamicin ponechán.

Ve výtěru z pochvy kvasinky, pooperační jizvy: v P podbřišku serosní sekrece, 19.7. proveden stěr, výsledek ještě není znám.

20.7. ráno hlášena pozitivní HMK, G+ koky z 1nabrané HMK, aerobní lahvička, celkem nabraná pouze 1. Po konzultaci s mikrobiologem doporučeno: Oxacillin 2 g po 4 hod., Gentamicin 240 mg i.v. á 24 hod., Metronidazol 1 g i.v. á 24 hod.

SP: Pacientka unavená, leží na lůžku, neschopna se posadit, není jí dobře, bolí celé tělo, všechny klouby. Orientovaná místem, časem i osobou je, nyní afebrilní, zelené páchnoucí stolice stále, nezvracela. Dýchání čisté, sklípkové, AS pravidelná, bez šelestu, břicho nad niveau, podfouklé, peristaltika spíše obleněná, není přístupné palpaci. Rány po laparoskopii klidné, vyjma rány v P podbřišku, která je zející, okraje však čisté, nyní bez sekrece. Celkově prosáklá, klouby bez otoku, kůže bez hemoragických projevů. DK bez zn. TEN, neurologicky orientačně bez lateralizace. Vstup kolem PŽK klidný.

Závěr: pacientka přijata plánovaně k hysterektomii pro ca endometria, výkon bez komplikací, pooperačně febrilní, nasazeno ATB, několikrát změna v ATB pro vysoké zánětlivé parametry. CT vyloučení absces v dutině břišní, nález kolitidy, pozitivní Clostridium dif. Ag i toxin A+B ve stolici. Úprava ATB dle konzultace s ATB centrem. 19.7. odebrána 1x HMK, kde hlášeny G+koky. Konzultováno s mikrobiologem, změna ATB na Gentamicin+ Metronidazol, + vankomicin p.o., klinicky pacientka horší, vysoké CRP.

Doporučení: O2 brýlemr, během dneška HMK min. 2x, zítra opět min 2x + další při teplotě, zimnici, třesavce, kontrola KO, biochemie, UZ břicha k vyloučení megakolon, UZ srdce k vyloučení infekční endokarditidy. ATB jak zavedeno Metronidasol navýšit na 500 mg i.v. po 8 hod. Zítra vytelefonovat výsledek stěru z rány a výsledek HMK, naše konsilium. Pravidelná monitorace TK, TF, Sat. Do medikace zařadit probiotika Lactobacillus 2-2-2 cps., Nekadyl 1-0-1 cps.

Hlavní DG: C549 ZN -tělo děložní - corpus uteri NS
Ostatní DG:

Datum vyšetření: 20.07.2014 19:34

Lékař: MUDr.

Pacient byl srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu informován o svém zdravotním stavu a o doporučeném dalším diagnostickém a léčebném postupu.
Ambulantní zpráva pro registrujícího lékaře byla předána pacientovi.



265

Denní nález

1 / 1

CL - Laborator lékařské mikrobiologie, Pracoviště parazitologie a mykologie



Zdravotnická laboratoř č. 8239 akreditovaná ČIA podle ČSN EN ISO 15189:2007
v rozsahu uvedeném v příloze Osvědčení o akreditaci (OA).

Jméno : Jindrová Eliška

Lékař :

Nemocnice

Poznámka:

Č. poj. :

ZP : 111

Dg. : C549

IČZ :

Období : 16.7.2014 9:00:00

Přijato : 17.7.2014 8:49:00

OpenLIMS STAPRO s. r. o.
Tisk : 18.7.2014 8:44:26

Laboratorní číslo: MMY-2913

Určení kvasinek (AM)

Kvasinka z bakteriologické kultivace. Původní materiál: výtěr z pochvy

Candida albicans

Citlivost kvalitativní (AM)

Itrakonazol	c	Flukonazol	c	Ketokonazol	c
Ekonazol	c	Klotrimazol	c	Nystatin	c
Ciklopiroxolamin	c	Mikonazol	c		

Hodnocení: c - citlivý, i - intermediární, r - rezistentní

Provedeno dle akreditovaných metod (AM):

Názvy akreditovaných metod jsou uvedené v příloze OA na www.cia.cz.

Žádanka ze dne: 16.7.2014 9:00

Uvolnil:

236

257

CL - Laboratoř lékařské mikrobiologie, Pracoviště bakteriologie

Zdravotnická laboratoř č. 8239 akreditovaná ČIA podle ČSN EN ISO 15189:2007
v rozsahu uvedeném v příloze Osvědčení o akreditaci (OA).

Jméno : Jindrová Eliška

Č. poj. :

Lékař :

ZP : 111

Nemocnice

Dg. : C549

IČZ :

Poznámka:

OpenLIMS STAPRO s. r. o.

Odběr : 19.7.2014 10:20:00

Přijato : 19.7.2014 10:38:00

Tisk : 22.7.2014 7:45:16

klinické údaje: gentamicin, dalacin, vanomycin
TT 38,2°C

Laboratorní číslo: BH-3806

Vyšetření: Hemokultura fakultativní (AM)

1. vzorek z periferie

**Kultivační vyšetření pomocí aut. systému
aerobní****Staphylococcus epidermidis**

betalaktamáza negativní

Citlivost kvantitativní

Clindamycin	>=4 mg/l (r)	Gentamicin	mg/l (*)	Linezolid	mg/l (*)
Oxacilin/cefalosp. I.gen.	>=4 mg/l r	Rifampicin	mg/l (*)	Tetracyklin	mg/l (*)
Trimetoprim+sulfonam.	mg/l (*)	Vankomycin	2 mg/l c		

C=citlivý, R=rezistentní *) Výsledek je k dispozici po telefonické konzultaci.

**Kultivační vyšetření pomocí aut. systému
anaerobní****Staphylococcus epidermidis**Poznámka: Kontaminace? Výsledek je nutné hodnotit vzhledem ke klinickému stavu pacienta.

Provedeno dle akreditovaných metod (AM):

Názvy akreditovaných metod jsou uvedené v příloze OA na www.cia.cz.

Žádanka ze dne: 19.7.2014 10:20

Uvolnil:

242

389

CL - Laboratoř lékařské mikrobiologie, Pracoviště bakteriologie

Jméno : Jindrová Eliška

Č. poj. : [redacted]

Lékař : [redacted]

ZP : 111

Nemocnice

Dg. : C549

IČZ: [redacted]

Poznámka:

OpenLIMS STAPRO s. r. o.

Odběr : 19.7.2014 7:20:00

Přijato : 19.7.2014 10:39:00

Tisk : 22.7.2014 7:53:06

Klinické údaje: Gentamicin, Dalacin, Vankomycin

Laboratorní číslo: BO-09938

Vyšetření: Stěr z urogenitálu

Mikroskopie Gramem:

Sekret, Epitelie +, G- tyčky +,

Interpretace (zvětšení 1000x)/ 1 zorné pole: + = 0-1, ++ = 2-10, +++ = 10-100, ++++ => 100

Aer. kult. z urogenitálního traktu

Proteus mirabilis

Citlivost kvalitativní

Ampicilin	<u>c</u>	Aminopenicilin s inhibitorem	*)	Trimetoprim+sulfonam.	<u>c</u>
Gentamicin	<u>c</u>	Ciprofloxacín	*)	Cefuroxim	*)

C=citlivý, R=rezistentní *) Výsledek je k dispozici po telefonické konzultaci.

Staphylococcus species koaguláza negativní
ojediněle

Kvasinky
ojediněle

Kultivace po pomnožení

Proteus mirabilis

22/2 15

Žádanka ze dne: 19.7.2014 7:20

Uvolnil: [redacted]

211
285

CL - Laboratoř lékařské mikrobiologie, Pracoviště bakteriologie



Zdravotnická laboratoř č. 8239 akreditovaná ČIA podle ČSN EN ISO 15189:2007
v rozsahu uvedeném v příloze Osvědčení o akreditaci (OA).

Jméno : Jindrová Eliška

Č. poj. : [redacted]

Lékař : [redacted]

ZP : 111

Nemocnice

Dg. : C549

IČZ : [redacted]

Poznámka:

OpenLIMS STAPRO s. r. o. —

Odběr : 19.7.2014 7:20:00

Přijato : 19.7.2014 10:39:00

Tisk : 22.7.2014 7:50:42

klinické údaje: gentamicin, dalacin, vankomycin

Laboratorní číslo: BKM-6301

Vyšetření: Stěr (AM)

ze sutury

Mikroskopie Gramem:

Negativní.

Interpretace (zvětšení 1000x)/ 1 zorné pole: += 0-1, ++ = 2-10, +++ = 10-100, ++++ => 100

Aer. kult. klinického materiálu

Enterobacter cloacae

ojetiněle

Citlivost kvalitativní

Ampicilin	r	Cefotaxim	c	Aminopenicilin s inhibitorem	r
Ceftazidim	*)	Gentamicin	*)	Amikacin	*)
Ciprofloxacín	c	Piperacilin+tazobaktam	*)	Meropenem	*)

C=citlivý, R=rezistentní *) Výsledek je k dispozici po telefonické konzultaci.

Poznámka: /Kolonizace? Výsledek je nutné hodnotit vzhledem ke klinickému stavu pacienta.

Provedeno dle akreditovaných metod (AM): [redacted]

Názvy akreditovaných metod jsou uvedené v příloze OA na www.cia.cz.

Žádanka ze dne: 19.7.2014 7:20

Uvolnil: [redacted]

215

327

Klostridiová kolitida – stále narůstající nebezpečí

prof. MUDr. Petr Husa, CSc.¹, prof. MUDr. Jiří Beneš, CSc.², MUDr. Otakar Nyč, Ph.D.³

¹Klinika infekčních chorob LF MU a FN Brno, Brno

²Klinika infekčních nemocí 3. LF UK a Nemocnice na Bulovce, Praha

³Ústav lékařské mikrobiologie 2. LF UK a FN Motol, Praha

Clostridium difficile je v současnosti hlavní příčinou nozokomiálních průjmů v rozvinutých zemích světa. Infekce *Clostridium difficile* (CDI) je potencióálně smrtelné onemocnění s celosvětově narůstající incidencí. Navzdory intenzivnímu výzkumu nových léků účinných na CDI, představuje léčba CDI stále velký problém zejména vzhledem k vysoké pravděpodobnosti vzniku rekurence a rezistence na léčbu.

Klíčová slova: infekce *Clostridium difficile*, vancomycin, metronidazol, fidaxomicin.

Clostridium difficile infection – a still growing risk

Clostridium difficile is the main cause of nosocomial diarrhea in industrialized countries. *Clostridium difficile* infection (CDI) is a potentially fatal illness with an increasing incidence worldwide. Despite intensive ongoing research into CDI treatment, management of CDI still poses serious problems, such as high probability of recurrence and refractoriness to treatment.

Key words: *Clostridium difficile* infection (CDI), vancomycin, metronidazole, fidaxomicin.

Interní Med. 2013; 15(6–7): 201–204

Úvod

Clostridium difficile (CD) je grampozitivní sporující bakterie prvně izolovaná v roce 1938 ze stolice zdravých novorozenců (1). V současnosti je CD nejčastějším původcem nemocničních střevních infekcí. Onemocnění je v mezinárodní terminologii označováno zkratkou CDI (*Clostridium difficile* infection). Ačkoli CD je považováno za významného střevního patogena již od 80. let minulého století, jeho epidemiologie doznala zásadních změn počátkem třetího tisíciletí. Nebývalý počet CDI charakterizovaných často těžkým průběhem, vysokou mortalitou a častějším selháním léčby byl zprvu zaznamenán v Kanadě, USA a následně se podobné problémy vyskytly v dalších zemích včetně většiny evropských (2). Některé analýzy z poslední doby dokumentují tento pokračující celosvětový vzestupný trend s odhadem více než 300 000 nových případů ročně a mortalitou pohybující se mezi 15 000–20 000 (3).

I v České republice je jasně patrný trend k nárůstu počtu hlášených případů CDI v posledních letech. V roce 2008 bylo hlášeno 303 případů CDI, v roce 2009 473, v roce 2010 761, v roce 2011 1552 a v roce 2012 2241 onemocnění (4). Na Klinice infekčních chorob FN Brno bylo v roce 2008 hospitalizováno pouze 35 pacientů s touto diagnózou, o rok později to bylo již 107 pacientů, v roce 2010 194, v roce 2011 184 a v roce 2012 229 případů CDI (5, 6).

Mimořádný nárůst incidence CDI v České republice vyvolal nutnost vytvoření Doporučeného postupu diagnostiky a léčby

kolitidy vyvolané *Clostridium difficile* (7). Toto doporučení bylo sepsáno a opakováno širokou lékařskou veřejností v průběhu roku 2012. Následně se 3 odborné společnosti České lékařské společnosti J. E. Purkyně – Společnost infekčního lékařství, Společnost pro epidemiologii a mikrobiologii a Společnost pro lékařskou mikrobiologii – staly garanty tohoto doporučení. Tento článek obsahuje řadu informací uvedených v tomto doporučeném postupu.

Epidemiologie

CD patří v současnosti mezi nejvýznamnější původce nozokomiálních infekcí. Pravděpodobnost kolonizace nemocničních pacientů narůstá s délkou hospitalizace a je závislá na lokální epidemiologické situaci. Zatím nepotvrzeným, ale dosti pravděpodobným zdrojem kolonizace a možné infekce v komunitě mohou být domácí zvířata, případně některé masné produkty. Udává se, že kolem 5% dospělé populace v komunitě je na sliznici tlustého střeva bezpříznakově osídleno CD. Vysoké procento kolonizace (> 50%) *C. difficile* se uvádí u dětí v prvních několika měsících po narození, i když klinicky manifestní infekce jsou u této skupiny obyvatelstva výjimečné.

V současnosti je identifikována celá řada dalších hypervirulentních ribotypů CD. V souvislosti s těžkými formami CDI byl prvně popsán hypervirulentní ribotyp 027, který produkuje i tzv. binární toxin, jehož mechanismus účinku není zatím jednoznačně objasněn. V České republice byl u těžkých forem CDI opakovaně prokázán

poměrně unikátní ribotyp 176, někdy označovaný jako „027 like“, právě z důvodů podobných genetických a biologických charakteristik (8).

Patogeneze

CD nepatří mezi invazivní patogeny, zpočátku jen adhezuje na stěnu tračníku. Jedná-li se o toxigenní kmen, který produkuje toxiny A i B, pak tyto toxiny působí synergicky a v okolí mikrobiální kolonie poškozují jak střevní epitel, tak i hlubší vrstvy střevní stěny. Vznik průjmu v této situaci představuje samočistící mechanismus a je pro nemocného prospěšný. U pacientů, kde se průjem nevyvine nebo je mu zabráněno podáním léků snižujících střevní peristaltiku, onemocnění progreduje. Vznikají ostrůvkovité ulcerace a jejich povrch se pokrývá pablánami. Působením toxinu B na hladkou svalovinu a vegetativní nervy ve stěně tračníku dojde postupně k zástavě peristaltiky a rozvoji ileu, což dále podporuje množení mikrobu. Terminální stadium nemoci se vyznačuje enormním roztažením tračníku (megakolon) a postupnou ztrátou bariérové funkce střevní sliznice, takže různé střevní bakterie mohou pronikat do hlubších tkání. Rychle se rozvíjí sepse s vysokou smrtností.

