

Ministerstvo práce a sociálních věcí

Instrukce náměstkyně pro řízení sekce sociálně pojistných systémů č. 9/2017

Věc: Standardy délky trvání dočasné pracovní neschopnosti u vybraných diagnóz dle MKN -10

Určeno pro:

lékařskou posudkovou službu České správy sociálního zabezpečení
lékařskou posudkovou službu okresních správ sociálního zabezpečení
posudkové komise Ministerstva práce a sociálních věcí – k informaci
dávkové útvary nemocenského pojištění okresních správ sociálního zabezpečení a
České správy sociálního zabezpečení, které vedou statistickou databázi vypláceného
nemocenského - k informaci

Účinnost od: 1. 7. 2017

Zrušovaný řídící akt MPSV: 0

Vypracoval: odbor výkonu posudkové služby

Č. j.: MPSV-2017/91602-740

Počet stran: 61

Zpracovatel: ředitel odboru výkonu posudkové služby
JUDr. Jiří Veselý, Ph.D.

Dne: 25. 4. 2017

Schválil: náměstkyně pro řízení sekce sociálně pojistných systémů
Ing. Iva Merhautová, MBA

Dne: 19. 6. 2017

1. Vydávám

Standardy délky trvání dočasné pracovní neschopnosti u vybraných diagnóz dle MKN -10. Standardy byly stanoveny řešitelským týmem lékařských specialistů v rámci projektů TAČR TB02MPSV014 a TB05MPSV017.

2. Ukládám

Lékařské posudkové službě okresních správ sociálního zabezpečení, České správy sociálního zabezpečení zajistit dodržování standardů vyplývajících z této instrukce.

3. Instrukce nabývá účinnosti dnem 1. 7. 2017.

Ing. Iva Merhautová, MBA
náměstkyně pro řízení sekce
sociálně pojistných systémů

Obsah

Čl. 1. Úvodní ustanovení

Čl. 2. Vymezení základních pojmů

Čl. 3. Závěrečná ustanovení

Příloha: Standardy délky trvání DPN u vybraných diagnóz

Seznam zkratk užitých v textu

| | |
|------------|--|
| DPN | dočasná pracovní neschopnost |
| LPS | lékařská posudková služba |
| lékaři LPS | lékaři LPS, plnící úkoly OSSZ a ČSSZ pro účely ZNP |
| LPS OSSZ | oddělení lékařské posudkové služby OSSZ |
| OSSZ | okresní správa sociálního zabezpečení |
| ČSSZ | Česká správa sociálního zabezpečení |
| ZNP | zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů |
| DPNopt | optimální trvání dočasné pracovní neschopnosti |
| DPNmax | maximální doporučená délka trvání dočasné pracovní neschopnosti |

Čl. 1 Úvodní ustanovení

- 1) Tato instrukce upravuje standardy délky trvání dočasné pracovní neschopnosti u nejčastějších diagnóz - příčin DPN ke sjednocení pracovních postupů lékařů okresních správ sociálního zabezpečení (dále jen „LPS“) při provádění kontroly posuzování dočasné pracovní neschopnosti ošetřujícími lékaři v nemocenském pojištění podle ZNP.
- 2) Při provádění kontrolní činnosti LPS podle ZNP postupují lékaři LPS nadále dle procesních pravidel stanovených v ZNP a v metodických pokynech ČSSZ. Metodické pokyny ČSSZ se touto instrukcí neruší.
- 3) Na základě provedených výzkumů TAČR (TB02MPSV014 v oblasti kardiovaskulárních onemocnění u vybraných klinických diagnóz, u nichž jsou v léčbě použity nejmodernější nefarmakologické postupy léčby - např. RF katéetrová ablace, perkutánní koronární intervence, apod.) a TB05MPSV017 (stanovení standardů délky trvání DPN u 50 nejčastějších diagnóz) byla stanovena tzv. **optimální délka trvání DPN a maximální doporučená doba trvání DPN pro vybrané diagnózy dle MKN -10.**
- 4) **Za optimální délku trvání DPN pro příslušnou diagnózu se považuje** hodnota, která byla určena výzkumem empiricky jako teoretický a praxí prověřený konsensus odborníků z jednotlivých oblastí medicíny. Do této délky DPN by dle odborníků příslušných lékařských oborů měla spadat většina (> 90 %) případů DPN s obvyklým klinickým průběhem, u práce neschopných, kteří jsou zainteresováni na dodržování léčebného režimu a motivováni k včasnému návratu do pracovního procesu, pokud by většina ošetřujících lékařů institut optimální délky trvání DPN skutečně využila. Tato čísla předpokládají nekomplikovaný průběh onemocnění, popř. invazivního nebo operačního výkonu u dříve „zdravotně kompenzovaného“ pacienta.
- 5) V případě přítomnosti komplikací léčení a závažných komorbidit, popř. ve vztahu k některým specializovaným zaměstnáním (výdělečným činnostem) vykonávanými pojištěnci (vysoce náročné nebo rizikové profese) je nutné optimální délku trvání DPN individualizovat.
- 6) Za tzv. **maximální doporučenou dobu trvání DPN** pro danou klinickou diagnózu se považuje hodnota, která byla určena výzkumem empiricky jako teoretický a praxí prověřený konsensus odborníků z jednotlivých oblastí medicíny v případech provázených komplikacemi, protražovaným hojením, polymorbiditou pacienta, jeho „rizikovitostí“, popř. špatnou spoluprací či špatnou adherencí k léčbě, specifiky zaměstnání (výdělečné činnosti).

