

Ambulantní zpráva

Pacient: **Vyas Anoushka Himaks**

Rodné číslo: **5100228210**

ZP: **333**

Adresa: **Stupkova 22, 779 00 Olomouc 9, tel. +420773638918**

Datum vyšetření: **13.04.23**

Zpráva ze dne: 13.04.23 08:46 Zapsal: Nesnídal Vlastimil MUDr.

Diagnózy:

F410 Panická porucha (epizodická záchvatovitá úzkost)

Výkony:

35023 1x KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PSYCHIATREM

09543 1x Signální kod

NO: Pacientka přichází do ambulance. Sděluje, že po 60 mg atomoxetinu měla bolesti hlavy, ale moc jí to nepomohlo na soustředění. Má i úzkosti, ale chtěla by hlavně řešit své ADHD.

SPP: lucidní, klidná, orientovaná správně, není suicidální, bez deprese či mánie, nic psychotického, myšlení a vnímání bez poruch, porucha koncentrace, impulzivita, nepozornost v rámci poruchy pozornosti, náhled má, úzkosti spojené s nakupením stresových faktorů, intermitentní panické ataky

Zhodnocení změn v somatické oblasti a laboratorních výsledcích: KP komp, VAS 0

Terapie: atomoxetin navýšen na 80 mg pd, při příliš závažných NÚ snížení na 40 mg pd

RP.:

PROTHAZIN :při nespavosti 11 bal. TBL 25MG TBL FLM 20

STRATTERA 2-0-0 5 bal. CPS 40MG CPS DUR 28

Kontrola: Objednán na 20.06.23 - 11:20 Kontrolní vyšetření - AMB2

Edukace: provedena

Zapsal: Nesnídal Vlastimil, MUDr.

nová PS: 5200213865

Psychiatrická klinika

Fakultní nemocnice Olomouc, I.P.Pavlova 6, 775 20 Olomouc

Ambulantní zpráva

Pacient:	Vyas Anoushka Himaks	Rodné číslo:	5100228210	ZP:	333
Adresa:	Stupkova 22, 779 00 Olomouc 9, tel. +420773638918				
Datum vyšetření:	29.06.23				

Zpráva ze dne: 29.06.23 14:08 Zapsal: Nesnídal Vlastimil MUDr.

Diagnózy:

F410 Panická porucha (epizodická záchvatovitá úzkost)

Výkony:

35023 1x KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PSYCHIATREM

NO: Pacientka přichází a sděluje, že 40 mg na ní bylo moc, snížila si to na 20 mg. Má stále panické ataky, teď dostala jednu u zkoušky, hrozně jí bolela hlava, nedokázla se soustředit. Pojede na dva měsíce do Austrálie, zítra má schůzku s prodělkankou.

SPP: lucidní, klidná, orientovaná správně, není suicidální, bez deprese či mánie, nic psychotického, myšlení a vnímání bez poruch, porucha koncentrace, imulzivita, nepozornost v rámci poruchy pozornosti, náhled má, úzkosti spojené s nakupením stresových faktorů, intermitentní panické ataky

Zhodnocení změn v somatické oblasti a laboratorních výsledcích: KP komp, VAS 0

Terapie: atomoxetin pro nedostatečný účinek ex, nově methylfenidát

RP.:

CONCERTA 1-0-0 3 bal. TBL 18MG TBL PRO 30

Kontrola: za dva měsíce

Edukace: provedena

Zapsal: Nesnídal Vlastimil, MUDr.

nová PS: 52 00 21 38 65

Psychiatrická klinika

Fakultní nemocnice Olomouc, I.P.Pavlova 6, 775 20 Olomouc

Ambulantní zpráva

Pacient:	Vyas Anoushka Himaks	Rodné číslo:	5100228210	ZP:	333
Adresa:	Stupkova 22, 779 00 Olomouc 9, tel. +420773638918				
Datum vyšetření:	13.09.23				

Zpráva ze dne: 13.09.23 08:37 Zapsal: Nesnídal Vlastimil MUDr.

Diagnózy:

F410 Panická porucha (epizodická záchvatovitá úzkost)

Výkony:

09511 1x MINIMÁLNÍ KONTAKT LÉKAŘE S PACIENTEM

Kód: 09511 01

Na termín kontroly se bez omluvy nedostavila.

Zapsal: Nesnídal Vlastimil, MUDr.



Pacient: Duong Thi Kim Chanh

Bytem: 1, 999 99 bydliště mimo území ČR, tel. +420773593336

Hospitalizace na odd.: 1.CH-LU9 od 27.11.23 do 30.11.23 12:17

RČ: 2500033712

ZP: 333

Chor.č.: 003670/23

Zpráva ze dne: 04.12.23 14:05 Zapsal: Jabůrková Dagmar MUDr.