Klinický obraz

Rizikové faktory pro vznik CDI jsou uvedeny v tabulce 1. CDI většinou vzniká jako důsledek předchozí antibiotické léčby zejména potencovanými i nepotencovanými aminopeniciliny, cefalosporiny všech generací a fluorochinolony. Historicky jsou za vysoce rizikové považovány

Tabulka 1. Faktory disponující k vzniku CDI (4, 8)

Disponující faktor	Typické příklady
střevní dysmikrobie	antibiotická léčba (zejména aminopeniciliny, cefalosporiny, linkosamidy, fluorochinolony)
imobilita střeva	stavy po operaci v břišní dutině, podávání léků tlumících peristaltiku, gravidita
celková imobilita	dlouhodobý pobyt na lůžku, operace v celkové narkóze, revmatické a nervové choroby omezující hybnost
porucha slizniční imunity v GIT	nedostatečná tvorba slizničních IgA, karence bílkovin, maligní tumory, léčba cytostatiky, ulcerózní kolitida
vyšší věk	incidence a závažnost nemoci podstatně narůstá od věku ≥ 65 let

linkosamidy. Relativně nižší dispoziční k výskytu CDI je uváděna u aminoglykosidů, makrolidů a kotrimoxazolu. Nicméně každé systémové aplikované antibiotikum s nižší nebo vyšší intenzitou narušuje rovnováhu přirozené bakteriální mikroflóry. Doba vyvolávající antibiotické léčby činí několik dní až týdnů; byl popsán vznik klostridiové kolitidy i po jediné dávce antibiotik. Onemocnění se může objevit během antibiotické léčby nebo až do 3 měsíců po jejím skončení.

Klinická závažnost CDI kolísá od asymptomatického nosičství, přes nekomplikovanou kolitidu (bez pablán), až po těžkou pseudomembranózní kolitidu, probíhající pod obrazem sepse, a toxické megakolon s parézou a nekrózou střeva. Příznaky svědčící pro těžký průběh klostridiové kolitidy jsou uvedeny v tabulce 2. Pacienti ve věku ≥ 65 let, se závažnými komorbiditami a/nebo se závažnou poruchou imunity je nutné považovat za nemocné s těžkým průběhem CDI a podle toho je také tak léčit (7, 9).

Rekurence onemocnění

Dokud se po CDI neobnoví fyziologický střevní mikrobiální ekosystém, zůstává organizmus vysoce vnímavý kopětovnému přemnožení klostridií a tedy nové atace nemoci. U těchto rekurencí lze někdy rozlišit relaps (opětné vzplanutí infekce z klostridií nebo jejich spór, které zůstaly ve střevním traktu) od reinfekce (nová infekce způsobená spórami klostridií z vnějšího prostředí; může se jednat o stejný nebo jiný kmen). Předpokládá se, že reinfekce jsou častější než relapsy, protože infekční dávka u vnímavého jedince se pohybuje pouze v řádu desítek až stovek spór. K opětnému rozvoji infekce proto u disponovaných osob dochází velmi snadno. Je důležité si uvědomit, že příčinou rekurencí není selhání poskytnuté antibiotické léčby v důsledku rezistence. Rekurence mohou mít lehčí, ale i těžší průběh než předchozí ataka. Obvykle k nim dochází do 2 měsíců od předchozí ataky. Po první atace se pravděpodobnost rekurence pohybuje v rozmezí 15–25%. Objevila-li se druhá ataka, dosahuje pravděpodobnost vzniku další

rekurence 40–50%. Byly popsány i případy s více než dvaceti rekurencemi. Pacient s opakovanými atakami klostridiové kolitidy je ohrožený dehydratací, minerálovým rozvratem, malnutrií a celkovým vyčerpáním.

Laboratorní diagnostika

Mikrobiologické vyšetření stolice cílené na průkaz CD se má provádět pouze u pacientů s klinickým podezřením na CDI. Není indikováno u jedinců s formovanou stolicí a obvykle ani u dětí do 2 let věku. Děti v tomto období jsou často kolonizovány CD, tato bakterie však u nich nepůsobí závažná onemocnění, protože do dvou let věku ještě nejsou na sliznici tračnicku vyvinuty receptory, s nimiž toxiny A a B reagují. Rutinně se provádí především průkaz toxinů A a B metodou ELISA, senzitivita je 60–80%. Výhodou je jednoduchost a rychlost testu, průkaz přímo toxinů, vysoká pozitivní prediktivní hodnota (PPV), což znamená, že pozitivní výsledek s velkou spolehlivostí prokazuje klostridiovou infekci, nevýhodou je omezená citlivost. Možný je i průkaz specifického antigenu (glutamát dehydrogenázy – GDH), senzitivita je 90–100% a výhodou je jednoduchost a rychlost testu, vysoká negativní prediktivní hodnota (NPV), což znamená, že negativní výsledek s velkou spolehlivostí vylučuje možnost klostridiové infekce. Nevýhodou je nemožnost rozlišit infekci toxigenními a netoxigenními kmeny a možnost zkřížené reakce s jinými anaerobními bakteriemi. Vzhledem k rozdílné citlivosti různých metod je podle současných doporučení preferována kombinace dvou nebo více testů. Určení GDH je považováno za optimální test pro vyřazení negativních vzorků. V případě positivity tohoto testu je třeba dalších doplňujících vyšetření jako průkaz toxinů, kultivace, případně polymerázové řetězové reakce (PCR). Smyslem doplňujících metod je získání co nejspolehlivějšího výsledku, tedy vyloučení nebo potvrzení přítomnosti toxigenního kmene CD.

Na rozdíl od průměrných onemocnění vyvolaných salmonelami či shigelami se po ukončení léčby CDI neprovádí mikrobiologické vyšetření

Tabulka 2. Příznaky svědčící pro těžký průběh CDI (4, 8)

■ horečka >38,5 °C
■ zimnice a třesavky
■ hemodynamická nestabilita včetně septického šoku
■ známky peritonitidy
■ paralytický ileus
■ leukocytóza > 15 × 10 ⁹ /l
■ posun doleva (> 20% tyčí v diferenciálu leukocytů)
■ vzestup kreatininu v séru (> 50% nad obvyklou hodnotou)
■ vzestup hladiny laktátu v séru
■ pseudomembranózní kolitida zjištěná koloskopicky
■ rozpětí tračnicku prokázané zobrazovacím vyšetřením

stolice s cílem prokázat eventuální nosičství. Podobně není indikováno vyšetřování nebo dokonce antibiotická léčba bezpříznakových osob (pacienti v kontaktu, ošetřující personál, členové pacientovy rodiny). Nakažlivost je u této nemoci vázána na existenci průjmů, a proto o době trvání izolace rozhodují výhradně klinická hlediska.

Endoskopický obraz klostridiové kolitidy je v období výskytu ostrůvkovitých pablán natolik charakteristický, že jeho nález se považuje za ekvivalentní mikrobiologickému průkazu CDI. Je třeba mít na paměti i limitace endoskopické diagnostiky. Hodnocení nálezu je subjektivní a u pacientů s těžkým postižením střeva existuje riziko perforace střeva při endoskopickém vyšetření.

Výsledek **ultrazvukového nebo CT vyšetření** může podpořit diagnózu CDI, ale sám o sobě ke stanovení diagnózy nestačí. Častými nálezy jsou dilatace střevních kliček a zánětlivý rozšíření střevní stěny (7, 9).

Léčba

Pokud je to možné, je nutné okamžité ukončení léčby antibiotikem, které vedlo ke vzniku CDI. V případě, že je i nadále nutná antibiotická léčba, přichází do úvahy buď náhrada původního antibiotika cíleně jiným s užším spektrem účinnosti a nižším potenciálem pro vyvolání CDI a současné zahájení léčby CDI, nebo pokud nelze původní antibiotikum plnohodnotně nahradit, pokračování v této antibiotické léčbě po dobu nezbytně nutnou a současně zahájení léčby CDI. Dietní opatření nemají zásadní význam v léčbě CDI. Obecně je nutná rehydratace, kolidická dieta (tj. nenadýmavá, bez jiných zvláštních omezení), u těžších případů parenterální výživa. Léky tlumící střevní peristaltiku (spasmolytika, opiáty) jsou kontraindikovány – hrozí toxické megakolon se zástavou peristaltiky a možností perforace střeva. Léky tlumící žaludeční aciditu jednoznačně přispívají ke vzniku CDI, není však jasné, zda ukončení podávání těchto léků příznivě ovlivňuje průběh již vzniklé CDI.

Standardní medikamentózní léčba se řídí podle tíže onemocnění a podle toho, zda jde o první ataku CDI či rekurenci. **Při lehké a středně těžké formě první epizody nebo první rekurence CDI** se podává metronidazol v dávce 500 mg, 3x denně perorálně nebo intravenózně, po dobu 10–14 dní. Při těžké formě CDI vancomycin v dávce 125 mg, 4x denně perorálně nebo vancomycin 125 mg, 4x denně perorálně, v kombinaci s metronidazolem v dávce 500 mg, 3x denně intravenózně. Doba léčby činí 10–14 dní. **Při druhé a další rekurenci CDI nebo první rekurence a současně přítomnosti závažných rizikových faktorů** u pacienta je zatím lékem volby vancomycin v dávce 125 mg, 4x denně perorálně nebo vancomycin ve stejné dávce v kombinaci s metronidazolem v dávce 500 mg, 3x denně intravenózně. Doba této léčby činí 10–14 dní a následně se pokračuje podáváním vancomycinu v sestupném dávkování, např. 125 mg 1. týden 2x denně, potom 2. týden 1x denně, potom 3. týden 1x obden, potom 4. týden 1x každý třetí den. **V případě toxického megakolon** se podává vancomycin ve formě klyzmat (500 mg po 4–12 hodinách) současně s metronidazolem v dávce 500 mg, 3x denně intravenózně. Při zhoršujícím se klinickém stavu je indikována kolektomie jako život-zachraňující výkon (7, 9).

Od počátku roku 2013 je v České republice dostupná účinnější léčba primární ataky i rekurencí CDI. Představuje ji fidaxomicin, což je nové syntetizované makrocyclické antibiotikum, které

je podle publikovaných dat použitelné pro léčbu všech forem CDI včetně rekurentních. Selektivně působí na CD s minimálním ovlivněním ostatní střevní mikroflóry. Další předností fidaxomicinu je významně nižší riziko rekurencí CDI – ve srovnání s vancomycinem je jejich výskyt redukován téměř na 50%. Fidaxomicin se podává perorálně v dávce 200 mg, 2x denně po dobu 10 dní, systémová absorpce je nízká (9). Z hlediska antibiotické politiky je používání fidaxomicinu výhodnější než podávání vancomycinu, kde zejména při větším výskytu rekurentních forem a častější aplikaci sestupného několikrát denně podávání (viz výše) hrozí nárůst rezistence u enterokoků (10).

Probiotika se sice často užívají v primární (snížení rizika vzniku CDI při antibiotické léčbě) a sekundární (snížení nebezpečí rekurence CDI) profylaxi CDI, ale v profylaxi vzniku ani v léčbě CDI nebyl efekt probiotik jednoznačně prokázán. Signifikantní přínos probiotické léčby byl zjištěn pouze při podávání přípravků obsahujících živé kvasinky *Saccharomyces boulardii*, na druhé straně při použití tohoto léku u imunokompromitovaných pacientů byl popsán rozvoj systémové mykotické infekce (7).

Literatura

1. Savage DC. The microbial flora in the gastrointestinal tract. *Prog Clin Biol Res* 1981; 77: 893–908.
2. Cartman ST, Heap JT, Kuehne SA, et al. The emergence of 'hypervirulence' in *Clostridium difficile*. *Int J Med Microbiol*. 2010; 300(6): 387–395.

3. Bishop KD, Castillo JJ. Risk factors associated with *Clostridium difficile* infection in adult oncology patients with a history of recent hospitalization for febrile neutropenia. *Leuk Lymphoma*. 2012; 53(8): 1617–1619.

4. Státní zdravotní ústav, databáze Infekce v ČR – EPIDAT, dostupné na www.szu.cz.

5. Vojtilová L, Freibergová M, Juránková J, Husa P, Polák P, Kocourková H. Analýza souboru pacientů s onemocněním vyvolaným toxinem *Clostridium difficile* hospitalizovaných na Klinice infekčních chorob v Brně v letech 2007–2010. *Klin mikrobiol inf lék* 2011; 17(6): 208–213.

6. Vojtilová L, Pýchová M, Freibergová M, Juránková J, Bortlíček Z, Husa P. Rizikové faktory rekurentního a těžkého průběhu kolitidy vyvolané infekcí *Clostridium difficile*. *Vnitřní Léč* 2013; 59(1): 23–30.

7. Beneš J, Husa P, Nyč O. Doporučený postup diagnostiky a léčby kolitidy vyvolané *Clostridium difficile*. *Klin mikrobiol inf lék* 2012; 18(5): 160–167.

8. Nyč O, Pituch H, Matějková J, et al. *Clostridium difficile* PCR ribotype 176 in the Czech Republic and Poland. *Lancet* 2011; 377(9775): 1407.

9. Bauer MP, Kuijper EJ, van Dissel JT. European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID): treatment guidance document for *Clostridium difficile* infection (CDI). *Clin Microbiol Inf* 2009; 15: 1067–1079.

10. Louie TJ, Miller MA, Mullane KM, et al. Fidaxomicin versus vancomycin for *Clostridium difficile* infection. *N Engl J Med* 2011; 364: 422–431.

Článek přijat redakcí: 18. 2. 2013
Článek přijat k publikaci: 28. 3. 2013

prof. MUDr. Petr Husa, CSc.

Klinika infekčních chorob LF MU a FN Brno
Jihlavská 20, 625 00 Brno
phusa@med.muni.cz



ATB terapie správně přidán *Gentamycin* a *Klindamycin*. Je správně realizováno CT vyšetření, které vylučuje přítomnost abscesu či volné tekutiny a potvrzuje difuzní zesílení stěny colon a sigmoideum.

- Dne 17.7. byl hlášen nález *Clostridium difficile*, na který bylo správně reagováno nasazením adekvátní terapie Vankomycinem, chybně ale až s odstupem cca 20 hodin. S ohledem na celkový stav pacientky nebylo chybou pokračování v dosavadní antibiotické léčbě, jak namítá stěžovatelka (viz. Doporučený postup Společnosti infekčního lékařství, Společnosti pro epidemiologii a mikrobiologii a Společnosti pro lékařskou mikrobiologii (6/2014))
- V dokumentaci se objevují chyby: občas se objevují zápisy, které se kopírují z předchozích dnů. Jsou tak k nalezení i rozporuplné informace. Občas dochází i k rozdílu mezi zápisy sesterskými a lékařskými. Vzhledem k celkovému rozsahu dokumentace je ale počet takových nálezů malý a jde zjevně o administrativní chyby. Z dokumentace je zjevná pečlivá snaha personálu o léčbu pacientky, příznaky podceňovány nejsou, jsou i poznámky o předávání informací rodině.
- Překlad na Infekční oddělení proběhl správně.
- K další péči v nemocnici [REDACTED] se nemohu z pozice své odbornosti vyjadřovat.

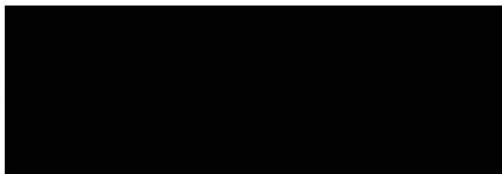
Komentář:

Infekce způsobené *Clostridium difficile* představují závažný problém ve všech srovnatelných vyspělých zdravotnických systémech. Výskyt těchto infekcí roste, např. v Rakousku stoupl počet infekcí ze 777 případů v roce 2003 (z toho 54 smrtelných) na 2192 v roce 2006 (z toho 150 smrtelných), stejně tak v Dánsku byl zaznamenán vzestup z 86 případů v roce 1997 na 282 případů v roce 2007. Tím rozhodně nechci tento konkrétní případ nijak bagatelizovat, chci jen poukázat na to, že komplikace se stávají a jejich vývoj je obtížně předvídatelný.