Čl. 2 Vymezení některých pojmů

- 1) **Standardy** se rozumí doporučená délka trvání jednoho případu DPN u konkrétní diagnózy v případech obvyklých a v případech komplikovaných. Standardy

respektují zátěž organismu rozdělením do skupiny fyzicky pracujících a duševně pracujících. U každé skupiny je DPN opt., která by měla být dodržena, případně DPN max., která by u konkrétního případu neměla být překročena.

- 2) **Pojištěnec** je fyzická osoba, která je účastna nemocenského pojištění. Za pojištěnce se považuje též fyzická osoba po zániku nemocenského pojištění, pokud jí plyne ochranná lhůta, uplatňuje nárok na dávku nemocenského pojištění, nebo dávku pobírá. Okruh nemocensky pojištěných osob a účast zaměstnanců na nemocenském pojištění upravují ustanovení § 5 - § 10 ZNP, účast osob samostatně výdělečně činných upravují ustanovení § 11 - § 13 ZNP.
- 3) **Ošetřujícím lékařem** (§ 54 odst. 1 ZNP) se pro účely ZNP rozumí poskytovatel zdravotních služeb, který svými lékaři poskytuje pojištěnci nebo jiné posuzované osobě ambulantní, lůžkovou nebo lázeňskou léčebně rehabilitační péči, s výjimkou poskytovatele zdravotnické záchranné služby a lékařské pohotovostní služby, a poskytovatel pracovnělékařských služeb při ošetřování pojištěnce v rámci první pomoci, pokud získal oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Ošetřující lékař je oprávněn posuzovat zdravotní stav pro účely nemocenského pojištění jen v rozsahu své odbornosti.
- 4) **Dočasnou pracovní neschopností** (§ 55 ZNP) se rozumí stav, který pro poruchu zdraví nebo jiné, v ZNP uvedené důvody, neumožňuje pojištěnci
 - a) vykonávat dosavadní pojištěnou činnost a trvá-li porucha zdraví déle než 180 kalendářních dní, i jinou než dosavadní pojištěnou činnost,
 - b) plnit povinnosti uchazeče o zaměstnání (ve smyslu zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti), vznikla-li DPN v ochranné lhůtě, nebo trvá-li DPN po skončení dosavadní pojištěné činnosti, a to i když pojištěnec není uchazečem o zaměstnání.
- 5) **Za stabilizovaný zdravotní stav** (§ 58 odst. 1 věta druhá ZNP) se považuje takový zdravotní stav, který se ustálil na určité úrovni zdraví a pracovní schopnosti, která umožňuje pojištěnci vykonávat dosavadní nebo jinou pojištěnou činnost bez zhoršení zdravotního stavu, a který další léčení již podstatně nemůže ovlivnit; udržení stabilizace zdravotního stavu může být přitom podmíněno zavedením určité léčby nebo pracovních omezení.