Diagnózy:

K802 Kámen žlučníku bez cholecystitidy

Vážená paní doktorko, /pane doktore/,

propouštíme do Vaší laskavé péče nemocnou, /-ného/ hospit. na I. chirurgické klinice FN Olomouc.

Diagnóza: cholecystolithiasis

Anamnéza:

OA: dlouhodobě se s ničím neléčí

RA: sestřenice polyp žlučníku dle histol údajně ca

FA: sine

PA: děla manikuru

SA: bydlí s manželem

KA: neguje

AA: neguje

EA: očkovaná od covidu 2x, prodělala covid v 2020

Nynější onemocnění: Pacientka přichází k LCHCE.

Anamneza: pacientka mluví hůř česky, přichází v doprovodu manžela a tlumočnicka. Pacientka má dyspeptické potíže i potíže s trávením asi 3 roky, byla i ve vietnamu kde akutní záchvat. Nyní v pořádku potíže neudává, bez nausey, nezvrací, poslední dobu nehubla, stolice zácpovitá no bez patol. příměsí. Bez dysur. potíží

U pacientky doplněn UZ břicha kde popsána dvě ložiska ve žlučníku - 2 polypy, dále normální sono obraz jater, žl. cest, pankreatu, ledvin a sleziny, bez volné tekutiny v břiše
Ultrasonografie břicha: 1.11.2023 Žlučník menší velikosti, svraštlý, vyplněný echogenním obsahem - v.s. sludge.

Status praesens při příjmu:

Míry a váhy: Výška: 156,0, Hmotnost: 50,0, PR: 66,0, BMI: 20,5, TKS/D: 105/52, TT: 36,5, SpO2 set: PR: 66,0

Afebrilní, bez tachykardie, lucidní, vigilní, orient., anikter., acyanot., přim. výživa.

Hlava: pokl. nebolestivá, zornice izokorické, fotoreakce v normě, sklery bílé, spojivky růžové, hrdlo klidné, jazyk plavý středem.

Krk: karotidy pulsují symetricky, vены bez kongesce, lymfonodi ani strumu nehmatám.

Hrudník: sym., plíce čisté, sklípkové dýchání, břišní celém rozsahu, srdce akce prav., ozvy ohran., bez šelestů.

Břicho: v niveau, klidné, měkké, volně prohmatné, nebolestivé, bez patol. rezistence či bolestivosti, murphy negativní, tapotment bilat. neg., podbřišky klidné, blumberg 0, rowsing 0, plenies 0, t. č. bez zn. perit. dráždění, peristaltika volná, nemá překážkový charakter.

DKK bez otoků, varikozit

Operace: laparoskopická cholecystektomie 28.11.2023

Histologie: Stěna žlučníku s mírnou atrofií sliznice, s mírnou cholesterolózou

Laboratorní a paraklinická vyšetření: Výsledky z 30/11/23:

Biochemie-sérum: S_Na: 137 [136..145], S_K: 3,78 [3,50..5,10], S_Cl: 108 [98..107], S_Ur: 2,5 [3,2..8,2], S_KREA: 46 [49..90], q_qGfKrea: >1,50 [1,50..20,00], S_Bi: 6 [5..21], S_ALT: 0,64 [0,10..0,78], S_AST: 0,42 [0,05..0,67], S_ALP: 0,43 [0,77..1,94], S_GGT: 0,22 [0,00..0,63], S_AMS: 4,22 [0,50..1,97], S_LIP: 0,67 [0,20..0,89], S_CRP: 14,6 [0,0..10,0], Krevní obraz: B_WBC: 6,99 [4,00..10,00], B_RBC: 3,03 [3,80..5,20], B_Hgb: 97 [120..160], B_HCT: 0,27 [0,35..0,47], B_MCV: 89,4 [82,0..98,0], B_MCH: 32,0 [28,0..34,0], MCHC: 35,8 [32,0..36,0], B_PLT: 189 [150..400]

Průběh hospitalizace: Pacientka přijata plánovaně pro cholecystolithiasu k LCHCE. Výkon bez komplikací,

Propouštěcí zpráva

Pacient: Duong Thi Kim Chanh

RČ: 2500033712

pooperační stav stabilní, další průběh klidný.

Pacientku dimitujeme do domácí péče v celkově dobrém stavu.

Poslední medikace: premedikace, analgetika, LMWH

Medikace při propuštění: chronická medikace beze změny, volně dostupná analgetika dle příb. informace

Doporučení:

Doma klidový režim, úkony běžné denní sebeobsluhy bez omezení.

Následujících 4-6 týdnů šetřit břišní stěnu, nezvedat těžká břemena - prevence vzniku kýly v jizvě.