V konkrétním případě p. Elišky Jindrové byl patogen zjištěn a pacientka byla adekvátně léčena. Průběh nemoci byl komplikovaný. Otázka, která se mezi řádky vine celou stížností, zda mohla být příčina zjištěna dříve, je čistou spekulací. Situaci je nutno hodnotit "ex ante" (personál neví, že



Nemocnice akreditovaná
Joint Commission International



Kód MTZ: 391336

Průjmovitá stolice – jeden z přehlížených příznaků klostridiové infekce

Pan docent MUDr. [REDACTED] PhD., MBA ve svém odborném vyjádření v závěru uvádí, že – cituji:

“Objevuje se průjmovitá stolice (8. 7. průjmovitá, 9. 7. řídká, 10. 7. stolice je řídká, ale méně, než byla, další dny již bez specifikace konzistence.“ – konec citace

Tímto výrokem posuzující odborník popírá nejen své vlastní tvrzení objevující se u hodnocení dne 14. 7. 2014 na jedné z předešlých stran svého odborného vyjádření (citace), ale opomíjí navíc např. fakt, že se v sesterských záznamech později objevují údaje o stolici zelené, vodnaté, samovolně odcházející (od 19. 7. 2014). K překladu pacientky s těžkou klostridiovou infekcí ze ženského na JIP infekčního oddělení došlo až 21. 7. 2014.

“Stolice celkem 5x 3:10 s. [REDACTED] - stolice řídkší (méně), 5:00 s. [REDACTED] – něco málo stolice, 12:20 s. [REDACTED] – stolice +, 15:30 močí spont. + stolice, 21:00 s. [REDACTED] – byla na stolici“
- konec citace vztahující se k hodnocení dne 14. 7. 2014

Skutečnost je taková, že **počínaje dnem 7. 7. 2014 byla sestrami průběžně zaznamenávána průjmovitá stolice naplňující definici akutně vzniklého průjmu** (časté vyprazdňování – více než 3x denně řídké stolice v množství větším, než 250 g/den) a stejně tak tomu bylo i dne 14. 7. 2014, tzn. v den, kdy byla z krevního rozboru ze dne 10. a 11. 7. 2014 známa přetrvávající infekce – sepse – nereagující na empirickou léčbu (bez znalosti patogenu, vycházející ze zkušenosti lékaře) zahájenou již před pěti dny. K dověšetření infekce došlo teprve v den plánovaného propuštění pacientky po zhlédnutí výsledků ranního odběru, a to 16. 7. 2014.

Septických ukazatelů v krevním rozboru ze dne 10. a 11. 7. 2014 si však posuzující odborník pan docent MUDr. [REDACTED] PhD., MBA (jak je patrné z dříve uvedeného) **zřejmě nepovšiml nebo hůře – ignoroval je**, neboť by pak nemohl v úplném závěru svého odborného vyjádření tvrdit, že – cituji:

“**Otázka, která se mezi řádky vine celou stížností, zda mohla být příčina zjištěna dříve, je čistou spekulací.** Situaci je nutno hodnotit ex ante (personál neví, že situace bude mít komplikovaný průběh) a s přihlédnutím k tomu, že pacientka byla již před operací zatížena řadou nemocí, současné onemocnění bylo maligní a mnohé pooperační potíže, kterými pacientka trpěla (teplota, průjem) jsou u takto zatížených pacientů běžné a relativně časté.“ – konec citace

K malignitě onemocnění bych podotkla, že operace karcinomu dělohy proběhla úspěšně, nádor zasahoval méně než ½ děl. stěny a bylo nám sděleno, že prognóza je tedy velmi příznivá. Polymorbidní pacientkou má maminka zcela jistě byla (diabetes mellitus, operace benigního meningeomu na mozk. plenách, hypertenze), znamená to však, že z tohoto titulu **mohou lékaři během pooperační péče o pacienta téměř týden přehlížet jasně ukazatele přetrvávající infekce – sepse - se všemi jejími dalšími projevy (teplota, průjem, bolesti břicha, nadýmání) bez jakékoliv diagnostické intervence a cílené léčby?**

Ne, nehovoříme zde o spekulaci nad včasností zjištění infekce, nýbrž o postupech non lege artis.

Důkazy – přílohy:

Opis zdravotnické dokumentace:

str. 20 – záznam sesterského personálu o stolici ze dne 14. 7. 2014 – 2 dny před plánovanou dimisí pacientky

str. 21 – záznam sesterského personálu o stolici ze dne 19. 7. 2014, která začala odcházet již samovolně

versus

Odborné vyjádření pana doc. MUDr. [REDACTED], PhD., MBA:

str. 22 – tvrzení v závěru odborného posouzení, že po 10. 7. 2014 již nebyla konzistence stolice specifikována

str. 23 – tvrzení, že otázka, zda mohla být příčina vyšetřena dříve, je čistou spekulací

str. 24 – zhodnocení postupu zdravotnického personálu jako správného – poslední list odborného posouzení

ZÁZNAM SESTRY - gynekologie

Jindrová Eliška

ČP: [redacted] Poj: 111
IČP: [redacted] 6F3
Dg: C549 ZEOP Ž

Alergie: ne ano: KS+Rh:

LAHO + AE křídla + lango PM:

Datum: 14/4 2014 Dieta: 9 K: 2
12/9 I: 5 dus 20, 00

8⁰⁰ 3 p', mluvena [redacted]
 8¹⁰ 30 p', dopomoc na WC, stolica ništi (mlni), rily +,
 praxidena hygieny ne spise, na palni' jac. praxidena
 DK, podaly křídla [redacted]
 5⁰⁰ 30 p', dopomoc na WC (nicco mala stolice, rily +),
 praxidena hygieny ne spise, RT 36,0 C, [redacted]
 TK 150/80, P 115
 4 bed - opukerana, pomazana [redacted]
 glykemie 7,3
 10 bed - nic nyz'ada, u'ki se dobu [redacted]
 12⁰⁰ - porzda [redacted]
 12²⁰ dopomoc na WC - ma' spise, dovedeni; stolica +
 hygieny ne spise p' dovedeni a gancu [redacted]
 15³⁰ - dopomoc na WC, ma' spise + stolica, omyla [redacted]
 ne spise pomazana
 16⁴⁵ - vici [redacted]
 17³⁰ - ne spise a pomaz, pomazana [redacted]
 18³⁰ spi, mluveni PRAGEROVA
 20⁰⁰ zodi' mijeli na hlast = 7 qlytra Teala [redacted]
 21⁰⁰ qlytra křídla 12 j. s.c. - podi I. [redacted]
 21²⁰ praxidena [redacted]

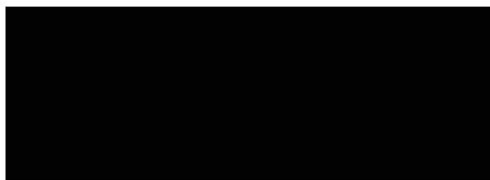
TK: <u>PERIODUM 5 ml, mce</u> 650 fletit	LÉKY PODALA:
P: <u>glu na stolici, omyla ne spise, vici</u>	Podpis sestry [redacted]
TT: 40° [redacted] Perif.kanyla [redacted]	Q [redacted]
39° [redacted] Péče o [redacted]	N 10 [redacted]
38° [redacted]	
37° [redacted]	
36° 36,0 C 36,0 C	
Dren, katetr	

22⁰⁰ podaly ATZ f. t. [redacted]
 24⁰⁰ 3 p', mluveni [redacted]

132

MS

- Preventivní překlad k bezprostřední péči na ARO byl velmi vhodný a prozíravý. Bezprostřední pooperační průběh byl nekomplikovaný.
- Překlad pacientky zpět na gynekologické oddělení byl včasný a správný.
- Na neurologické potíže pacientky (delirium, halucinace) bylo reagováno včas a adekvátně, proběhlo konzilium, byla nasazena akutní léčba ke zvládnutí situace.
- Druhý pooperační den (6.7.2014) byla s ohledem na subfebrilie a počínající známky infekce včas a správně nasazena antibiotická léčba (monoterapie).
- Třetí pooperační den (7.7.2014) byla antibiotická léčba rozšířena na dvojkombinaci (Amoksiklav, Metronidazol) pro velmi rychle stoupající hodnoty zánětlivých parametrů. Tento postup byl správný a včasný, zvolená antibiotika adekvátní. Léčba v této době byla empirická, tzn. vycházela ze zkušeností s podobnými stavy, které jsou relativně časté.
- Byla zahájena rehabilitační péče, pokračovala psychiatrická péče, a bylo realizováno i zobrazovací vyšetření mozku k vyloučení organické příčiny v mozku s ohledem na anamnestické údaje a stav pacientky- s negativním výsledkem.
- Následující dny dochází nejprve ke stagnaci (8.7) a následně k výraznému zlepšení (10.7) hodnot infekčních parametrů, tzn. dobré odpovědi na léčbu, ve které je pokračováno. Objevuje se průjmovitá stolice (8.7. průjmovitá, 9.7. řídká, 10.7. stolice je řídká, ale méně než byla, další dny již bez specifikace konzistence). Metronidazol byl po 4 dnech z nejasných důvodů (zřejmě pro výrazný pokles CRP vysazen, ale v dokumentaci zdůvodnění nenalézám). Následující dny jsou v dokumentaci opakovaně zápisy o tom, že pacientka se cítí lépe, na nic si nestěžuje, vytrhla si centrální žilní katétr, ale nedošlo ke vzniku hematomu, je pokračováno v medikaci ATB.
- Dne 15.7. jednorázová zmínka rehabilitační sestry o bolesti levého nártu. Později se již tato poznámka neobjevuje.
- Dne 16. 7. 2014 proběhlo onkologické konzilium, rozsah operační léčby byl vyhodnocen jako adekvátní a byla doporučena další onkogynekologická dispenzarizace s první kontrolou za 3 měsíce.
- Dne 16.7. došlo k elevaci zánětlivých parametrů, provedeny odběry CD 64 a 16 (cluster designation), které potvrzují systémový zánět a po konzultaci antibiotického centra je do



Kód MTZ: 361336

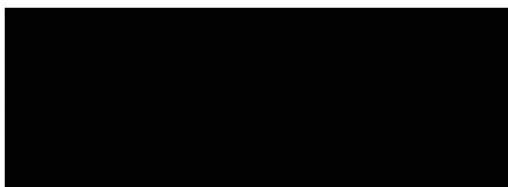
ATB terapie správně přidán *Gentamycin a Klindamycin*. Je správně realizováno CT vyšetření, které vylučuje přítomnost abscesu či volné tekutiny a potvrzuje difuzní zesílení stěny colon a sigmoideum.

- Dne 17.7. byl hlášen nález *Clostridium difficile*, na který bylo správně reagováno nasazením adekvátní terapie Vankomycinem, chybně ale až s odstupem cca 20 hodin. S ohledem na celkový stav pacientky nebylo chybou pokračování v dosavadní antibiotické léčbě, jak namítá stěžovatelka (viz. Doporučený postup Společnosti infekčního lékařství, Společnosti pro epidemiologii a mikrobiologii a Společnosti pro lékařskou mikrobiologii (6/2014))
- V dokumentaci se objevují chyby: občas se objevují zápisy, které se kopírují z předchozích dnů. Jsou tak k nalezení i rozporuplné informace. Občas dochází i k rozdílu mezi zápisy sesterskými a lékařskými. Vzhledem k celkovému rozsahu dokumentace je ale počet takových nálezů malý a jde zjevně o administrativní chyby. Z dokumentace je zjevná pečlivá snaha personálu o léčbu pacientky, příznaky podceňovány nejsou, jsou i poznámky o předávání informací rodině.
- Překlad na Infekční oddělení proběhl správně.
- K další péči v nemocnici [REDAKCE] se nemohu z pozice své odbornosti vyjadřovat.

Komentář:

Infekce způsobené *Clostridium difficile* představují závažný problém ve všech srovnatelných vyspělých zdravotnických systémech. Výskyt těchto infekcí roste, např. v Rakousku stoupl počet infekcí ze 777 případů v roce 2003 (z toho 54 smrtelných) na 2192 v roce 2006 (z toho 150 smrtelných), stejně tak v Dánsku byl zaznamenán vzestup z 86 případů v roce 1997 na 282 případů v roce 2007. Tím rozhodně nechci tento konkrétní případ nijak bagatelizovat, chci jen poukázat na to, že komplikace se stávají a jejich vývoj je obtížně předvídatelný.

V konkrétním případě p. Elišky Jindrové byl patogen zjištěn a pacientka byla adekvátně léčena. Průběh nemoci byl komplikovaný. Otázka, která se mezi řádky vine celou stížností, zda mohla být příčina zjištěna dříve, je čistou spekulací. Situaci je nutno hodnotit "ex ante" (personál neví, že



Kód MTZ: 351336

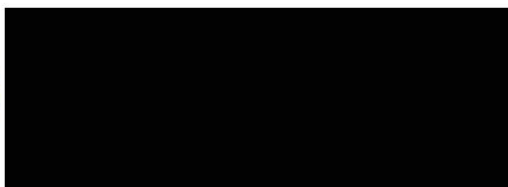
ATB terapie správně přidán *Gentamycin a Klindamycin*. Je správně realizováno CT vyšetření, které vylučuje přítomnost abscesu či volné tekutiny a potvrzuje difuzní zesílení stěny colon a sigmoideum.

- Dne 17.7. byl hlášen nález *Clostridium difficile*, na který bylo správně reagováno nasazením adekvátní terapie Vankomycinem, chybně ale až s odstupem cca 20 hodin. S ohledem na celkový stav pacientky nebylo chybou pokračování v dosavadní antibiotické léčbě, jak namítá stěžovatelka (viz. Doporučený postup Společnosti infekčního lékařství, Společnosti pro epidemiologii a mikrobiologii a Společnosti pro lékařskou mikrobiologii (6/2014))
- V dokumentaci se objevují chyby: občas se objevují zápisy, které se kopírují z předchozích dnů. Jsou tak k nalezení i rozporuplné informace. Občas dochází i k rozdílu mezi zápisy sesterskými a lékařskými. Vzhledem k celkovému rozsahu dokumentace je ale počet takových nálezů malý a jde zjevně o administrativní chyby. Z dokumentace je zjevná pečlivá snaha personálu o léčbu pacientky, příznaky podceňovány nejsou, jsou i poznámky o předávání informací rodině.
- Překlad na Infekční oddělení proběhl správně.
- K další péči v nemocnici [REDAKCE] se nemohu z pozice své odbornosti vyjadřovat.

Komentář:

Infekce způsobené *Clostridium difficile* představují závažný problém ve všech srovnatelných vyspělých zdravotnických systémech. Výskyt těchto infekcí roste, např. v Rakousku stoupl počet infekcí ze 777 případů v roce 2003 (z toho 54 smrtelných) na 2192 v roce 2006 (z toho 150 smrtelných), stejně tak v Dánsku byl zaznamenán vzestup z 86 případů v roce 1997 na 282 případů v roce 2007. Tím rozhodně nechci tento konkrétní případ nijak bagatelizovat, chci jen poukázat na to, že komplikace se stávají a jejich vývoj je obtížně předvídatelný.

