

Predstojnik: prof. prim. dr. sc. ERVINA BILIĆ, dr.med.

OON - ODJEL OPĆE NEUROLOGIJE
OON - ODJEL OPĆE NEUROLOGIJE**OTPUŠNO PISMO**

Protokol broj: 2025049305

KOVAČEVIĆ DARKO

MBO: 128359932

Datum rođenja: 16.12.1954., Adresa: LOMNIČKA ULICA 5, ZAGREB, 10000 Zagreb

Dijagnoza: I63.4 Cerebralni infarkt zbog embolije cerebralnih arterija

Datum nalaza: 03.11.2025.

Datum prijema: 30.10.2025. Datum otpusta: 04.11.2025.

Dijagnoza:

Infarctus trunci cerebri

Hemiparesis lat. dex.

Dysphasia motoria

Fibrillatio atriorum paroxysmalis (St. post ablationem f. 2024.)

Stenosis ACI. I. sin. 70% asymptomatica

Hypertensio arterialis

Uroinfectio in sanat.

Hypovitaminosis D

Nicotinismus

Epikriza:

Gdin. Kovačević primljen je putem hitne službe zbog embolijskog moždanog udara koji se prezentirao srednje teškom desnostranom hemiparezom te motornom disfazijom nastalima na dan prijema. Inače se radi o pacijentu s od ranije poznatom arterijskom hipertenzijom koji je u redovitim kardiološkim kontrolama nakon što je zbog paroksizmalne FA prošle godine rađena ablacija, posljednjih mjesec dana ne uzima antikoagulantnu terapiju. U hitnoj službi učinjen CT mozga koji je bez znakova akutne ishemije, a u nastavku i CT angiografija glave i vrata kojom se verificira dominantno miješani plak na bifurkaciji lijeve ACI oko 15 mm od bifurkacije koji dovodi do asimptomatske 70% stenoze lijeve ACI, dok je u središnjem dijelu BA vidljivo 40 % suženje. Također učinjen MR mozga na kojemu se opiše manja akutna ishemija u ponsu lijevo, mrljasti areal rane subakutne ishemije ponsa paracentralno lijevo te sitni areali rane subakutne ishemije desno okcipitalno i u gornjem parijetalnom lobulu lijevo. Na holter EKG-a osnovni je ritam sinusni uz jednu vrlo kratku epizodu fibrilacije atrijske trajanja 6 sek. frekv. 100-130/min. Od strane kardiologa indicirano ambulantno učiniti UZV srca. Slučaj pacijenta raspravljen na Multidisciplinarnom timu (interventni neuroradiolozi, neurolozi te vaskularni kirurzi) zaključak kojeg je kako se preporuča optimalna medikamentozna terapija kroz iduća 3 mjeseca, a potom je potrebna reevaluacija. Tijek hospitalizacije kompliciran razvojem uroinfekta te se provede antibiotska terapija. Za vrijeme hospitalizacije provedena fizikalna terapija s odličnom početnim oporavkom neurološkog deficita. Pacijent se dobrog općeg stanja otpušta s preporukama.

Preporuke:

Redovite kontrole cerebrovaskularnih čimbenika rizika. Prestanak pušenja.

Provesti stacionarnu fizikalnu rehabilitaciju u toplicama - 9.1.2026. (Varaždinske toplice, osigurati odgovarajuću uputnicu po LOM-u).

Do tada provoditi fizikalnu terapiju u kući po šiframa (FT017): 92115, 94720, 94552, 94551, 94430, 94320,

94401.

Učiniti UZV srca te kontrolni pregled nadležnog kardiologa.

Terapija:

rivaroksaban a 20 mg 1x1 tbl

acetilsalicilna kiselina a 100 mg 1x1 tbl uz ručak

pantoprazol a 40 mg 1x1 tbl

rosuvastatin a 40 mg 1x1 tbl

bisoprolol a 2.5 mg 1x1 tbl

perindopril/indapamid/amlodipin a 5/1.25/5 mg 1x1 tbl

D vital amp 25000 i.j. 2x tjedno kroz 3 tjedna, potom 25000 i.j. 2x mjesečno

Klavocin bid a 1 g 2x1 tbl još iduća 3 dana

Kontrola:

Kontrolni CT angio glave i vrata za 3 mjeseca - 30.1.2026. u 8 h (osigurati uputnicu po LOM-u).

Kontrola u Ambulanti za cerebrovaskularne bolesti - 2.2.2026.g u 10:45 h (dr. Perić, izdana interna uputnica, Zelena zgrada, 4. kat).

Anamneza:

Gospodin Kovačević hospitaliziran je u Kliniku za neurologiju zbog akutnog ishemijskog moždanog udara koji se prezentirao parezom desnih ekstremiteta i motornom disfazijom.

Sadašnja bolest: Hospitaliziran putem HNA gdje je pregledan zbog slabosti desnih ekstremiteta i smetnji govora. Tegobe su prisutne od 6 ujutro kada se probudio. Išao je spavati večer prije u 23 sata te je bio urednog statusa. Zna da se u noći probudio kako bi obavio malu nuždu te je bio nestabilan u hodu, ne zna koliko sati je bilo. Negira glavobolju, mučninu i povraćanje. Negira vrtoglavicu. Negira novonastale smetnje vida i sluha. Afebrilan. Negira recentnu traumatu glave i kralježnice.