Přibližně ještě měsíc dodržovat žlučnickovou dietu, dále možný přechod na běžnou racionální stravu.

Rány denně sprchovat vlažnou vodou, bez mýdla, udržovat v suchu a čistotě.

Kontrola u PL do 3 pracovních dnů od propuštění.

Kontrola, extrakce stehů a sdělení výsledku histologie na chir. ambulanci 8.12. v 9:00.

Při obtížích kontrola na chir. ambulanci kdykoliv. Odvoz sanit. vozem.

Datum tisku: 09.01.2024 13:20:30

doc. MUDr. JUDr. Dušan Klos, Ph.D. LL.M.
přednosta I. chirurgické kliniky

MUDr, Mgr. Pavel Skalický, Ph.D.
vedoucí lékař odd. 9

Jabůrková Dagmar, MUDr.
ošetřující lékař



Pacient: **Baranyuk Oleksandr**
Bytem: **Klicperova 233/5, 779 00 Olomouc 9, tel. +420608237032**
Hospitalizace na odd.: **NEUR-31b** od **14.11.23** do **20.11.23 17:55**

RČ: **5221558342**
ZP: **333**
Chor.č.: **002469/23**

Zpráva ze dne: 29.11.23 14:32 Zapsal: Miklušová Martina MUDr.

Diagnózy:

M5457 Bolesti dolní části zad; bederně-křížová krajina

1. hospitalizace na Neurologické klinice

NO: Pacient s LIS se senzitivní iritací L5 vpravo odeslán PL (dr. Tichá) k analgetizaci.

Anamnesticky:

Pacient začátkem října 2023 vyšetřen na OUP pro exacerbaci lumboischiadického syndromu se senzitivní iritací L5 vpravo. Vydána žádanka na MR LS páteře a do medikace analgetika - Novalgin, Biofenac a přechodně Muscoril. Po provedení MR došel znovu na OUP pro výsledky, PL ho poté odeslal k hospitalizaci a analgetickým infuzím vzhledem k tomu, že ambulantně není schopen dodržet klidový režim.

Nyní při mém vyšetření udává, že léky předepsané na OUP neměly žádný efekt. Poté ještě zkoušel od známé nějaké analgetické injekce - prý diclofenac a ketanol, které měly částečný pozitivní efekt. Nyní bolest především když dlouho sedí, při chůzi potíže nemá. Bolest od LS páteře vyzařuje od L kyčle po boční straně stehna až ke kotníku.

Provedená vyšetření:

MR bederní páteře 10/2023:

Lordóza zachovaná. Osa přímá.

Mírná spondylóza.

Ploténky L4/5 a L5/S1 mají sníženou T2 intenzitu signálu při chondróze.

Ploténka L3/4 se plošně vyklenuje dorzálně v rozsahu do 2 mm s maximem preforaminálně vpravo.

Ploténka L4/5 se plošně vyklenuje dorzálně v rozsahu do 4 mm.

Ploténka L5/S1 se plošně vyklenuje dorzálně v rozsahu do 6 mm, s maximem paramediálně vpravo, okrajově je naznačen kontakt s kořenem S1.

Redukce neuroforamina L5/S1 vpravo, méně i L4/5 vlevo, ostatní foramina jsou bez výraznější redukce.

Normální rozměry páteřního kanálu.

Zachycená část míchy je bez ložiskových změn.

Závěr:

Protruze až hernie ploténky L5/S1 vpravo, naznačen kontakt s kořenem S1 vpravo.

Protruze plotének v rozsahu L3-5.

Chondróza L4/5 a L5/S1.

vidí doc. Buřval

Datum potvrzení: 31.10.2023 07:18:00

Potvrzující lékař: Varhaník Lukáš, MUDr.

OA: s ničím se neléčí

RA: neguje neurologické diagnózy v rodině

FA: sine

PA: zedník

SA: žije sám

KA: kouří, alkohol příležitostně

AA: neguje

Status somaticus:

lucidní, orientován všemi směry, bez dysartrie, bez fatické poruchy, bez křečí a hyperkines, PMT v normě.

Hlava: Normocefalická, poklepově nebolestivá, bez známek zevního traumatu.

Mozkové nervy:

N.I.: Čich subjektivně normální. N.II.: Vizus přiměřený. Perimetr orientačně přiměřený. N.III., IV., VI.: Oční štěrby symetrické, bulby ODS ve středním postavení, bez enoftalmu a exoftalmu, bez nystagmu, zornice izokorické, fotoreakce I, II a reakce na konvergenci normální.

N.V.: Výstupy palpačně nebolestivé, čití neporušeno, korneální reflex se symetricky normální odpovědí, maseterový reflex přiměřený.