V konkrétním případě p. Elišky Jindrové byl patogen zjištěn a pacientka byla adekvátně léčena. Průběh nemoci byl komplikovaný. Otázka, která se mezi řádky vine celou stížností, zda mohla být příčina zjištěna dříve, je čistou spekulací. Situaci je nutno hodnotit "ex ante" (personál neví, že



Kód MTZ: 351336

LAPAROSKOPICKÁ OPERACE v dutině břišní – 4. 7.

Laboratorní odchytky 1h po operaci	CRP- 9,9 (v) , erytrocyty- 3,61 (n) , hematokrit- 0,33 (n) , ATT III- 59 (n) , urea- 7,2 (v) , vápník- 1,17 (n) , chloridy- 114 (v) , hořčík- 0,7 (n) , osmolalita- 307 (v) , celk. bílkovina- 58 (n) , albumin- 32 (n) , CRP- 9,9 (v) , glykemie- 12,2 (v) , pH- 7,295 (n) , pCO ₂ - 6,56 (v) , pO ₂ - 6,73 (n) , aHCO ₃ - 21,6 (n) , satur.O ₂ - 84,5 (n)
------------------------------------	---

1. POOPERAČNÍ DEN

Laboratorní odchytky	urea- 7,2 (v) , chloridy- 109 (v) , vápník- 1,16 (n) , osmolalita- 313 (v) , glykemie- 13,7 (v) , pH- 7,352 (n) , pCO ₂ - 6,61 (v) , aHCO ₃ - 25,4 (n)
----------------------	--

Teplota při překladu z ARO na JIP: 37,3°C, v 16:00h 37,6°C

2. POOPERAČNÍ DEN – 6. 7.

Ze záznamů sester: **horečka 38,3°C - TB 3600/1300ml**

Reakce lékařů: nasazení ATB I. Amoksiklavu, **neordinování Furosemidu** na odvodnění, ačkoliv nebyl předešlý den vysazen

Provedená vyšetření: krevní odběr - **13 labor. odchylek**, UTZ ledvin-v normě

Zápis vizity: subj. se pacientka cítí divně; již se cítí lépe

Co na to nemocnice?

uvedla zvýš. teplotu, nikoliv horečku - nevedla, že nebyl ordinován Furosemid - nevedla pozitiv. tekutin. bilanci

Co na to odborník v odborném posouzení?

nevedl vůbec horečku - nevedl, že nebyl ordinován Furosemid - označil výdej tekutin jako nečitelný (čitelný je, jen obtížněji) - uvedl jen 8 laboratorních odchylek ze 13

Laboratorní odchytky	CRP- 24,1 (v) , hemogl.- 115 (n) , lymfocyty- 6,1 (n) , lymfocyty abs.poč.- 0,5 (n) , neutrofilů- 89,8 (v) , neutrofilů abs.poč.- 7,9 (v) , celk.bílk.- 60 (n) , osmolalita - 314 (v) , vápník- 2,03 (n) , trombocyty PLT- 138 (n) , trombinový čas- 19,9 (v) , Antitrombin II - 78 (n) , D-dimer - 1,280 (v) .
----------------------	--

3. POOPERAČNÍ DEN – 7. 7.

Ze záznamů sester: **horečka 38,6°C - stolice 4x - TB 3000/950ml**

Reakce lékařů: II. Amoksiklav, I. Metronidazol, **neordinování Furosemidu** při pozitiv. tekut. bilanci

Provedená vyšetření: krevní odběr - **8 labor. odchylek**, vyšetření moče na KBC-negativ.

Zápis vizity: cítí se lépe, úměrně pooperačnímu dni

Co na to nemocnice?

uvedla horečku 38°C, nikoliv 38,6 - **nevedla počet stolic** - uvedla jen 2 labor. odchylky z 8 - nevedla laboratoř popsanou anizocytózu - nevedla pozitiv. tekutin. bilanci - nevedla nasazení Metronidazolu

Co na to odborník v odborném posouzení?

nesprávně uvedl, že stolice nebyla - uvedl jen 5 labor. odchylek z 8 - nevedl anizocytózu - nevedl nepodání Furosemidu - nevedl Metronidazol

Laboratorní odchytky	CRP- 260,3 (v) , leukocyty- 10,5 (v) , hemogl.- 116 (n) , lymfocyty- 16,0 (n) , tyč-17,0 (v) , neutrofilů abs.poč.- 8,5 (v) , anizocytóza , trombocyty PLT- 139 (n) , tromb.křívka PDW- 18,4 (v) - trombocyty ve shlucích! .
----------------------	--

CRP: 260 /<5/

4. POOPERAČNÍ DEN – 8. 7.

Ze záznamů sester: **horečka 38,6°C - stolice průjmovitá 6x – TB 3400/2200ml**

Reakce lékařů: III. Amoksiklav, II. Metronidazol, **nenáordinování Furosemidu** při pozitiv. tekut. bilanci

Provedená vyšetření: krevní odběr - **25 labor. odchylek (další vzestup CRP, hladiny D-dimeru 4. pooperační den, kdy by měl mít po operaci už spíše klesající tendenci, úbytek albuminu atd.), UTZ břicha-špatná kvalita zobrazení přes střešní klíčky**, RTG hrudníku po kanylaci-**mírná hypostáza plicní**

Zápis vizity: cítí se lépe, jinak spavá (1.)

vizita v 7:15h mj. zaznamenává **naprosto identický tlak krve, puls a saturaci** ráno i při další vizitě ve 14:15h

Co na to nemocnice?

uvedla teploty kolem 38 - neuviedla negativ. výsledek kultivace moči ani provedení UTZ břicha, který byl popsán jako špatně zobrazitelný přes střešní klíčky - uvedla jen 2 labor. odchylky z 25! - neuviedla pozitiv. tekutin. bilanci a nepodání Furosemidu - **neuviedla průjmovitou stolicí 6x**

Co na to odborník v odborném posouzení?

neuviedl vůbec horečku - neuviedl špatně zobrazitelný UTZ přes střešní klíčky - uvedl jen 8 labor. odchylek z 25! (**neuviedl např. zvýšení D-dimeru**) - nesprávně uvedl podávání Furosemidu, který byl podán až následující den

Laboratorní odchylky	CRP-273,3 (v), leukocyty-12,9 (v) , erytrocyty- 3,55 (n) , hemoglobin- 105 (n) , hematokrit- 0,33 (n) , neutrofilní segment- 82,0 (v) , lymfocyty /20-45/(n) , tyč-12 (v) , neutrofilny-abs.poč.- 12,1 (v) , lymfocyty-abs.poč.- 0,5 (n) , albumin-26 (n) , celk.bílk.-47 (n) , močovina- 8,7 (v) , vápník- 1,86 (n) , fosfor- 0,59 (n) , glukóza- 10,4 (v) , Quick- 71 (n) , aPTT- 79 (v) , aPTT ratio- 2,48 (v) , trombocyty PL - 139 (n) , tromb. křivka PDW- 18,2 (v) , trombin. čas- 22,8 (v) , fibrinogen koagul.- 6,01 (v) , Antitrombin III- 66 (n) , D-dimer - 6,010 (v) .
----------------------	---

D-dimer 6,010 /0,000-0,500/

5. POOPERAČNÍ DEN – překlad z JIP ŽEO na standard. odd. – 9. 7.

Ze záznamů sester: **teplota 37,6°C - stolice řídká – nadýmání – bolest břicha - TB 1300/1500 - SAT 80%, při inhalaci O2 pod 90% po překladi z JIP na žeo-přízemí (pacientka si stěžuje na zhoršené dýchání)**

Reakce lékařů: IV. Amoksiklav, III. Metronidazol, naordinování Furosemidu, aplikace Tralgitu proti bolesti, infúze Paracetamolu, inhalace O2

Provedená vyšetření: bez krevního odběru, CT mozku na lůžku (důvod: somnolence)-negativ.

Zápis vizity: cítí se lépe, jinak spavá (2.)

Co na to nemocnice?

neuviedla potíže: bolesti břicha s nadýmáním, zhoršené dýchání - neuviedla podávání O2 při saturaci 80% - **neuviedla 2x stolici s uvedením řídké konzistence**

Co na to odborník v odborném posouzení?

neuviedl potíže: bolesti břicha s nadýmáním

Ze sesterských záznamů	11:20 doprovod na wc, větry + , stolice +, 15:15 řídká stolice , 18:00 došla s pomocí na wc, 19:45 udává bolest břicha a nadýmání , apl. Tralgit, realizace a hodnocení ošetř. plánu stolice – dnes na JIP, +, stolice – ano – řídká mikce: folley
------------------------	---

6. POOPERAČNÍ DEN – 10. 7.

Ze záznamů sester: **teplota 37,7°C v nočních hodinách - málo objemná řidší stolice (4 odchody na wc, zápis "opět stolice") - nadýmání - TB 1900/2400ml. - SAT 89% a 85% při inhalaci O2 – klidový puls 100 - pocení se - třes**

Reakce lékařů: V. Amoksiklav - **neordinování Metronidazolu**, přestože nebyl předešlý den vysazen, **pokračování v léčbě naslepo Amoksiklavem**, Furosemid při negativní tekutinové bilanci, Espumisan proti nadýmání

Provedená vyšetření: krevní odběr - **20 labor. odchylek (vzestup leukocytů, výskyt normoblastu ortochrom.)**

Zápis vizity: cítí se lépe, stěžuje si na bolest zad a špatné spaní (1.)

vizita v 7:10h mj. zaznamenává **naprosto identický tlak krve, puls a saturaci** jako předešlý den 9. 7. 2014 v 7:10h a udává, že pacientka je **febrilní i afebrilní** zároveň

Co na to nemocnice?

nevedla zvýšenou teplotu - uvedla jen 1 labor. odchylku z 20! - nevedla laboratoří popsanou anizocytózu a polychromazii - **uvedla řidší stolici, ale ne počet 4x** - nevedla potíže pacientky: **nadýmání**, potí se, třese se - nevedla tachykardii a saturaci 85% při inhalaci kyslíku - nevedla neordinování Metronidazolu

Co na to odborník v odborném posouzení?

uvedl jen 5 labor. odchylek z 20! (**nevedl např. výskyt nezralých granulocytů, plazmatické buňky, normoblastu ortochromního v perif. krvi, anizocytózu nebo polychromazii !!!**) - nevedl potíže: **nadýmání**, potí se, třese se - nevedl, že 85% saturace byla při podávání kyslíku

Laboratorní odchylky	CRP-138,7 /<5/, leukocyty-21,2 /4-10/, erytrocyty- 3,70 (n), hemoglobin-112 (n), hematokrit-0,34 (n), lymfocyty-11 (n), neutrofilů-abs.poč.-15,9 (v), tyč-11 (v), metamyelocyt-1 (v), myelocyt-5,0 (v), plazmatická buňka-1,0, monocyty abs.poč.-1,3 (v), anizocytóza, polychromazie, normoblast ortochromní-1, močovina- 9,7 (v), kys. močová-375 (v), draslík-3,70 (n), vápník-1,86 (n), glukóza-6,2 (v), aPTT-38,1 (v), fibrinogen koagul.-4,88 (v).
----------------------	---

Plazmatická buňka a normoblast ortochromní se v periferní krvi fyziologicky nevyskytují!

S nezralými granulocyty se setkáváme např. u sepsí!

7. POOPERAČNÍ DEN – 11. 7.

Ze záznamů sester: **bolesti břicha - TB 1200/1650ml - SAT O2 80% - klidový puls 95**

Reakce lékařů: aplikace Tralgitu proti bolesti, **Furosemid při negativ. tekutin. bilanci**, Espumisan proti nadýmání

Provedená vyšetření: krevní odběr - **21 laborator. odchylek (iont. dysbalance, pozitiv. jaterní testy, anémie atd.)**

Zápis vizity: cítí se lépe, stěžuje si na bolest zad a špatné spaní (2.)

vizita v 7:38h mj. zaznamenává, že je pacientka **febrilní i afebrilní** zároveň

Co na to nemocnice?

uvedla jen 2 labor. odchylky z 21! - uvedla bolest, ale nespecifikovala bolest břicha - nevedla podávání Furosemidu při negativ. tekutin. bilanci - nevedla saturaci 80%, puls 95 a anémii

Co na to odborník v odborném posouzení?

uvedl jen 8 labor. odchylek z 21! (**nevedl např. výskyt nezralých granulocytů, normoblastu o. v periferní krvi, anizocytózu nebo polychromazii !!!**) - nevedl saturaci 80%, puls 95 a anémii

Laboratorní odchylky	CRP-69,7, leukocyty-15,8 (v), erytrocyty-3,32 (n), hemoglobin-98 (n), hematokrit-0,30 (n), lymfocyty-14 (n), tyč-9 (v), metamyelocyt-1,0, myelocyt-1,0, neutrofilů- abs.poč.- 12,3 (v), anizocytóza, polychromazie, normoblast ortochromní - 1/100, močovina-6,9 (v), kys.močová-368 (v), AST -1,41 (v), GGT-0,80 (v), bilirubin-3 (n), pankreat. amyláza-0,12 (n), chloridy-110 (v), draslík-3,50 (n), vápník -1,65 (n), glukóza-6,1 (v).
----------------------	---

Normoblast ortochromní se v periferní krvi fyziologicky nevyskytuje!

8. POOPERAČNÍ DEN – 12. 7.

Ze záznamů sester: **stolice (konzistence neuvedena), záznam sester o středním riziku pádu! – pacientka žádá analgetika – TB 1500/1950ml:**

Reakce lékařů: chybné očíslování dne podávání ATB Amoksiklavu (VI namísto VII – chybné tedy pak každý následující den), dnes Furosemid už neordinován

Provedená vyšetření: **žádné !!!**

Zápis vizity: cítí se lépe, na nic si nestěžuje (1.)

vizita v 6:38h mj. zaznamenává, že je pacientka **afebrilní i febrilní zároveň**, flatus+

Co na to nemocnice?

nesprávně uvedla, že byla pacientka bez potíží, nic nežádala, ve skutečnosti **žádala analgetika** - neuvedla zhoršení stavu (střední riziko pádu) - **nesprávně uvedla, že stolice nebyla** - neuvedla chybné číslování dne podání antibiotika

Co na to odborník v odborném posouzení?

neuvedl, že si pacientka vyžádala analgetika - neuvedl zhoršení stavu (střední riziko pádu) – neuvedl chybné očíslování dne podávání antibiotika

9. POOPERAČNÍ DEN – 13. 7.

Ze záznamů sester: **zvýšená teplota, záznam v 1h v noci – „opět stolice“, poté stolice ještě 2x (sestrou neuvedena konzistence), pacientka žádá analgetika, klidový puls 96, TB 1400/1700ml**

Reakce lékařů: schválení aplikace Tralgitu proti bolesti, kapat Paracetamol při teplotě

Provedená vyšetření: **žádné !!!**

Zápis vizity: cítí se lépe, na nic si nestěžuje, pospává (2.)

vizita v 9:48h zaznamenává, že je pacientka **afebrilní i febrilní zároveň**, flatus+ a zapisuje **naprosto identický údaj srdeční akce** jako předešlý den 12. 7. 2014 v 6:38h

Co na to nemocnice?

nesprávně uvedla, že byla pacientka bez teploty (zvýš.) - uvedla **“spontánní“** stolici - neuvedla P 96

Co na to odborník v odborném posouzení?

neuvedl, že pacientka žádala analgetika

10. POOPERAČNÍ DEN – 14. 7.

Ze záznamů sester: **řidší stolice s nadýmáním 5x, pacientka žádá injekci na bolest podbřišku**

Reakce lékařů: aplikace Tralgitu proti bolesti (i přes aplikaci 4x denně bolesti přetrvávaly)

Provedená vyšetření: krevní odběr - **8 laborator. odchylek (vzestup CRP a leukocytů, pokles lymfocytů na 9.3)**

Zápis vizity: cítí se lépe, na nic si nestěžuje, pospává (3.)

vizita v 7:53h mj. zaznamenává, že sutury jsou klidné, hojí se p.p.i., flatus+, S+, lehkou **anémii**

Co na to nemocnice?

uvedla jen 2 labor. odchylky z 8 (neuvedla, že došlo sice k mírnému, ale vzestupu CRP a leukocytů) – neuvedla anémii - **neuvedla, že pacientka žádala inj. na bolest** - **uvedla řidší stolici, ale ne její počet 5x** - **neuvedla stížnost pacientky na nadýmání a bolest v podbřišku**

Co na to odborník v odborném posouzení?

uvedl jen 6 labor. odchylek z 8 (neuvedl, že došlo k vzestupu CRP a leukocytů, k anémii) - **neuvedl, že pacientka žádala inj. na bolest** - **neuvedl stížnost pacientky na nadýmání a bolest v podbřišku**

Laboratorní odchylky	CRP-77,3, leukocyty-16,3 (v), erytrocyty-3,55 (n), hemoglobin-104 (n), hematokrit-0,32 (n), lymfocyty-9,3 (n), neutrofilů-84,5 (v), neutrofilů-abs.počet-13,8 (v).
----------------------	---

Leukocyty 16,3 /4-10/

11. POOPERAČNÍ DEN – 15. 7.

Ze záznamů sester: **zhoršení stavu, rychlý nástup únavy a bolest levého nártu v záznamu fyzioterapeutky, nadýmání**
Reakce lékařů: **nevyšetření příčiny bolesti levého nártu** (později dochází k paréze levé končetiny)
Provedená vyšetření: **žádné**, jen glykemický profil před plánovanou demisí (propuštěním)
Zápis vizity: cítí se lépe, na nic si nestěžuje, pospává (4.)
Vizita mj. zaznamenává sutury klidné, hojí se p.p.i., flatus+, S+.