U inicijalnom neurološkom statusu blaga motorna disfazija, blaga supranuklearna faciopareza desno, desnostrana hemipareza (GMS 3/5), atipičan plantarni odgovor desno, hod uz povlačenje desne noge. Hemihipoestezija desno. Na hitnom MSCT-u mozga nema znakova svježeg krvarenja, demarkirane akutne ishemije niti ovom metodom vidljivog intrakranijskog žarišnog ekspanzivnog procesa, na CTA bez LVO.

Dosadašnje bolesti: FA, rađena ablacija pred god. dana. Arterijska hipertenzija. BHP. Ruptura meniska lijevog koljena, primao hijaluronske injekcije.

Funkcije i navike: Mokrenje i stolica uredni. Alkohol konzumira prigodno. Pušač unatrag 50 godina (50 P/Y).

Lijekovi: Triplixam, Concor 5mg 1x1, Atorvox, Xarelto 20mg (ne uzima unatrag mjesec dana)

Alergije na lijekove negira.

Kp kompenziran

RR 124/64 mmHg, cp 49/min

EKG: SR, fr 52/min

Status:

Neurološki status: pri svijesti, u kontaktu, orijentiran u svim pravcima, govor diskretno motorno disfatičan.

Meningealni znaci negativni, vrat ne koči. Vidno polje orijentacijski uredno. Zjenice izokorične, uredne reakcije na svjetlo, bulbomotorika uredna, nema nistagmusa, dvoslike negira. Desno diskretno niže položen usni kut, Jezik u protruziji sinistroponiran. U PS položaju desna ruka pronira i diskretno tone, lijevu uredno zadržava, GMS desno 4/5, lijevo 5/5. Donje ekstremitete postavlja samostalno u položaj po Mingazziniju i pri tome desna noga niže položena GMS 3-4/5, lijevu uredno zadržava GMS 5/5.

MTR simetrični i primjereni, 2+. Desno pozitivan babinski. Tonus mišića uredan, testove koordinacije izvodi sukladno deficitu. Osjet javlja urednim. Romberg negativan. U hodu povlači desnu nogu. Sfinktere kontrolira. preMRS 0, NIHSS 7

Laboratorijski nalazi:

30.10.2025.

Erc 4.47 [1e12]/L, Hb 144 g/L, Htc 0.395 L/L, MCV 88.4 fL, MCH 32.2 pg, MCHC 365 g/L, RDW 12.3 %, R-Ebl# 0.0 [1e9]/L, R-Ebl# < 0.4 /100 Lkc, Lkc 13.4 [1e9]/L, Eo% 0.1 %, Ba% 0.4 %, Ne% 81.6 %, Ly% 12.0 %, Mo% 5.9

%, Eo# 0.01 [1e9]/L, Ba# 0.05 [1e9]/L, ANC 10.92 [1e9]/L, Ly# 1.61 [1e9]/L, Mo# 0.79 [1e9]/L, Trc 178 [1e9]/L, MPV 11.0 fL, PV 1.07, PV-INR 0.97, APTV 23.9 s, GLC 6.5 mmol/L, UREJA 6.1 mmol/L, KREA 63 µmol/L, ALP 121 U/L, ALT 21 U/L, GGT 31 U/L, K 2.7 mmol/L, Na 140 mmol/L, Ca 2.24 mmol/L, CRP 19.4 mg/L, GF-CKD 95 mL/min/1,73m²

31.10.2025.

Erc 4.53 [1e12]/L, Hb 147 g/L, Htc 0.410 L/L, MCV 90.5 fL, MCH 32.5 pg, MCHC 359 g/L, RDW 12.6 %, R-Ebl# 0.0 [1e9]/L, R-Ebl% < 0.4 /100 Lkc, Lkc 10.9 [1e9]/L, Eo% 1.7 %, Ba% 0.5 %, Ne% 70.7 %, Ly% 19.7 %, Mo% 7.4 %, Eo# 0.19 [1e9]/L, Ba# 0.05 [1e9]/L, ANC 7.71 [1e9]/L, Ly# 2.15 [1e9]/L, Mo# 0.81 [1e9]/L, Trc 215 [1e9]/L, MPV 11.4 fL, GLC 8.4 mmol/L, T-BIL 24 µmol/L, UREJA 5.8 mmol/L, KREA 72 µmol/L, ALP 119 U/L, AST 27 U/L, ALT 24 U/L, GGT 33 U/L, KOL 4.5 mmol/L, TGC 1.22 mmol/L, HDL-C 1.00 mmol/L, LDL-C 2.95 mmol/L, K 3.1 mmol/L, Na 146 mmol/L, CRP 31.6 mg/L, GF-CKD 90 mL/min/1,73m², IZGLED bistar, BOJA žuta, SP.TEŽ. 1.035 kg/L, PH 6.0, LEUKO trag, NITRITI neg, PROT 1+, GLC norm, KETONI 1+, UBG 1+, BIL 1+, KRV neg, U-Erc 0-2, U-Leu 0-2, Sluz RIJETKA, Soli urata rijetki, 25-OH-DVIT 69 nmol/L, VIT B12 514 pmol/L, FOLAT 11.0 nmol/L, PSA 4.44 µg/L, NT-proBNP 183 ng/L, HbA1c% 5.5 %, HbA1c SI 37 mmol/mol