N.VII.: V klidu je mimika symetrická v oblasti horní i dolní větve, reflex nasopalpebrální symetrický, v normě, reflex labiální je negativní. N.VIII.: Sluch orientačně bez hypakuzy, bez tinitu N.IX., X., XI.: Patrové oblouky symetrické, uvula ve středním postavení - obojí v klidu i při fonaci, dávivý reflex výbavný, symetrický N.XII.: Jazyk v dutině ústní i při plazení ve střední čáře, bez trofických změn, bez fascikulací.

Meningeální jevy: Horní i dolní nevýbavné.

Horní končetiny: Konfigurace oboustranně přiměřená, pasivní a aktivní hybnost v normě, svalová síla a jemná akromotorika bil.

Propouštěcí zpráva

Pacient: **Baranyuk Oleksandr**

Rodné číslo: **5221558342**

Kód poj.: 333

správné. Paretické jevy a patol. kožní reflexy nevýbavné. Rr. C5-8 sym. eureflexie. Tonus bilat. přiměřený. ERP v normě. Taxe cílená bilat., diadochokinéza bez patologie.

Hrudník: Symetrický. **Břicho:** eureflexie břišní.

Páteř: Konfigurace orientačně vleže / vsedě bez deformit, poklepově nebolestivá. Lasague pozit. vpravo při 60°

Dolní končetiny: Konfigurace oboustranně přiměřená, pasivní a aktivní hybnost v normě, svalová síla bilaterálně správně.

Paretické jevy nejsou, Babinski negativní bilaterálně. Rr. L2 – S2 sym. výbavné. Tonus bilat. přiměřený. Taxe statická a dynamická oboustranně bez patologie.

Čítí: v normě

Sed: Jistý, bez titubací a pádů. Stoj a chůze: Stoj I, II a III správně. Chůze lehce antalgická zprava.

Orientační interní nález: Výška 180 cm Hmotnost 100 kg TK 137/86 P83'

Akce srdeční pravidelná, ozvy ohraničené. Dýchání alveolární, bez patol. fenoménů. Břicho měkké, prohmatné, bez patologické rezistence, tapotment negativní oboustranně, peristaltika auskultačně přiměřená, játra a slezina nehmatné. Na DKK bez otoků a flebitid, se symetricky přiměřeně hmatnou pulzací na periférii.

Pomocné vyš.metody:

Biochemie-sérum: S_Na: 139, S_K: 4,61, S_Cl: 107, S_Ur: 4,8, S_KREA: 72, q_qGFkrea: >1,50, S_ALT: 0,84, S_AST: 0,37, S_ALP: 1,52, S_GGT: 0,80, S_CRP: <4,0, Diabetologie: S_GLU: 4,6, Moč chemicky: U_GLUK U: Normální, U_PROT U: -, U_BILI U: -, U_UBLG U: Normální, U_pH U: 5,5, U_KREV: -, U_KETO: -, U_NITR U: -, U_ZAKA U: čirá, U_HUST U: 1,016, U_BARV U: světležlutá

Moč sediment: U_ERY U: 2, U_LEU U: 3, U_BAKT U: -, U_KVAS U: -, U_EPIT U: -, U_EPDL U: -, U_VALC U: -, U_HYAL U: -, U_GRAN U: -, U_KRST U: -, U_SPER U: -, U_HLEN U: 1, Krevní obraz: B_WBC: 8,74, B_RBC: 5,13, B_Hgb: 158, B_HCT: 0,45, B_MCV: 87,9, B_MCH: 30,8, MCHC: 35,0, B_RDW: 13,4, B_PLT: 257, B_MPV: 10,1, Diferenciál z analyz: B_Ly%: 51,0, B_Mo%: 8,5, B_Ne%: 32,5, B_Eo%: 7,1, B_Ba%: 0,9, B_Ly#: 4,46, B_Mo#: 0,74, B_Ne#: 2,84, B_Eo#: 0,62, B_Ba#: 0,08, Manuální diferenciál: _MD: proveden, B_NSEG: 39, B_EOSI: 14, B_BASO: 2, B_MONO: 3, B_LY: 42, Provedl: Dudová

Terapie: Tralgit 100 mg amp + 1 amp 20% MgSO4 + 1 amp Guajacuran + 100 ml FR i.v., Almira 75 mg amp + 100 ml FR i.v., Neurontin 300 mg tbl. 1-1-1

Průběh: Pacient s lumboischialgiemi přijat k analgetické infuzní terapii. Vstupní laboratorní odběry bez hrubší patologie. Při přijetí obj. neurologicky pouze pozit. napínací manévry vpravo, jinak bez motorického či senzitivního deficitu a bez známek syndromu cauda equina. Podaná analgetická terapie s parciálním efektem na algie. Pacient po celou dobu hospitalizace intenzivně rehabilitoval. Dne 20.11.2023 pacienta ve stabilizovaném stavu propouštíme do domácí péče.