Co na to nemocnice?

neuvědla zhoršení stavu, rychlý nástup únavy, bolest levého nártu a nevyšetření příčiny lékařem - **neuvědla stížnost pacientky na nadýmání**

Co na to odborník v odborném posouzení?

neuvědla, že dolní končetina nebyla žádným lékařem vyšetřena, přestože labor. náběry poukazovaly na přítomnost infekce a tedy možnost vzniku trombózy, kterou pacientka již dříve prodělala

12. POOPERAČNÍ DEN – plánovaná dimise (propuštění) – 16. 7.

6:00h krevní odběr (CRP)

7:27h vizita (**pacientka se cítí dobře a na nic si nestěžuje (5.)**), je **afebrilní i febrilní** zároveň, hojí se p.p.i., trpí nadýmáním a má stolici)

7:35h krevní odběr (krevní obraz)

9:00h další krevní odběr (CD64+CD16+) – **po zjištění opětovného vzestupu CRP** a dalších laboratorních odchylek

10:45h SEPSÁNÍ PROPOUŠTĚCÍ ZPRÁVY a její odeslání praktické lékařce

(sutury klidné, břicho měkké, hojí se p.p.) a její odeslání prakt. lékařce

zhlédnutí výsledků krevního odběru – **10 laborator. odchylek (další vzestup CRP, trombocytů atd.)**

14:00h sdělení výsledků buněčné imunity z laboratoře – **systémový infekční zánět – 95% pozitiv. (těžká sepe)**

18:45h CT vyšetření břicha

20:20h zapsání telefonicky sděleného předběžného popisu CT vyšetření břicha do dokumentace-chorobopisu (dutina břišní bez abscesu či ohraničené tekutinové kolekce, colon po sigmoideum s difusním zesílením stěny zánětlivého vzhledu)

Radiologické odd. vytisklo v 18:54h zprávu s definitivním popisem CT vyšetření,

ta však nebyla po dobu dalších 5 dní zřejmě žádným lékařem zaznamenána, což dokazují tato fakta:

1. v chorobopisu je uveden jen předběžný popis (u zprávy s definitiv. popisem z radiolog.odd. datum 21.7., podpis)
2. ve své reakci na mou stížnost uvedlo ředitelství nemocnice pouze předběžný popis CT vyšetření
3. ve svém odborném posouzení vyhotoveném pro krajský úřad uvedl odborník pouze předběžný popis CT vyšetření

DEFINITIVNÍ POPIS CT VYŠETŘENÍ BŘICHA měl **závažnější charakter**, nežli popis předběžný:

(stěna tračnicku v celé délce cirkulárně zesílená, kolostáza tračnicku, prosáknutí v konvexitě sakra, tekutinová kolekce pod caekem v úrovni lopaty kosti kyčelní, atelektázy v plic. parenchymu vpravo dorzobazálně)

Další provedená vyšetření: kultivace moči - negativ., stěr z urogenitálu - **kvasinka**

NOVÁ TERAPIE: vysazen Amoksiklav, nasazena dvojkombinace ATB – I. Gentamycin, I. Klindamycin

Dovyšetření jsou provedena teprve dnes:

9 dní od vzniku akutního průjmu

11 dní od prvního horečnatého stavu trvajících 3dny

10denní patologických laboratorních hodnot se zánětlivými parametry a dalších symptomů či potíží pacientky, jako např. bolestí břicha, nadýmání, tachykardie, respirační nedostatečnosti

a to vše i přes zajištění antibiotiky. Během celé té doby není přizván internista ani gastroenterolog, který by lékařům ženského oddělení pomohl zvolit vhodná vyšetření.

Léčba probíhala zcela naslepo, bez bližšího určení diagnózy.

Co na to nemocnice?

uvedla jen 2 labor. odchylky z 11 - **neuedla definitivní (závažnější) výsledek CT vyšetření břicha** - neuedla nenaordinování léku Fraxiparine přesto, že nebyl žádným lékařem v předešlý den vysazen

Co na to odborník v odborném posouzení?

uvedl jen 6 labor. odchylek z 11 - **neuedl definitivní (závažnější) výsledek CT vyšetření břicha** -

neuedla nenaordinování léku Fraxiparine přesto, že nebyl žádným lékařem v předešlý den vysazen

Laboratorní odchylky	CRP-138,2 , leukocyty- 12,9 (v) , erytrocyty- 3,40 (n) , hemoglobin- 101 (n) , hematokrit- 0,31 (n) , lymfocyty- 13,3 (n) , neutrofily- 80,4 (v) , neutrofily-abs.počet- 10,4 (v) , trombocyty PLT - 457 (v) , tromb.hematokr. PCT- 3,580 (v) , CD64+CD16 – 95%
----------------------	--

CD64+CD16 95% pozitiv. /norma do 25/!

13. POOPERAČNÍ DEN – 17. 7.

Ze záznamů sester: v 17:20h - převlečené lůžko, které dnes již 3x vlhké, z vpichu na pravé straně odtéká čirá tekutina! – několikrát zapsána stolice, ve 23:50 s uvedením konzistence (zelená vodnatá) – pacientka si stěžuje na velké břicho

Reakce lékařů: II. Gentamycin, II. Klindamycin, I. Pimafucin vag. (nevysazení Klindamycinu při zjištění klostridiové infekce ve střevě) a nenasazení adekvátní léčby přesto, že bakterie byla laboratoří nahlášena v 16:24h), nezjišťování příčiny odtoku číré tekutiny z laparoskopického vpichu

Léčba klindamycinem je spojována s pseudomembranózní kolitidou – Klindamycin nebyl vysazen ani v době, kdy byla známa klostridiová infekce, která taktéž může vést k pseudomembranózní kolitidě a vyústit v toxické střevo.

Provedená vyšetření: bez krevního odběru, výtěr z recta, kultivace stolice – antigen Clostridie difficile s průkazem toxinu A i B

Zápis vizity: cítí se dobře, na nic si nestěžuje, pospává (6.)

Vizita v 7:53h mj. zaznamenává, že sutury jsou klidné, hojí se p.p.i., flatus+, S+, lehkou anémií

Co na to nemocnice?

neuedla, že nebyla nasazena léčba klostridiové infekce a stalo se tak až v odstavu 20h! - neuedla, že nebyl vysazen Klindamycin - neuedla záznam sesterského personálu, že na pravé straně po LP vpichu odtékala čirá tekutina a příčina nebyla žádným lékařem zjišťována - **neuedla stížnost pacientky na „velké břicho“** - **neuedla počet stolic 6x**

Co na to odborník v odborném posouzení?

neuedl, že nebyl vysazen Klindamycin (odborník tvrdí, že léčba klostr. inf. probíhala adekvátně!!!) -

neuedl záznam sesterského personálu, že na pravé straně po LP vpichu odtékala čirá tekutina a příčina nebyla žádným lékařem zjišťována - **neuedl stížnost pacientky na „velké břicho“**

Má maminka splňovala všechna kritéria pro možný rozvoj klostridiové infekce, která jsou známa a uváděna v Doporučených postupech její diagnostiky a léčby: věk nad 65let, antibiotická léčba širokospektrými ATB dokonce už i před nástupem do nemocnice, hospitalizace včetně pobytu na JIP, pooperační stav, imobilita.

Taktéž vykazovala její příznaky: vznik akutního průjmu u osob užívajících antibiotika, meteorismus, bolest břicha, leukocytózu a dokonce i příznaky svědčící pro její těžší průběh - horečka nad 38,5°C, leukocytóza nad 15.

Clostridium difficile patří mezi nejčastější bakteriální původce nozokomiálních nákaz.

14. POOPERAČNÍ DEN – 18. 7.

Ze záznamů sester: **zvýšená teplota 37,8°C, unavenější, spavá, rychleji dýchá, propocená**

Reakce lékařů: III. Gentamycin, III Klindamycin, od 12h Vancomycin 12-18-24-6, II. Pimafucin, **nezjišťování důvodu odtoku čiré tekutiny (ani uvedení v dokumentaci), nevysazení Klindamycinu, neřešení těžké hypoalbuminémie, nasazení léčby klostridiové infekce Vancomycinem až po 20h od nahlášení bakterie z laboratoře, přidání podpůrné léčby laktobacilem (namísto kvasinky Saccharomyces boulardii, u které jediné byl zaznamenán efekt při léčbě klostridiové infekce)**

Provedená vyšetření: krevní odběr - **18 laborator. odchylek (vzestup CRP, pokles erytrocytů, hemoglobinu a hematokritu, další úbytek albuminu a vzestup trombocytů PLT atd., zvýšená laktátdehydrogenáza)**

Zápis vizity: cítí se unavená, spavá, bez zhoršení (1.)

Vizita v 9:11 zaznamenává, že sutury jsou klidné, zhojeny, pacientka afebrilní, flatus+, S 1x-4x denně formovaná (přičemž sestra konzistenci neuvádí) a patrnou serózní sekreci ze sutury

Vizita uvádí stolici 1x-4x denně formovanou, ačkoliv sestrou dnešní konzistence uvedena není, naposledy předešlého dne ve 23:50h, a to zelená vodnatá se steskem pacientky- pocitu „velkého břicha“.

Co na to nemocnice?

neuedla žádnou labor. odchylku! - **neuedla nasazení Vancomycinu až po 20h po zjištění infekce** -
neuedla ponechání Klindamycinu - **neuedla rozpor v záznamu stolice** - **neuedla žádné potíže**

Co na to odborník v odborném posouzení?

uvedl jen 9 labor. odchylek z 18 - **neuedl rozpor v záznamu stolice**

Laboratorní odchylky	CRP-154,4 , leukocyty- 12,4 (v) , erytrocyty- 3,14 (n) , hemoglobin-94 (n) , hematokrit-0,29 (n) , neutrofily - 80,7 (v) , lymfocyty- 11 (n) , neutrofily-abs.poč.- 10 (v) , kreatinin- 101 (v) , kyselina močová- 376 (v) , GGT- 1,13 (v) , laktátdehydrogenáza-3,74 (v) , celková bílkovina- 49 (n) , albumin-25 (n) , draslík- 3,70 (n) , vápník- 1,88 (n) , trombocyty PLT - 468 (v) , tromb.hematokr. PCT-3,640 (v) , Quick-nelze provést-Vzorek nebyl označen jménem!
----------------------	---

Laktátdehydrogenáza 3,74 /2,25 – 3,58/ - pankreatitida, albumin 25 /35-53/ - sepse, ascites, renální selhávání

15. POOPERAČNÍ DEN – 19. 7. – sobota

Ze záznamů sester: **horečka 38,6°C, 6:05h stolice zelená kašovitá, dále hojně zelená průjmovitá až vodnatá několikrát denně v posteli (začala odcházet samovolně) – bolest břicha – pacientka žádá léky proti bolesti a průjmu – TB 2950/1300ml** i při současném podání 20mg Furosemidu i.v. – apatická, spavá - TK 140/55, P 100

Reakce lékařů: IV Gentamicin i.v. ex, IV Klindamycin i.v. ponechat, II Vancomycin p.o., III Pimafucin vag. ex ponechání Klindamycinu, aplikace Tralgitu proti bolesti

Provedená vyšetření: bez krevního odběru (jen hemokultury), neurolog. konzilium – **celkové zhoršení stavu při probíhajícím infektu a dehydrataci**, Stěr z urogen.po pomn. - **Proterus mirabilis, kvasinky**, hemokultura fakult.AM (**první náběr hemokultur od počátku potíží**) - **Stafylococc epidermidis**, stěr AM ze sutury - **Enterobacter cloacae**, UT břicha-bez VT v dut.břišní

Zápis vizity: cítí se unavená, spavá, bez zhoršení (2.), večer pobolívání břicha

Vizita v 8:20h zaznamenává při objektiv.vyš., že je pacientka **afebrilní a subfebrilní** zároveň, břicho měkké, sutury klidné a patrnou serózní sekreci ze sutury vpravo, flatus+, **stolici 1x-4x denně formovanou.**

Vizita zmiňuje poprvé hypoalbuminemii (s otázkou) jako možnou příčinu sáknutí místa po drainu.

Zápis vizity o 1x-4x denně formované stolici neodpovídá skutečnosti – evidentně jen zkopírován z minulého dne.

Co na to nemocnice?

neuedla rozpor v záznamu stolice (tvrdí, že se zápis obj. vyš. pacientky týká předchozích dnů) - **neuedla požadavek pacientky léků na bolest a proti průjmu** – neuedla pozitiv. tekutin. bilanci i při podávání Furosemidu – **neuedla těžkou hypoalbuminémií, tachykardií, změněný stav vědomí** - neuedla zápis neurolog. konzilia o zhoršeném stavu při probíhajícím infektu a dehydrataci

Co na to odborník v odborném posouzení?

neuedl rozpor v záznamu stolice - neuedl požadavek léků na bolest a proti průjmu - neuedl záznam neurolog. konzilia o zhoršeném stavu při probíhajícím infektu a dehydrataci

Ze sesterských záznamů	6:05h stolice zelená kašovitá, 14:45h stolice hojně v posteli, 15:20h opět stolice v posteli, 16:45h stolice opět v posteli, na mísu odmítá, došla s pomocí na wc, kde hojně zelená průjmovitá stolice, 21:00 bolest břicha, apl. Tralgitu, realizace a hodnocení ošetř. plánu – stolice několikrát vodnatá
------------------------	---

Samovolný odchod stolice!