Elektrofiziološki nalazi:

EKG: Sinus ritam, fr 72/min, fiziološka el. os, PR 184ms, QRS 122ms, ST spojica bez jasnih znakova akutizacije

Holter EKG-a

Trajanje snimanja: 19:35h

Ukupan broj registriranih kompleksa: 62030

Najviša frekvencija: 81/min, registrirana u 09:33h

Najniža frekvencija: 43/min, registrirana u 00:27h

Prosječna frekvencija tijekom snimanja: 53/min

ST-T segment:

Broj SVES: 63 pojedinačne, 5 parova, 5 salvi

Broj VES: 680 pojedinačnih, 78 parova, 1 salva

Zaključak: Osnovni je ritam sinusni, raspona frekv. 43-81/min, prosječno 53/min. Zabilježeno je 680 pojedinačnih VES, povremeno interpoliranih i u formi trigeminije, 78 parova i 1 salva od 3 VES frekv. 150/min, 63 pojedinačne, 5 parova i 5 salvi SVES trajanja po nekoliko sek. - u jednom navratu dolazi u obzir vrlo kratka epizoda fibrilacije atrijske trajanja 6 sek. frekv. 100-130/min.

(04.11.2025. 11:32)

Radiografski i radioizotopski:

30.10.2025. CT mozga:

Nije dostupna eventualna ranija neuroradiološka obrada za komparaciju.

Nema znakova svježeg krvarenja, demarkirane akutne ishemije niti ovom metodom vidljivog intrakranijskog žarišnog ekspanzivnog procesa.

Ventrikularni je sustav medioponiran, bez hidrocefalusa. Bazalne su cisterne slobodne.

Nema znakova svježeg prekida kontinuiteta prikazanih kostiju.

Pseudofakija oba očna bulbusa.

CT angiografija glave i vrata: Učinjeno je CT snimanje mozga nativno i CT angiografija zbog simptoma akutnog moždanog udara.

Uredna je morfološka slika intrakranijalne cirkulacije bez znakova okluzije velikih krvnih žila.

Asimetrični dijelom kalcificirani plak na bifurkaciji ACC/ACI desno koji dovodi do 30% suženja desne ACI.

Dominantno mješani plak na bifurkaciji lijeve ACI oko 15 mm od bifurkacije dovodi do 70% stenoze lijeve ACI.

Zbog kompleksnosti plaka i jedne veće uzure u plaku molim razmotriti mogućnost postavljanja stenta u dnevno-bolničkom sustavu.

Obje VA bez osbitosti, dominantna lijeva VA.

U središnjem dijelu BA 40% suženje.

(03.11.2025. 13:48)

RTG pluća:

Bez vidljivih infiltrata, zastoja, pneumotoraksa i bez vidljivog pleuralnog izljeva.
Uvećana srčana sjena.

MR mozga: Učini se hitni MR mozga (FLAIR i DWI/ADC sekvece) kod pacijenta sa kliničkim pitanjem akutne ishemije.

Manja akutna ishemija u ponsu lijevo, mrljasti areal rane subakutne ishemije ponsa paracentralno lijevo.

Sitni areali rane subakutne ishemije desno okcipitalno i u gornjem parijetalnom lobulu lijevo.

Nema znakova svježe hemoragije ni hidrocefalusa centralno smještenog ventrikularnog sustava.

(03.11.2025. 15:59)

Ostali nalazi:

Konzilijarni pregled vaskularnog kirurga:

Pacijent pred 5 dana prezentiran desnostranom hemiparezom i motornom disfazijom, u trajanju malo više od 24h, obradom osim FA, ablacija 2024., zadnjih mj dana ne uzima antikoagulantnu terapiju - moguć uzrok CVIa (na MRu obostrane lezije) verificirana i značajna stenoza lijeve ACI mekim plakom.

Sada u potpunosti neurološki oporavak.

Uvid u MSCTA - mekani plak sa značajnom stenozom polazišta a onda 2 cm od bifurkacije suženje od 85-90%, zdravi segment ACi tek na prijezu C1u C2 kralježak - izrazito distalno položen plak

Th/ u dogovoru sa vodećim neurologom - biti će prikazan na MDTu zbog odluke o daljnjem liječenju

Izrazito visok rizik od CEA budući da je zdravi dio ACI izrazito distalno

Voditelj odjela:

Doc. dr. sc. BARBARA BARUN dr. med.

SPECIJALIST IZ NEUROLOGIJE

subspecijalist neuroimunologije

(0190047)

Odjelni liječnik:

KATARINA POPADIĆ dr. med.

SPECIJALIST NEUROLOG

(7902425)