ZÁVĚR:

*./ Lumbochiadický syndrom se senzitivní iritací L5 vpravo, MR bederní páteře s nálezem protruze až hernie ploténky L5/S1 vpravo, naznačen kontakt s kořenem S1 vpravo.

Doporučení: Kontrola u praktického lékaře do 3 pracovních dnů od propuštění. Do medikace nyní Zaldiar 37,5/325 mg tbl. 2-2-2, Biofenac 100 mg tbl. 1-0-1 a Neurontin 300 mg tbl. 1-1-1. Pokračovat ambulantně v intenzivní rehabilitaci. Další péče cestou ambulantního neurologa. Pacient poučen, rozumí, souhlasí.

Medikace: Zaldiar 37,5/325 mg tbl. 2-2-2, Biofenac 100 mg tbl. 1-0-1 a Neurontin 300 mg tbl. 1-1-1

Transport: vlastní

Datum tisku: 09.01.202 13:21:44

Prof. MUDr. Petr Kaňovský, CSc.
Přednosta Neurologické kliniky

MUDr. Lenka Satke Ph.D.
Vedoucí oddělení 31B

Miklušová Martina MUDr.
Ošetřující lékař



Pacient: Hrin Mária

Bytem: Lipové náměstí 34/14, 783 36 Křelov - Bruchotín

Hospitalizace na odd.: 3IK-39A

od 07.12.23 **do** 12.12.23 **09:10**

RČ: 5421264750

ZP: 333

Chor.č.: 002677/23

Zpráva ze dne: 12.12.23 08:23 Zapsal: Faltýnek Ladislav MUDr., CSc.

Diagnózy:

R074 Bolest hrudi NS

NO: Odeslána interní ambul. OUP (kam přivezena RZP) pro bolesti na hrudi a palpitace. Anamnest. údaje jen z dokum. Od pac pro kognit deficit nelze. Okolo 20:00 se probudila s bolestmi na hrudi vlevo bez propagace spolu s bušením srdce, dnes měla v poledne teplotu 37,6°C - syn jí dal odpoledne i večer Ibalgin, kašel neměla, dále naměřena hypotenze 85/60 nyní subfebrilní, jiné akut. obtíže neg., celoživotně málo pije, neguje rýmu, bolesti v krku, kašel, dušnost, neguje zvracení, dysurie, nebyl průjem, nemá otoky DKK. Po došetření a zaléčení, kdy zjištěna FiS s rychlou odpovědí komor 140/min., odeslána k hosp.

OA: Dle syna: Léčí se pouze s art. hypertenzí a poslední léta progredující porucha paměti. Proto si ji před rokem z Užhorodu (kde žila sama a bydleli tam i její rodiče) vzal k sobě. Syn zde bydlí přes 30 let. Jiná onemocnění neguje

RA: Dle syna: Otec + v 86 letech, matka + v 92 letech, více nelze Sourozenci: 1 bratr, více nelze Děti: 2, zdravé, 1 syn žije na Ukrajině

FA: Dle dokum. enalapril, valeriana extract, dále nějaké ukrajinské léky

PA: starob. důchodce, dř. šička obuvi

SA: vdova, nyní žije rok v ČR, zajištěna synem

KA: kouření, alkohol, drogy neguje

EA: Covid neprodělala, očkována 2 x

AA: dle dokum. negat

GA: Gyn. potíže nemá, na kontroly již nechodí

Status somaticus:

Objektivně při přijetí: váha: cca 65 kg, výška: cca 165 cm, BMI: , TK: 100/65, puls: 96 i reg /min, DF 14 /min, TT 36,5 °C

lucidní, orientována jen osobou, ne časem, spolupracující, známky výrazného kognit. deficitu, bez ikteru, cyanosy a klidové dušnosti, normostenické konstituce, hydratace snižená, výživa v normě.

Kůže: barva přiměřená, turgor snižený, mikrostoma, na dolním rtu pigmentace, adnexa bez patologického nálezu, dekubity nemá.

Hlava: normocefalická, poklepově nebolestivá, výstupy n V. nebolestivé, bulby ve středním postavení, pohyblivé všemi směry, bez nystagmu, zornice izokorické, reagující na osvit, spojivky přiměřeně prokrvené, sklery bílé, inervace n. VII správná, jazyk plazí středem, nepovleký, hrdlo klidné, chrup sanován částečně.

Krk: symetrický, pohyblivost bez omezení, bez opozice, karotidy pulsují symetricky, bez šelestu, naplně krčních žil v normě, štítná žláza nezvětšená, uzliny nezvětšené.

Hrudník: symetrický, mammy bez resistance

Srdce: AS nepravidelná, ozvy tiché, ohraničené, bez šelestu.