16. POOPERAČNÍ DEN – 20. 7. – neděle

Ze záznamy sester: teplota 37,9°C – 20:00h saturace 75% (dle ordinace infekč. konzilia 02 brýlemi) – 22:20 zvoní, že se potí, vysvětleno, zatím omyt jen obličej, P 112, 23:00 silně zpotená, omyta chladnou vodou, převlečena, TK 130/60, P 101 – **VYSOKÝ STUPEŇ ZÁVISLOSTI!** – pohyblivost nulová, apatická, zvýšený dohled! – TB 4280/1100 ml
Reakce lékařů: V Gentamicin i.v. ex, **V Klindamycin ex**, III Vancomycin p.o. ponechat, I Oxacilin i.v., I Metronidazol i.v., Gentamicin i.v. 14h, svolání infek. konzilia v 19:34h, tel. konzultace s internistou
Provedená vyšetření: krevní odběr: 20 laborator. odchylek (prokalcitonin 19,4!), stěr v pravém hypogastriu: pozitivní, RTG S+P vleže: ploténková atelektáza vpravo bazálně
infektolog. konzilium: od 7. 7. průjmovitá stolice, zelené páchnoucí stolice stále, břicho podfouklé, peristaltika spíše obleněná, není přístupné palpaci, rány po laparoskopii klidné vyjma rány v P podbříšku, která je zející, okraje však čisté, nyní bez sekrece, celkově prosáklá
Zápis vizity: cítí se unavená, stav idem
Zápis vizity v 10:39h o 1x-4x denně formované stolici neodpovídá skutečnosti – evidentně jen zkopírován z minulého dne. Dále uvádí, že sutury jsou klidné, přičemž záznam infekčního konzilia hovoří o opaku - rána v P podbříšku je zející, stejně tak vizita ženského oddělení nezmiňuje na rozdíl od inf.konzilia celkovou prosáklostí.

Co na to nemocnice?

neuedla žádnou laboratorní odchylku! – neuedla, že teprve dnes nasazen opět Fraxiparine - **neuedla pozitiv. tekutin. bilanci, jen doporučení internisty ji zachovávat - neuedla rozpor v zápisu stolice** - neuedla saturaci 75%, tachykardií P 112, nulovou pohyblivost pacientky, apatii, záznam o vysokém stupni závislosti!!! - neuedla RTG hrudi s nálezem ploténkové atelektázy – **neuedla záznam inf. konzilia o průjmovité stolici od 7. 7., zelené páchnoucí stolici stále, podfouklém břichu nepřístupném palpaci, obleněné peristaltice, zející ráně po laparoskopii a celkové prosáklosti!!!**

Co na to odborník v odborném posouzení?

uvedl jen 10 labor. odchylek z 20! - **neuedl rozpor v zápisu stolice - neuedl záznam inf. konzilia o průjmovité stolici od 7. 7., zelené páchnoucí stolici stále, podfouklém břichu nepřístupném palpaci, obleněné peristaltice, zející ráně po laparoskopii a celkové prosáklosti!!!**

Ze sesterských záznamů	3:30h zvoní, chce jít na wc, ale cítí se slabá, mísu odmítá, žádá o Pampers kalhotky , nespolupracuje, nelze je v jedné obléknout, zavolán sanitář na pomoc, pacientka ošetřena, omyta od stolice , 9:30h toaleta na lůžku , 11:30h převlečená opět , 12:30h převlečená
Laboratorní odchylky	CRP-281,7 (v) , leukocyty-18,7 (v) , erytrocyty- 3,30 (n) , hemoglobin- 95 (n) , hematokrit- 0,31 (n) , stř.barev.kon.MCHC- 308 (n) , neutrofilů- 84,5 (v) , lymfocytů- 8,9 (n) , neutrofilů abs.počet- 15,8 (v) , močovina-10,3 (v) , kreatinin-112 (v) , kysel.moč.-447 (v) , osmolalita- 296 (v) , GGT- 1,61 (v) , celková bílkovina- 47 (n) , vápník- 1,78 (n) , glukóza- 9,8 (v) , trombocyty PLT- 451 (v) , tromb.stř.obj.MPV- 7,5 (n) , prokalcitonin-19,4!!!

Prokalcitonin 19,4 !!! /<0,5 - >2 těžká seps, >10 septický šok/

17. POOPERAČNÍ DEN – překlad na JIP infekčního odd. – 21. 7.

Záznamy sester: 4:00h nespí, přemýšlí o chodu domácnosti, P 98, tekutiny, 7:00 SAT02 80%, P 105, na O2, 7:15 pokálená v posteli, zmatená, 8:45 stolice průjmovitá, příjem 700ml (dle ordinace), výdej 100ml, 10:00 SAT02 85%, P 99.

Reakce lékařů: **V Klindamycin i.v.** 1-1-1 (mělo být VI a měl být dle ordinace předešlého dne konečně vysazen!!!), III Vancomycin p.o. (mělo být IV), II Gentamicin i.v. (ve skutečnosti VI, protože nakonec předešlý den vysazen nebyl), II Oxacilin i.v., II Metronidazol i.v., **PŘEKLAD NA JIP INFEKČNÍ ODDĚLENÍ**

Provedená vyšetření: UZ srdce - **stopová mitrální a trikuspidální regurgitace**, nejsou jednoznačné známky plicní hypertenze

Zápis vizity: cítí se unavená, spavá, udává zhoršení potíží, pohyb s námahou

Vizita v 7:00h mj. zaznamenává, že se pacientka cítí unavená, spavá, udává zhoršení obtíží, pohyb s námahou, je orientovaná osobou, teplota 36,1°C, SPO2 80% na podpoře kyslíkem, příjem za 24h 4200ml, výdej 1100ml, TK 155/70, P 105/min, pastózní kůže, povšechný edém, břicho měkké, sutury klidné, nyní afebrilní, aperitoneální, moč koncentrovaná, průjmovitá stolice opakovaně.

Teprve dnes lékaři přestali kopírovat 1x-4x denně formovanou stolici do zápisů z vizit a uvedli průjmovitou opakovaně – stolice odcházela již několik dní samovolně!!!

V překladové zprávě ženského odd. na JIP infekčního odd. je uvedena hmotnost 89kg.

V příjmové zprávě JIP infekčního odd. je uvedena hmotnost 121kg, to by znamenalo **rozdíl 30kg** (neboli litrů vody v otocích) **během necelých tří hodin**, což není (i po mé konzultaci s lékařem ARO odd.) ve skutečnosti reálné!!!

Vzhledem k nulové pohybové aktivitě na standard. odd. být zvážena maminka ani nemohla – hmotnost je zřejmě opsána z příjmové zprávy ženského oddělení.

30kg rozdíl v hmotnosti pacientky od záznamu hmotnosti při příjmu na ženské oddělení je důkazem postupného přibývání otoků během hypoalbuminémie během septického stavu, což nikdo z ošetřujících lékařů ženského oddělení vůbec nepostřehl!!!

Co na to nemocnice?

neuedla, že byl opět podán Klindamycin, ačkoliv byl předešlý den vysazen!!! - neuedla rozpor v posouzení sutur –

neuedla, že dnes poprvé vizita popsala pastózní kůži, povšechný edém - neuedla zápis vizity a sesterského

personálu o SAT02 80% na O2, P 105 a dále zápis sesterského personálu, že byla pacientka v 7:15h zmatená -

neuedla rozpor mezi zapsanou hmotností na ŽEO odd. a JIP infekčním odd. při příjmu!!!

Co na to odborník v odborném posouzení?

neuedl, že byl opět podán Klindamycin, ačkoliv byl předešlý den vysazen!!! - neuedla rozpor v posouzení sutur -

neuedl zápis, že byla pacientka v 7:15 zmatená (změněný stav vědomí) - neuedl rozpor mezi zapsanou hmotností na ŽEO odd. a JIP infekčním odd. při příjmu!!!

Ze sesterských záznamů	7:15h pokálená v posteli, 8:45h stolice průjmovitá
------------------------	--

Z krevního odběru provedeného na JIP infekčního odd. po překladu z ženského odd.:

Laboratorní odchylky (na JIP inf. odd.)	prokalcitonin-20,4 (v), d-dimer 13.960
---	---

Fakt, že se ve zdravotnické dokumentaci vyskytují rozpory mezi záznamy sesterského personálu o zdravotním stavu pacientky a lékařskými zápisy z vizit nebo překopírované údaje o tlaku, pulsu, teplotě, saturaci či zdravotního stavu mé maminky, vyhodnotil odborník ve svém odborném posouzení jako „zjevné ojedinělé administrativní chyby“.

LÉČBA INFEKCE, RENÁLNÍ INSUFICIENCE, PROFYLAXE TROMBÓZY

přehledné tabulky pro posouzení možných pochybení

LÉČBA INFEKCE

Datum	TIAPRIDAL	TRALGIT nebo TRAMAL	HYPNOGEN
6. 7.	100mg i.v.	na noc	
stolice neodchází			
7. 7.	1 amp. i.v.	1-1-1 (14-22-6)	
stolice 4x			
8. 7.	1 amp. i.v.	1-1-1	
průjmovitá stolice 6x			
9. 7.	1 amp. i.v.	1-1-1	1x100 mg i.m. (19:45 bolest břicha)
řidká stolice , pacientka udává bolest břicha, nadýmání, PŘEKLAD Z JIP ŽEO na ŽEO			
10. 7.	1 amp. i.v. 1 tbl.	1-1-1 dále ex 1-1-1	2x100 mg.i.m. (17:00-23:00-str.163)
stolice řidší			
11. 7.	1 tbl.	1-1-1 postupně vysazovat, dnes ponechat 3xdenně	2x100 mg.i.m. (17:30-23:30-str.173)
12. 7.	1 tbl.	1-1-1 postupně vysazovat, dnes ponechat 3xdenně	1x100 mg.i.m. (22:00-str.179)
stolice 1x bez uvedení sestrou, jaké byla konzistence, pacientka žádá analgetika			
13. 7.	1 tbl.	1-1-1 postupně vysazovat, dnes ponechat 3xdenně	22:00 na noc 1 tbl. DP-str.185
stolice 3x bez uvedení sestrou, jaké byla konzistence, pacientka žádá analgetika			
14. 7.	1 tbl.	1-0-1 postupně vysazovat	21:00 1 tbl.-str.195
stolice 5x řídké konzistence , pacientka žádá injekci na bolest (podbřišek)			
15. 7.	1 tbl.	1-0-1 postupně vysazovat	1x100mg.i.m. (17:00-str.203)
stolice 1x bez uvedení sestrou, jaké byla konzistence, doprovod na wc bez uvedení sestrou, zda byla stolice			
16. 7.	1 tbl.	1-0-1 postupně vysazovat	
doprovod na wc bez uvedení sestrou, zda byla stolice, wc bez uvedení sestrou, zda byla stolice			
ATB: 7. 7. až 9. 7. Metronidazol , 6. 7. až 16. 7. Amoksiklav (ex-plánovaná dimise), 16. 7.-> Gentamicin, Klindamycin			
17. 7.	1 tbl.	1-0-0 postupně vysazovat	1x100mg.i.m. (22:05-str.215)
<p>17. 7. 2014 - Definitivní popis CT vyšetření břicha: Stěna tračnicku v celé délce cirkulárně zesílená, s maximem v oblasti caeca a ascendens a v oblasti sigmoidea. Kolostáza tračnicku. Tenké kličky bez distenze, bez hladinek. Prosáknutí v konvexitě sakra, tekutinová kolekce pod caekem v úrovni lopaty kosti kyčelní. Mezi kličkami rezistenci char. abcesu neprokazují. Játra, slezina, pankreas, ledviny a nadledvinky bez ložiskových změn. Ledviny vylučují symetricky, močovody bez dilatace, MM norm. tvaru. Tekutina v P pleurální dutině, dorsobazálně, šíře do 20mm, atelektázy v plic. parenchymu vpravo dorzobazálně. Skelet bez čerstvých ložiskových strukturálních změn-str.355.</p> <p>16:25h Nahlášení Clostridie difficile z laboratoře</p>			
stolice 2x, z toho 1x uvedení konzistence – zelená vodnatá , doprovody na wc bez uvedení sestrou, zda byla stolice, pacientka si stěžuje na velké břicho			
ATB: Gentamicin, Klindamycin, Pimafucin vag.			

Datum	TIAPRIDAL	TRALGIT nebo TRAMAL	HYPNOGEN
18. 7.	1 tbl.	1-0-0 postupně vysazovat	1x100mg.i.m. (22:00-str.223)
stolice 2x bez uvedení sestrou, jaké byla konzistence			
ATB: Gentamicin, Klindamycin, Pimafucin vag., Vancomycin (nasazen téměř po 20 hodinách od nahlášení klostridií)			
19. 7.	tbl.-ex		1x100mg.i.m. (21:00-str.229)
stolice zelená kašovitá až vodnatá několikrát, hojně v posteli			
ATB: Gentamicin ex, Klindamycin ponechat, Pimafucin vag. ex, Vancomycin			
20. 7.	tbl.-ex		1x100mg.i.m. (9:00-str.247)
pacientka omyta od stolice, toaleta na lůžku, převlečená opět, převlečená			
ATB: Gentamicin ex, Gentamicin od 14h, Klindamycin ex, Oxacilin, Vancomycin, Metronidazol			
21. 7.			1x100mg.i.m. (6:00-str.267)
pokálená v posteli, stolice průjmovitá			
ATB: Klindamycin, Gentamicin, Oxacilin, Vancomycin, Metronidazol			
PŘEKLAD NA JIP INFEKČNÍHO ODDĚLENÍ			

Možné nežádoucí účinky: **krevní sraženiny v žilách, zvláště dolních končetin**

viz <http://www.pribalovy-letak.cz/444-tiapridal>

Tiapridal se mohl s dalšími faktory (diabetes mellitus, pooperační stav, imobilita, sepse, již dříve prodělaná trombóza) spolupodílet na pravděpodobném vzniku trombózy vedoucí až k plegii končetiny diagnostikované dne 22. 8. 2014 a **přesto příčina bolesti levého nártu**, udávané pacientkou dne 15. 7. 2014, **nebyla žádným lékařem vyšetřena**.

Možné nežádoucí účinky: časté (mohou se objevit až u 1 z 10 lidí) – **zácpa** - viz <http://www.pribalovy-letak.cz/453-tralgit>

Opioidní analgetikum Tralgit bylo pacientce ordinováno na bolest břicha, aniž by byla zároveň zjišťována její příčina. Za důvod neustálých bolestí břicha udávaných pacientkou mohl být těžko považován jen pooperační stav po laparoskopickém výkonu vzhledem ke všem známým okolnostem, a to přetrvávajících patologických laboratorních hodnot, horečce, průjmu a nadýmání. Častým **nežádoucím účinkem** Tralgitu je **snížená peristaltika střev**, která při infekčním průjmu pak vede k **hromadění toxinů** bakterie ve střevech. Tralgit byl dále aplikován i po nález **kolostázy tračnicku** dne 17. 7. 2014 při CT vyšetření břicha.

Domnívám se, že vzhledem k podávání neuroleptika Tiapridalu jako tlumícího prostředku následků delirijního stavu (vyvolaného opiáty, zřejmě Diazepamem v premedikaci) nebyla kombinace s opioidním analgetikem Tralgitem nejvhodnější. Tralgit se užívá k léčbě středně silných až silných pooperačních bolestí po rozsáhlejších operačních výkonech, v tomto případě se však jednalo o laparoskopickou operaci, kdy se kromě bolestí břicha v pooperačním období vyskytly projevy infekce manifestované laboratorními krevními odchylkami, horečkou a vznikem akutního průjmu. Jedním z možných častých nežádoucích účinků Tralgitu je zácpa, v případě infekčního průjmu naprosto neakceptovatelná.