Plíce: eupnoe, dýchání sklípkové, čisté, bez vedlejších fenoménů, poklep plný, jasný.

Břícho: v niveau, palpačně měkké prohmatné, nebolestivé, bez hmatné resistance, bez peritoneálního dráždění, peristaltika přiměřená, játra nezvětšena, slezina nezvětšena, tapotment bilat. negativní. Konečník a per rectum – bez patologického nálezu.

Genitál: přiměřený věku.

Páteř: symetrická, bez omezení hybnosti, poklepově nebolestivá, Lasegue bilat. bez omezení.

HKK: klouby artrotické, svalstvo přiměřené, axily bez zvětšených uzlin.

DKK: bez otoků, známek zánětu, klouby bez patologického nálezu, svalstvo přiměřené, pulsace hmatné do periferie, reflexy přiměřené, bez lateralizace, třísla bez zvětšených uzlin.

Laboratorní a pomocná vyšetření:

Výsledek z 06/12/23:

Nález: CT: CT+Obr Nález: **CTA plicnice.** Spirální série po aplikaci 50 ml Ultravistu 370 i.v.

Homogenní kontrastní naplně větví plicnice - nejsou patrné známky plicní embolie. **Drobná**

konsolidace v horním plicním laloku vpravo - nevytloučím infiltraci. V mediastinu nejsou patrné zvětšené lymfatické uzliny ani jiné patologické změny.

Závěr: **Nezjištěny známky plicní embolie.**

SONO: SONO+Obr Nález: **Sonografie břicha.**

Jaterní parenchym je přiměřené homogenní echogenity. Nejsou patrné ložiskové změny. Žlučník normální velikosti, sludge a konkrementy, stěna bez rozšíření. Zobrazené žlučovody jsou normální šíře. Pankreas je normální velikosti, homogenní echogenity. Slezina nezvětšena, homogenní echogenity. Obě ledviny jsou normálního tvaru, velikosti i uložení, hladkých kontur, parenchym přiměřené šíře, bez ložiskových změn. Duté systémy nejsou rozšířené. Močový měchýř je hladkých kontur, anechogenního obsahu, stěna není rozšířena. V malé pánvi orientačně normální

nález. Normální nález na velkých cévách a jejich okolí.

V peritoneální dutině není patrná volná tekutina.

Závěr: **uroinfekt dle lab.**

EKG (OUP): FIS 140/min, osa doleva, hypertrofie a zátěž LK, kontrol., EKG 7.12.: FIS 78/min, dif., porucha repol.

Biochemie-sérum: S_Na: **133**, S_K: nelz hod, S_Cl: **93**, S_Ca: **2,05**, S_Mg: **0,76**, S_Ur: **11,8**, S_KREA: 95, q_qGfKrea: **1,03**, S_Bi: 17, S_ALT: nelz hod, S_AST: nelz hod, S_ALP: 1,72, S_GGT: **1,44**, S_AMS: 0,90, S_LIP: **1,11**, S_BNP: **5484,6**, S_CRP: **145,8**, S_TRPI: 44 **Endokrinologie:** S_TSH: **6,481**, S_FT4: nelz hod, **Diabetologie:** S_GLU: **6,2**, **ABR:** B_Hb B: **123**, B_TypK B: Venous, B_HCT B: 38, B_pH B: **7,50**, B_pCO2 POCT *: 5,70, B_pO2 B: **2,29**, B_pHt B: 7,51, B_pCOt B: 5,57, B_pO2t B: 2,20, q_qSBC: 30,9, q_qHCO3: 32,9, q_qBE: 8,9, B_SAT B: **21,2**, B_O2Hb B: **20,9**, B_COHb B: 0,6, B_MHb B: 0,8, -Takt: 36,5, -FO2I: 21, P_Na P: **130**, P_K P: **3,0**, P_Cl P: **96**, P_Cai P: 1,03, P_CaiK P: **1,09**, P_LAK P: 2,0, P_GLUK ABR: **7,5**, **Moč chemicky:** U_GLUK U: Normální, U_PROT U: -, U_BILI U: -, U_UBLG U: Normální, U_pH U: 6,0, U_KREV: **1,0**, U_KETO: -, U_NITR U: -, U_ZAKA U: Slabě zakale
U_HUST U: 1,010, U_BARV U: Žlutá, **Moč sediment:** U_ERY U: **79**, U_LEU U: **141**, U_BAKT U: 1, U_KVAS U: -, U_EPIT U: -, U_EPDL U: 29, U_VALC U: -, U_HYAL U: 1, U_GRAN U: -, U_KRST U: 1, U_SPER U: -, U_HLEN U: -, **Krevní obraz:** B_WBC: 7,98, B_RBC: **3,96**, B_Hgb: **113**, B_HCT: **0,32**, B_MCV: **81,8**, B_MCH: 28,5, MCHC: 34,9, B_RDW: 13,6, B_PLT: 155, B_MPV: **11,4**, **Diferenciál z analyz:** B_Ly%: **4,3**, B_Mo%: 5,5, B_Ne%: **89,8**, B_Eo%: 0,3, B_Ba%: 0,1, B_Ly#: **0,34**, B_Mo#: 0,44, B_Ne#: **7,17**, B_Eo#: 0,02, B_Ba#: 0,01, **Koagulační screening:** P_Q%: 90, P_INR: 1,03, P_Qcas: 11,5, P_Qnrm: 10,5, P_aPTT: 23,2, P_aPTR: 0,83, DDIMhs: **1458**

Výsledky z 07/12/23:

Mikrobiologie: MIK: Typ vzorku: stěr/výtěr nosohltan -

Komentář: negativní

Průkaz RNA SARS-CoV-2 (COVID19)

Metoda Výsledek

Průkaz RNA 2019-nCoV Negativní

Typ vzorku: Sérum z krve .

Protilátky proti Mycoplasma pneumoniae (CLIA)

Metoda Výsledek

anti-M.pneumoniae IgG <0,100 AU/ml Negativní

anti-M.pneumoniae IgM 1,900 Index Negativní

Biochemie-sérum: S_Na: **133**, S_K: **3,03**, S_Cl: **91**, S_ALT: **1,18**, S_AST: 0,52, S_CB: **57,6**, **Elektroforéza:** S_EALB: **30,01**, S_EALF1: **2,82**, S_EALF2: 7,26, S_EBETA1: 4,61, S_EBETA2: 2,36, S_EGAMA: 10,54, **Endokrinologie:** S_FT4: 13,1, **Moč chemicky:** U_GLUK U: Normální, U_PROT U: -, U_BILI U: -, U_UBLG U: Normální, U_pH U: 5,0, U_KREV: **1,0**, U_KETO: -, U_NITR U: -, U_ZAKA U: Čirá, U_HUST U: 1,027, U_BARV U: Žlutá, **Moč sediment:** U_ERY U: **48**, U_LEU U: **14**, U_BAKT U: -, U_KVAS U: -, U_EPIT U: 1, U_EPDL U: 12, U_VALC U: -, U_HYAL U: -, U_GRAN U: -, U_KRST U: -, U_SPER U: -, U_HLEN U: -

Výsledky z 08/12/23:

Nálezy: ECHO: Materiál: **Echokardiografie**

Výška: 165; Váha: 65; BSA: 1,72; Puls: 85; Sd: 14; LVDd: 42; PWd: 11; EF: 60; SMsep: 6,29; Em sep: 4,35; Am sep: 7,54; RV1: 34; RV4: 43; TAPSE: 25; LA1: 42; LVOTdiam: 18; AOoro: 32; AO Vmax: 208; PPGaos: 17; AVA: 1,33; MiVelE: 66; MiDtE: 224; MiVelA: 95; ACT: 87; PPGtri: 45; DDŽex: 13;

Popis : Levá komora nedilatována, septum sigmoideum, jínk bez hypertrofie, se symetrickou kinetikou, bez segmentárních poruch, glob. EF 60%.

Levá síň lehce dilatována.

Pravá komora lehce dilatována, s norm. funkcí, TAPSE 24mm

Perikard bez výpotku.

Mitrální chlopeč jemná, stopová regurgitace bez stenózy, transmitrálně inverze E/A a zvýšené plnicí tlaky LK (E/Em 15).

Aortální chlopeč fibrózní s okrajovými kalcifikacemi a částečně omezenou separací cípů, lehká stenóza Vmax 208 cm/s PPG 17mmHg (AVA 1,33 cm2), bez regurgitace.

Trikuspidální chlopeč s významnou regurgitací IV.st. PPG 45mmHg, DDŽ není dilatována 13mm.

Pulmonální chlopeč se stopovou regurgitací, zkrácený akcelerační čas plícnicí, zn. plícní hypertenze.

Závěr: **Levá komora nedilatována, septum sigmoideum, normokinetická, bez**

regionální poruchy kinetiky, glob. EF 60%, přítomna porucha diastol. relaxace a zvýšené plnicí tlaky LK, levá síň lehce dilatována. Okrajové kalcifikace a lehká Aortální stenóza (AVA 1,33cm² při LVOT 18mm, PPG 17mmHg), stopová mitrální regurgitace. Pravá komora lehce dilatována, masivní trikuspidální regurgitace IV.st. PPG 45mmHg, vysoká pravděpodobnost středně těžké postkapilární plicní hypertenze.