Co se týká **antibiotické terapie**, našla jsem tyto nejasnosti:

Amoksiklav – **Proč nebylo až do plánované dimise pacientky dne 16. 7. pomýšleno na postantibiotickou kolitidu a zjišťován patogen** pro možnost cílené léčby, když byla známa tato fakta: užívání širokospektrého antibiotika již před nástupem do nemocnice a pak profylakticky před operací, horečka, patologické laboratorní hodnoty s pozitivními zánětlivými markery, bolesti břicha, nadýmání, vznik akutního průjmu a nedostatečný efekt léčby naslepo Amoksiklavem, přičemž bakterie v moči dne 8. 7. 2014 prokázány nebyly?

Metronidazol – **Proč po překladu pacientky dne 9. 7. z JIP ženského oddělení na ženské oddělení nepokračovala dne 10. 7. léčba Metronidazolem**, když tento lék nebyl žádným lékařem předešlý den vysazen?

Domnívám se, že ani rozpisy ordinace léků nejsou zcela v pořádku, kdy např. užívat lék po 8h znamená podávat ho v 18h a 6h, viz:

- 7. 7. I Metronidazol 1g i.v. aplikován v 10h a dále 500mg i.v. `a 8h 22-6-14 – str.109
- 8. 7. II Metronidazol 1g i.v. nyní a dále 500mg i.v. (nyní bylo ve 12h) 18-6 – str.127
- 9. 7. III Metronidazol 500mg i.v. `a 8h 18-6 – str.141 -> překlad z JIP ŽEO na ŽEO
- 10.7. nerozepsán

Vancomycin – **Proč byla léčba Vancomycinem nasazena až po téměř 20h** od nahlášení klostridií z laboratoře?

Klindamycin – **Proč nebyl Klindamycin vysazen dne 17. 7., když byla z laboratoře nahlášena klostridie s průkazem toxinu A i B a v doporučených postupech léčby klostridiové infekce se hovoří o nutnosti vysadit všechna dosavadní ATB**, pokud je to jen trochu možné? Klindamycin je sám o sobě rizikový vzhledem k možnosti prorůstání Clostridium difficile. Proč byl dne 21. 7. opět lékařem naordinován, když ho předešlý den jiný lékař na základě doporučení antibiotického centra konečně vysadil?

LÉČBA RENÁLNÍ INSUFICIENCE

Datum	Furosemid	Tekutinová bilance	Laboratorní hodnoty (týkající se ledvin)
před nástupem do nemocnice			
20. 6.	léčba ATB do 2. 7. (včetně)- nástup do nemocnice		U-pH 5,0, U-hustota-1,024, U-bílkovina-1, U-glukóza-negativní, U-ketolátky-1, U-urobilinogen-negativní, U-bilirubin-negativní, U-krev-1, U-leukocyty-2, U-nitrity-negativní, U-erytrocyty sediment-3-fyziologické, U-leukocyty sediment- 69-patologické , U-válce sediment- 4-zvýšené , U-epitele sediment- 24-zvýšené , U-bakterie sediment- 450-záplava , U-hlen sediment- 18-přítomen , MDRD glom.filtrace-1,22 (norma), S-osmolalita výpočet- 301
2. 7. hmotnost pacientky: 89 kg			před operací bez rozboru moči (nenalézám výsledek)
po operaci 4. 7.	-		urea- 7,2 (v) , vápník- 1,17 (n) , chloridy- 114 (v) , hořčík- 0,7 (n) , osmolalita- 307 (v) , celk. bílkovina- 58 (n) , albumin- 32 (n) , pH- 7,295 (n)
5. 7.	na ARO 5mg i.v.-str.67	Příjem/24h 3300 ml Výdej/24h 1200 ml	urea- 7,2 (v) , chloridy- 109 (v) , vápník- 1,16 (n) , osmolalita- 313 (v) , pH- 7,352 (n)
6. 7.	-	Příjem/24h 3600 ml Výdej/24h 1300 ml	celk.bílk.- 60 (n) , osmolalita - 314 (v) , vápník- 2,03 (n)
7. 7.	-	Příjem/24h 3000 ml Výdej/24h 950 ml	
8. 7.	-	Příjem/24h 3400 ml Výdej/24h 2200 ml	albumin- 26 (n) , celk.bílk.- 47 (n) , močovina- 8,7 (v) , vápník- 1,86 (n) , fosfor- 0,59 (n)
9. 7.	20mg i.v. v 10h 1-0-1	Příjem od 12h 1300 ml Výdej/24h 1500 ml	
10. 7.	20mg i.v. 1-0-1	Příjem od 6h 1900 ml Výdej/24h 2400 ml	močovina- 9,7 (v) , kys. močová- 375 (v) , draslík- 3,70 (n) , vápník- 1,86 (n)
11. 7.	20mg i.v. 1-0-1	Příjem od 6h 1200 ml Výdej/24h 1650 ml	močovina- 6,9 (v) , kys.močová- 368 (v) , chloridy- 110 (v) , draslík- 3,50 (n) , vápník - 1,65 (n)
12. 7.	-	Příjem od 6h 1500 ml Výdej/24h 1950 ml	
13. 7.	-	Příjem od 6h 1400 ml Výdej/24h 1700 ml	
14. 7.	-		
15. 7.	-		
hmotnost pacientky: 87 kg (záznam sestry)			
16. 7.	-		
17. 7.	-		
17. 7. 2014 - Definitivní popis CT vyšetření břicha:			
Stěna tračnicku v celé délce cirkulárně zesílená , s maximem v oblasti caeca a ascendens a v oblasti sigmoidea. Kolostáza tračnicku . Tenké kličky bez distenze, bez hladinek. Prosáknutí v konvexitě sakra, tekutinová kolekce pod caekem v úrovni lopaty kosti kyčelní. Mezi kličkami rezistenci char. abscesu neprokazují. Játra, slezina, pankreas, ledviny a nadledvinky bez ložiskových změn. Ledviny vylučují symetricky, močovody bez dilatace, MM norm. tvaru. Tekutina v P pleurální dutině , dorsobazálně, šíře do 20mm, atelektázy v plíc. parenchymu vpravo dorzobazálně. Skelet bez čerstvých ložiskových strukturálních změn-str.355.			
17:20h převlečené lůžko, které dnes již 3x vlhké, z vpichu po LS na pravé straně odtéká čirá tekutina! (záznam sestry)			
18. 7.	-		kreatinin- 101 (v) , kyselina močová- 376 (v) , GGT- 1,13 (v) , laktátdehydrogenáza- 3,74 (v) , celková bílkovina- 49 (n) , albumin- 25 (n) , draslík- 3,70 (n) , vápník- 1,88 (n)
19. 7.	od 14h 20mg i.v. kapat 4h	Příjem od 14h - 6h 2950 ml Výdej 1300 ml	
20. 7.	neordinován	Příjem od 6h 4280 ml Výdej/24h 1100 ml	močovina- 10,3 (v) , kreatinin- 112 (v) , kysel.moč.- 447 (v) , osmolalita- 296 (v) , celková bílkovina- 47 (n) , vápník- 1,78 (n)

21. 7.	-			
hmotnost pacientky: 89 kg (záznam v překládové zprávě ŽEO na JIP infekčního odd.-str.287, 2/4, Tisk 9:01)				
PŘEKLAD NA JIP INFEKČNÍHO ODDĚLENÍ				
hmotnost pacientky: 121 kg (záznam v příjmovém listu infekce JIP-str.2, čas přijetí: 8:33) (datum a čas měření nejbližší času příjmu: 11:18)				
21. 7.	40 mg i.v. v 19h 40 mg i.v. ve 24h	Příjem Výdej/24h	3770 ml 1740 ml	močovina- 14,9 (v) , kreatinin- 181 (v) , kyselina močová- 453 (v) , sodík- 135,3 (n) , vápník- 1,91 (n) , celková bílkovina- 48 (n) , albumin- 24 (n) , prealbumin-< 0,05 (n)

První zmiňka o otocích se objevuje až v zápisu lékařky infekčního oddělení, která byla svolána na ženské oddělení teprve v neděli dne 20. 7. 2014 ve večerních hodinách.

Z AMBULANTNÍ ZPRÁVY-str.265:

unavená, leží na lůžku, **neschopna se posadit**, není jí dobře, **bolí celé tělo**, všechny klouby, orientovaná, nyní afebrilní, **zelené páchnoucí stolice stále**, nezvracela, břicho **podfouklé**, peristaltika spíše **obleněná**, není přístupné palpaci, rány po laparoskopii klidné **vyjma rány v P podbřišku, která je zející**, okraje však čisté, nyní bez sekrece, **celkově prosáklá**.

Další den, tj. 21. 7. 2014 tedy i vizita ženského oddělení v 7:00h konečně zaznamenává **pastózní kůži, povšechný edém**-str.267.

V překládové zprávě ženského oddělení je uvedena hmotnost pacientky **89kg** a o necelé tři hodiny příjmová zpráva JIP infekčního oddělení zaznamenává hmotnost pacientky **121kg**.

Není možné, aby nabyla pacientka **30l vody během necelých tří hodin**, byť se jednalo o těžký septický stav.

K otokům ve skutečnosti docházelo už v průběhu hospitalizace na ženském oddělení, asi třetí den po překládu z JIP ŽEO na ŽEO, kdy jsme si všimli váčků pod spodními očními víčky.

Vizita však, jako spoustu dalších projevů, tento fakt vůbec nezaznamenávala. Stejně tak jako byly mnohdy vizitou přehlíženy výsledky tekutinové bilance spolu s úbytkem celkové bílkoviny a albuminu.

PROFYLAXE TROMBÓZY

Datum	Fraxiparine	Laboratorní hodnoty (týkající se koagulace)	
28. 5.	-	trombocyty-196 (norma)	
20. 6.	-	trombocyty-190 (norma)	
4. 7. OPERACE			
4. 7.		po operaci:	
		trombocyty	130 (150-400)-n
		Quick	97 (80-120)-n
		INR	1,01
		aPTT	34,8 (26.0-38.0)
		ATT III	59 (80-120)-n
		fibrinogen	2,9 (1.8-4.2)
		tromb.čas	17,8 (14-19)
		D-dimery	0,310 (0.000-0.500)
5. 7.	0,4ml s.c. v 10h	PŘEKLAD Z ARO NA JIP ŽENSKÉHO ODDĚLENÍ	
6. 7.	0,4ml s.c. v 10h	trombocyty PLT	138 (150-400)-n
		tromb.hematokrit PCT	1.3 (1.2-3.5)
		tromb.stř.obj. MPV	9.4 (7.8-11)
		tromb. křivka PWD	17.5 (12-18)

		Quick	112 (80-120)
		Quick INR	0.95 (0.8-1.2)
		Quick čas pacienta	10.6
		Quickův test ratio	0.95 (0.8-1.2)
		aPTT	29.7 (26.0-38.0)
		aPTT norm.čas	31.8
		aPTT ratio	0.93 (0.8-1.2)
		trombinový čas	19.9 (14-19)-v
		fibrinogen koagul.	3.2 (1.8-4.2)
		antitrombin III	78 (80-120)-n
		D-dimer	1.280 (0.000-0.500)-v
7. 7.	0,4ml s.c. v 8h	trombocyty PLT	139 (150-400)-n
		tromb.hematokrit PCT	1.35 (1.2-3.5)
		tromb.stř.obj. MPV	9.8 (7.8-11)
		tromb.křivka PDW	18.4 (12-18)-v
8. 7.	0,4ml s.c. v 8h	trombocyty PLT	139 (150-400)-n
		tromb.hematokrit PCT	1.47 (1.2-3.5)
		tromb.stř.obj. MPV	10.5 (7.8-11)
		tromb. křivka PWD	18.2 (12-18)-v
		Quick	71 (80-120)-n
		Quick INR	1.18 (0.8-1.2)
		Quick čas pacienta	13.2
		Quickův test ratio	1.18 (0.8-1.2)
		aPTT	79.0 (26.0-38.0)-v
		APTT norm.čas	31.8
		aPTT ratio	2.48 (0.8-1.2)-v
		trombinový čas	22.8 (14-19)-v
		fibrinogen koagul.	6.01 (1.8-4.2)-v
		antitrombin III	66 (80-120)-n
		D-dimer	6.010 (0.000-0.500)-v
9. 7.	0,4ml s.c. v 8h	trombocyty PLT	209 (150-400)
		tromb.hematokrit PCT	2.03 (1.2-3.5)
		tromb.stř.obj. MPV	9.7 (7.8-11)
		tromb. křivka PWD	17.6 (12-18)
PŘEKLAD Z JIP ŽENSKÉHO ODDĚLENÍ NA ŽENSKÉ ODDĚLENÍ			
10. 7.	0,4ml s.c. v 8h	Quick	87 (80-120)
		Quick INR	1.06 (0.8-1.2)
		Quick čas pacienta	11.9
		Quickův test ratio	1.06 (0.8-1.2)
		aPTT	38.1 (26.0-38.0)-v
		APTT norm.čas	31.8
		APTT ratio	1.20 (0.8-1.2)
		trombinový čas	16.3 (14-19)
		fibrinogen koagul.	4.88 (1.8-4.2)-v
		antitrombin III	80 (80-120)
11. 7.	0,4ml s.c. v 8h	trombocyty PLT	177 (150-400)
		tromb.hematokrit PCT	1.74 (1.2-3.5)
		tromb.stř.obj. MPV	9.8 (7.8-11)
		tromb. křivka PWD	17.9 (12-18)
12. 7.	0,4ml s.c. v 8h	bez krevního odběru	
13. 7.	0,4ml s.c. v 8h	bez krevního odběru	
14. 7.	0,4ml s.c. v 8h	trombocyty PLT	309 (150-400)
		tromb.hematokrit PCT	2.7 (1.2-3.5)
		tromb.stř.obj. MPV	8.7 (7.8-11)
		tromb. křivka PWD	17 (12-18)
15. 7.	0,4ml s.c. v 8h	bez krevního odběru	
ZHORŠENÍ STAVU, BOLEST LEVÉHO NÁRTU, RYCHLÝ NÁSTUP ÚNAVY (záznam rehabilitační sestry-str.275)			

16. 7.	neordinován	trombocyty PLT 457 (150-400)-v tromb.hematokrit PCT 3.58 (1.2-3.5)-v tromb.stř.obj. MPV 7.8 (7.8-11) tromb. křivka PWD 16.7 (12-18)
17. 7.	-	bez krevního odběru
18. 7.	-	trombocyty PLT 468 (150-400)-v tromb.hematokrit PCT 3.64 (1.2-3.5)-v tromb.stř.obj. MPV 7.8 (7.8-11) tromb. křivka PWD 16.6 (12-18) Quick neproveden – vzorek nebyl označen jménem
19. 7.	-	bez krevního odběru
20. 7.	0,4ml s.c. v 8h 0-0-1 (18h)	trombocyty PLT 451 (150-400)-v tromb.hematokrit PCT 3.39 (1.2-3.5) tromb.stř.obj. MPV 7.5 (7.8-11)-n tromb. křivka PWD 16.3 (12-18)
21. 7.	0,4ml s.c. v 8h 0-0-1 (18h)	
PŘEKLAD ZE ŽENSKÉHO ODDĚLENÍ NA JIP INFEKČNÍ ODDĚLENÍ		
21. 7.		Ph kor na TT 7.337 (7.360-7.440)-n PCO2 kor na TT 6.29 (4.8-5.9)-v buffer base 44.2 (46.0-52.0)-n trombocyty PLT 483 (150-400)-v tromb.hematokrit PCT 3.69 (1.2-3.5)-v tromb.stř.obj. MPV 7.6 (7.8-11)-n tromb. křivka PWD 16.4 (12-18)

Byla profylaxe trombózy dostatečná?