Podpis: MUDr. Jiří Vymětal Ph.D.

Biochemie-sérum: S_Na: 134, S_K: 3,11, S_Cl: 94, S_Ur: 7,1, S_KREA: 59, q_qGFkrea: 1,32,

Výsledky z 09/12/23:

Biochemie-sérum: S_Na: 136, S_K: 3,52, S_Cl: 97, S_Ur: 7,8, S_KREA: 72, q_qGFkrea: 1,09,

Výsledky z 11/12/23:

Biochemie-sérum: S_Na: 137, S_K: 4,23, S_Cl: 100, S_Ur: 8,9, S_KREA: 67, q_qGFkrea: 1,18, S_CRP: 31,9

Terapie: Amoksiklav 1,2 g i.v. 1-1-1, Isolyte 1000 mnl i.v./10 h. 1-0-0, sol. Darrow 500 ml i.v./6 h. 0-1-1, Bisoprolol 10 mg tbl. p.o. 1-0-0, Digoxin 0,125 mg tbl. p.o. 1-0-0, Tritace 2,5 mg tbl. p.o. 1-0-0, Verospiron 25 mg tbl. p.o. 1-0-0, Furorese 40 mg tbl. 1/2-0-0, Biopron tbl. p.o. 1-1-1, Tiapridal 100 mg tbl. p.o. 1-1-1-1, Inhixa 0,4 ml s.c. 1-0-1

Průběh hospitalizace: 86 letá výrazně polymorbidní pac. s pokročilou demencí a ztrátou soběstačnosti, odeslána z OUP pro výrazné zhoršení zdrav. stavu, těžce dehydratovaná, s akutím uroinfektem, s výraznou elevací zánětl. markerů, včetně drobné infiltrace plicní a rovněž tachy FIS. Vstupně adekvátně zaléčena, vydatně rehydratována, následně dochází k zlepšení celk. stavu, včetně kontaktu. Přetrvává však desorientace a především noční psychomotor. neklid. Upravena proto terapie včetně nastavení režimu DNR/DNI s plnou terapií. Vstupní empirická ATB terapie ponechána i vzhledem k výraznému poklesu zánětl. markerů a infuzemi upravována rovněž minerální dysbalace (hypokalemie). FIS během hosp. přetrvává již s přiměřenou frekvencí komor. Lab. náhodný nález subklinické hypothyreozy. Klin. stav nadále již stabilizován pac. afebril (vstupně subfebril.) a proto po předchozí domluvě se synem a vyřešení problematiky se zdrav. pojištěním předáváme pac. do ambul. a domácí péče, kde nadále bude zajištěna synem, který zásadně odmítá následnou péči. Klin. stav nakonec již umožňuje tento postup.

Závěr:

****Akutní neobstrukční uroinfekt**

****Drobná infiltrace horního plic laloku vpravo**

****Výrazná dehydratace vstupně (chron. snížený příjem tekutin)**

****Chron srdeč. selhání, etiolo. porucha diastol. relaxace LK, norm. EFLK, masivní trikuspidální regurgitace**

****Pokročilý kognit. deficit se ztrátou soběstačnosti**

****FIS nejasného stáří (1. dokum. ataka) CHA2DSW2VASc skóre 6 b., vstupně s rychlou odpovědí komor**

****Art. hypertenze III s úpravou terapie**

****Hypokalemie vstupně s rychlou úpravou**

****Subklinická hypothyreóza k observaci**

Doporučení: Pokračovat v nastavené terapii nyní. Amoksiklav 1 g tbl. p.o. 1-1-1 ještě 5 dní, Biopron tbl. p.o. 1-1-1 (lze zakoupit v lékárně), Bisoprolol 10 mg tbl. p.o. 1-0-0, Digoxin 0,125 mg tbl. p.o. 1-0-0, Tritace 2,5 mg tbl. p.o. 1-0-0, Verospiron 25 mg tbl. p.o. 1-0-0, Furorese 40 mg tbl. 1/2-0-0, Tiapridal 100 mg tbl. p.o. 1-1-1-1, Eliquis 2,5 mg tbl. 1-0-1

****Dostatečná hydratace nadále**

****Kontrola TSH za 3 měs s případnou úpravou terapie dle výsledku.**

****Další zajištění antikoagulační terapie DOAC již cestou spád. int./kardiolog. ambul. polikliniky**

Transport sanitním vozem ze zdravotních důvodů indikován.

Rozdělovník: 1. ošetřující lékař 2. ambulantní karta

Datum tisku: 09.01.2024 13:23:06

prof. MUDr. Pavel Horák, CSc.
přednosta III. interní kliniky

MUDr. Viktor Klementa
vedoucí lékař odd. 39A

Faltýnek Ladislav, MUDr., CSc.
ošetřující lékař