Sepse, kterou maminka prodělávala, zaznamenané vysoké hodnoty D-dimerů (6. 7.-1.280, 8. 7.-6.010, 21. 7.-13.960), zvýšená hladina trombocytů (16. 7.-457, 18. 7.-468, 20. 7.-451, 21. 7.-483) a i mírné zvýšení počtu krevních destiček (16. 7., 17. 7., 21. 7.) **mohlo být známkou trombotického stavu**, potažmo i s možností mírnější plicní embolizace (dušnost, saturace 80%, 16. 7. CT břicha-tekutina v P v pleurální dutině, atelektázy v plic.parenchýmu, 20. 7. Rtg S+P-ploténková atelektáza vpravo bazálně, 21. 7. zápis z vyšetření na JIP infekčního odd.-na plicích dystrofické chrůpky). Trombóza dolní končetiny-částečný uzávěr arteria dorsalis pedis- se spolu s otoky při hypoproteinémii a hypoalbuminémii, renálním a respiračním selháváním mohla podílet na útlaku hlubokého lýtkového nervu a následné plegii v pozdějším stadiu zaznamenané lékařkou dne 22. 8. 2014 na JIP chirurgickém oddělení. Fraxiparine, podávaný naposledy dne 15. 7. 2014 v 8:00h nebyl následujícího dne 16. 7. 2014 již naordinován, v dokumentaci jeho opětovné nasazení nacházíme až 20. 7. 2014. **Účinnost Fraxiparine po dobu podávání stanovením hodnoty anti Xa kontrolována nebyla.** Maminka byla **rizikovou pacientkou**: diabetes mellitus, pooperační stav, imobilizace, sepse, již dříve prodělaná trombóza s chronickou žilní insuficiencí- viz záznam v příjmové zprávě Gyn.JIP ze dne 5. 7. 2014-str.73 a užívání Tiapridalu, u kterého je možnost tvorby sraženin jedním z nežádoucích účinků.

Těžká seps je spojena s extrémním zánětem indukovaným protrombotickým stavem. V současné době doporučované schéma profylaxe TEN však u některých pacientů nevede k náležité inhibici F Xa. Bylo by vhodné u kriticky nemocných pacientů se sepsí monitorovat prováděnou profylaxi s LMWH a dávkování upravit dle výsledků vyšetření inhibice F Xa s přihlédnutím k aktuálním hodnotám inhibitorů koagulace AT a PC

– viz <https://is.cuni.cz/webapps/zpp/detail/134138/>

Myslím, že **bolest nártu mohla být důsledkem patologického procesu v krevním řečišti nártu.**

Dne 15. 7. 2014 se sice při zápisu vizity v 7:35h objevuje tak jako každý den záznam, že DKK jsou bez TEN, **bolest nártu udávaná pacientkou a zaznamenána spolu se zhoršeným stavem toho dne rehabilitační sestrou-str.275** však **není žádným lékařem dovyšetřena** (Wells score, D-dimery, rychlé ELISA testy a LIA testy, duplexní sonografie).

Stěžovatel:

Eliška Štefková
[REDACTED]

V [REDACTED] dne 25. 10. 2017

Věc: Žádost o předání dotazů s dalšími podklady ustanoveným odborníkům a zohlednění všech rozhodných skutečností zdravotnické dokumentace při přezkumu případu

Vážená paní doktorko,

děkuji za informaci o rozhodnutí krajského úřadu přizvat odborníky k zodpovězení námitek, jež byly obsahem mého podání ze dne 29. 8. 2017 adresovaného paní hejtmance [REDACTED]

Vzhledem k tomu, že původní dohoda mezi mnou a asistentkou paní hejtmanky byla, že budu telefonicky kontaktována se sdělením termínu osobní schůzky, dovoluji si nyní přiložit ještě jeden materiál, který se měl taktéž stát předmětem jednání a uvést písemně to, co by bylo projednáváno ohledně přezkumu záležitosti.

Událost č.1 – 2014 a Událost č.2 – 2016 jsou manuálem, prostřednictvím něhož lze konfrontovat dosavadní neúplná nebo zkreslená tvrzení odborníků s fakty zdravotnické dokumentace. Pokud byste i Vy nahlédla, za což se přimlouvám, musela byste souhlasit, že jsem přinejmenším na svolání nezávislé odborné komise měla právo, neboť mnou vznesené námítky byly v podstatě ekvivalentem nových rozhodných skutečností.

Nyní konkrétně k jednomu ze zásadních bodů celého případu, kde – promiňte mi to přirovnání – posuzující odborníci při svém hodnocení rozhodných skutečností zdravotnické dokumentace ztrácí zrak, neboť právě tento bod vypovídá o neoddiskutovatelném lékařském pochybení, postupech non lege artis z důvodů nevyužití všech dostupných diagnostických metod k ozřejmění diagnózy. Zde se jednalo dokonce o nevyužití žádné z diagnostických metod ani snahu určit diagnózu pro možnost nasazení cílené léčby, a to po dobu dalších šesti dní ode dne jasných známek přetrvávající infekce – sepse – periferní krvi (viz laborator. listy ze dne 10. 7. 2014, dále pak 11. 7. 2014). Maminku lékaři dovyšetřili až v den plánovaného propuštění – tedy 16. 7. 2014. V případě sepse sehrávají roli mnohdy i minuty, hodiny, natožpak dny – zkonzultujte toto tvrzení s kterýmkoliv z lékařů, tak jsem učinila i já. Není vůbec pochyb, že tak došlo k významné prodlevě vedoucí k výrazné progresi zdravotního stavu pacientky a spolu s dalšími okolnostmi (nevysazení Klindamycinu apod.) vyústila klostridiová infekce až v toxické megakolon s nutností odejmutí jednoho z orgánů.

Argumentace odborníků, že se jednalo o polymorbidní pacientku (pacientku s více diagnózami) a nespecifické příznaky, které se po operaci běžně vyskytují (bolesti břicha, průjem, nadýmání) a tudíž lékaři podezření na neobvyklost takového stavu pojmut nemuseli, se ve světle přítomnosti septických ukazatelů v periferní krvi po oba dva dny jeví jako chabým pokusem o vtíp.

Prokazatelné známky sepse – bolesti břicha – průjmovitá stolice – nadýmání – renální a respirační nedostatečnost byť v pooperačním období nebo naopak právě proto, to vše by dovedlo k rozhodnutí pacientku dovyšetřit i lékaře praktika, ne-li zdravotníka či laika. Museli by si ovšem známek sepse ve výsledcích krevního rozboru pátý den selhávající empirické léčby (léčba bez znalosti patogenu, vycházející ze zkušenosti lékaře) povšimnout. Stejně tak posuzující odborníci.

Téměř 20ti hodinová prodleva v nasazení cílené léčby po potvrzení patogenu laboratoří dne 17. 7. 2014 se tak rázem mění v prodlevu 144 hodinovou (6-ti denní) – tedy zcela zásadní pro další vývoj zdravotního stavu.

Prosím, ušetřete mne případné odborníkovo argumentace, že přítomnost nezralých granulocytů (metamyelocytu, myelocytu) a normoblastu ortochromního v periferní krvi může poukazovat na spoustu dalších diagnóz či stavů, nežli jen sepsi nebo že v periferní krvi dne 10. a 11. 7. 2014 přítomny nebyly, neboť na laboratorních listech chybí u těchto nálezu hvězdička.

Přítomnost nezralých krevních buněk, ať už bílé či červené krevní řady, spolu s vysokými zánětlivými parametry v periferní krvi (v našem případě CRP 138.7 a leukocyty 21.2 ze dne 10. 7. 2014) vždy značí těžký stav, obvykle sepsi (krom toho, že jsem nastudovala mnoho odborných článků o tomto faktu pojednávajících, tak jsem danou problematiku telefonicky konzultovala i s paní primářkou HTO Nemocnice [redacted] – autorkou jednoho z těchto článků - viz příloha). Onkologická příčina mohla být v tomto případě vyloučena, neboť v kontrolním pooperačním „výplachu“ dutiny břišní ze dne 4. 7. 2014 nebyly nalezeny žádné nádorové buňky. Stejně tak by bylo nesmyslné vzhledem k laparoskopické operaci s minimální ztrátou krve zvažovat důsledek „těžšího úrazu“. Hvězdička na laboratorním listě chybí z toho důvodu, že tyto buňky se fyziologicky v periferní krvi vůbec nevyskytují, takže automat nemá nastavenou referenční mez a diferenciaci probíhá očima laborantky za užití mikroskopu. Je zde však uvedeno procentuální zastoupení těchto buněk.

Zrak se posuzujícím odborníkům navrací u dne, kdy byla příčina sepse dovyšetřena – 16. 7. 2014 – a konstatují něco ve smyslu, že je čistou spekulací, zda mohla/měla být pacientka vyšetřena dříve a také, zda by včasnější vyšetření mělo příznivý dopad na další vývoj. Ke druhé spekulaci bych ráda uvedla, že včasné nasazení adekvátní léčba těžšího průběhu klostridiové infekce dvojkombinací antibiotik – Vancomycinem a Metronidazolem – zaznamenává zhruba 95%- ní úspěšnost, tedy značnou.

Mé dotazy směrem k odborníkům týkající se události č. 1 – poškození zdraví v důsledku lékařské nedbalosti zní:

“Proč není uveden v závěru odborného posouzení fakt, že se v případě mé maminky jednalo o postupy non lege artis z důvodu nevyužití dostupných diagnostických metod k včasnému objasnění diagnózy a možnosti nasazení cílené léčby (v den průkazu sepse v krvi – 10. 7. a 11. 7. 2014)?

Proč není v závěru odborného posouzení uveden fakt, že nedošlo ze strany lékařů v důsledku toho k včasné modifikaci empirické léčby (ke které má navíc dojít do max. 72h od zjištění patogenu), jež mohla značně pozitivním způsobem ovlivnit další vývoj zdravotního stavu s ohledem na její vysokou účinnost?”

Mé dotazy krajskému úřadu týkající se události č. 2 – úmrtí v důsledku lékařské nedbalosti zní:

a) Proč lékař Traumatologické ambulance dne 30. 12. 2015 neindikoval kardiologické nebo interní dovyšetření mé maminky, když jí kromě silných bolestí (nikoliv mírných, pro mírné by záchranná služba pacientku nevezla) u klíční kosti záchranná služba naměřila krevní tlak blížící se hypertenzní krizi (200/95 mmHg), dále tachykardii (91 tepů/min) a hyperglykémii (23 mmol) a namísto toho ji tento lékař poslal bez dovyšetření zpět domů?

Argumentací “nebyl důvod k dovyšetření nebo hospitalizaci“ vyvrací odborníci, kteří se mi k tomuto zdravotnímu stavu vyjádřili neznajíc, že jde o „případ“. Je-li bolest kdekoliv na hrudi, je třeba nejdříve vyloučit kardiální či interní příčinu. Zde se jednalo navíc téměř o hypertenzní krizi.

b) Proč listy o prohlídce zemřelého, které by měly obsahovat totožné údaje týkající se příčiny úmrtí, obsahují údaje rozdílné a to ještě takové, které se na základě pokynů Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR vůbec uvádět nemají, neboť příčinou úmrtí být nemohou?

c) Proč mi nebyl poskytnut, potažmo krajskému úřadu jeden jediný záznam EKG křivky z průběhu dvou po sobě jdoucích údajných resuscitací, když je obvyklé tisknout tyto záznamy pro možnost zhodnocení situace minimálně před výbojem a po výboji? Jsou snad "ztracené"?

Argumentaci, že lékař sledoval monitor a proto se záznamy EKG křivek v průběhu dvou hodin netiskly, nelze taktéž po mé konzultaci s odborníky přijmout. EKG záznam se tiskne minimálně před výbojem a po výboji. Z tohoto důvodu dávám krajskému úřadu v rámci šetření události úmrtí souhlas s přijetím listů zdravotnické dokumentace – EKG záznamů - mé maminky nebo žádám o zdůvodnění, proč právě tyto listy "zmizely".

d) Proč spolu nekorespondují údaje o hodnotách životních funkcí zaznamenané v tabulce a lékařem uvedený popis průběhu hospitalizace, kdy měla probíhat resuscitace s intubací a následnou aspirací žaludečního obsahu? Pětkrát naměřené hodnoty v průběhu údajné první resuscitace v době od cca 10:50 hodin do cca 12 hodin nepoukazují na žádné riziko, nevykazují žádné známky selhávajícího krevního oběhu, žádnou fibrilaci komor, žádnou výraznější hypotenzi vedoucí k selhání krevního oběhu.

e) Proč nebyla provedena povinná zdravotní pitva, když nebyla nejen stanovena (ale ani zjišťována) příčina neočekávaného úmrtí mé maminky – pacientky bez kardiální anamnézy?

Argumentace slovy, že „nebyly zákonné důvody“ je zcela nedostačující, což mi potvrdila při mém dotazu i paní předsedkyně revizní komise ČLK, MUDr. Jana Vedralová.

f) Proč byla má maminka uložena na monitorované lůžko s běžící komorovou tachykardií až v 10:43 hodin (ne-li déle, dle času nejbližšího měření uvedeného v příjmové ambulantní zprávě), když záchranná služba předala pacientku už v 10:10 hodin?

Argumentaci, že byla maminka vyšetřována v době od 10:10 hodin do 10:43 hodin v ambulanci JIP kardiologického oddělení nepovažuji na základě zjištění, že v jiných nemocnicích předává záchranná služba pacienta s běžící komorovou tachykardií rovnou na monitorované lůžko, kam ho přichází lékař vzápětí vyšetřit, za šťastnou. Přihlédneme-li k faktu, že během této doby ani bezprostředně poté neproběhlo žádné dovyšetření pacientky vedoucí k objasnění tohoto stavu a možnosti zahájení terapie, můžeme hovořit tak, jako u první události, o významné prodlevě.

g) Proč nebyla od 10:10 hodin do údajného prvního selhávání krevního oběhu v 10:50 hodin provedena alespoň základní dovyšetření – krevní náběr s indikací náběru kardioenzymů nebo alespoň indikováno echokardiologické vyšetření srdce? Tyto indikace se nikde ve zdravotnické dokumentaci nenacházejí.

h) Proč byla použita endotracheální rourka velikosti 7.5, když v jiné nemocnici byla maminka zaintubována rourkou menší při znalosti obtížnosti intubace s rizikem aspirace žaludečního obsahu?

Argumentace, že je na zvážení lékaře, jaké velikosti užije a tato, že nesmí vést k poškození pacienta při faktu neprovedení pitvy u mé maminky, je více než nesmyslná.

Věřím, že jsem nyní již veškeré pochybnosti či spekulace rozptýlila a mnou vznesené dotazy, jež se stávají součástí podnětu-stížnosti nebudou nikým přehlédnuty.

Chci doufat, že s Vaší pomocí bude případ posouzen tentokrát „pečlivěji“, spravedlivě.

Za předpokladu, že by byla krajským úřadem svolána nezávislá odborná komise, žádám o sdělení termínu jednání, kterému chci být přítomna. Zároveň žádám o písemné vyrozumění o vyřízení celé záležitosti.

Děkuji.

S pozdravem

Eliška Štefková