Čl. 3

Kontrolní činnost orgánu nemocenského pojištění

- 1) Překročení **optimální doby trvání DPN** je důvodem k ověření průběhu DPN u ošetřujícího lékaře, pokud se jeví, že jde o **nestandardní případ** (např. opakovaná DPN, podnět zaměstnavatele o zneužívání, ošetřující lékař vykazuje v daném regionu podstatně delší trvání DPN než je celostátní průměr aj.).
- 2) Překročení **maximální doporučené doby trvání DPN** pro danou klinickou diagnózu je **důvodem k provedení kontroly správnosti postupu ošetřujícího**

lékaře v konkrétním případě. Jde o mechanismus zabraňující zneužívání institutu DPN a nedůvodnému vyplácení nemocenského.

- 3) Doporučené standardy DPN jsou uvedeny v příloze této instrukce.
- 4) V případě prodloužení DPN nad hodnotu DPN opt. a DPN max. je nutno, aby tuto skutečnost ošetřující lékař orgánu nemocenského pojištění odůvodnil.
- 5) Pokud orgán nemocenského pojištění na základě provedené kontroly zjistí, že DPN již není biologicky důvodná a ošetřující lékař nerozhodne o ukončení DPN, postupuje se dle § 75 ZNP (ukončení DPN rozhodnutím OSSZ).

Čl. 4 Závěrečná ustanovení

Tato instrukce nabývá účinnosti dnem 1. 7. 2017.

Obsah:

- Čl. 1: Vybrané infekční a parazitární nemoci
- Čl. 2: Vybrané nemoci oběhové soustavy
- Čl. 3: Vybrané nemoci dýchací soustavy
- Čl. 4: Vybrané nemoci močové a pohlavní soustavy
- Čl. 5: Vybrané nemoci trávicí soustavy
- Čl. 6: Vybrané nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně
- Čl. 7: Vybraná poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin

Čl. 1

Vybrané infekční a parazitární nemoci

1) A 04.7 Enterokolitida způsobená Clostridium difficile

a) Klinická charakteristika

V typickém případě jde o průjemové onemocnění navazující na léčbu antibiotiky, vzácně i cytostatiky. Tyto léky způsobí střevní dysmikrobii a jako komplikace tohoto stavu může dojít k přemnožení podmíněně patogenní bakterie *Clostridium difficile*. Lehčí formy postantibiotické kolitidy mohou mít i jinou příčinu, ale klinicky závažné případy jsou téměř vždy způsobeny tímto mikroorganismem.

Diagnostika klostridiové kolitidy je obvykle založena na výsledcích mikrobiologického vyšetření; zpravidla se provádí vyšetření klostridiového antigenu ve stolici jako vyhledávací (orientační) vyšetření, a poté následuje potvrzení této diagnózy průkazem klostridiových toxinů ve stolici nebo izolací toxigenního kmene *Clostridium difficile* ze stolice pomocí kultivace. Diagnózu je možné stanovit také na základě nálezů typických pablán na střevní sliznici při koloskopickém vyšetření.

Léčba prokázané klostridiové kolitidy obvykle spočívá v podávání antibiotik po dobu 10 dnů. K tomu je potřeba poskytnout symptomatickou terapii podle klinických projevů: dieta, rehydratace, antipyretika apod. Je-li nemocný hospitalizován, měl by být izolován od pacientů s jinou diagnózou. Pacienti s těžkým průběhem klostridiové kolitidy musí být léčeni v režimu JIP. Při rozvoji toxického megakolonu se provádí odlehčovací cékostomie nebo (častěji) ileostomie a resekce tlustého střeva jako život-zachraňující výkon; prognóza nemocných, kteří dospěli do tohoto stadia, je však vždy velmi nejistá.

b) Možné komplikace, jejich charakter a vliv na délku léčení a délku DPN

Mezi komplikace patří dehydratace, případně minerálová dysbalance, podobně jako u jiných průjemových onemocnění. Je zvládnutelná běžnou infuzní léčbou během několika dnů. Dále je možná postupná zástava peristaltiky, rozepětí střevních kliček, poté rozvoj ileózního stavu a sepse. Tento vývoj hrozí hlavně u pacientů, kteří mají

primárně omezenou peristaltiku (např. stav po operaci nebo imobilní osoby). Je nutný pobyt na JIP, monitorace, komplexní parenterální léčba, v krajním případě mutilující operace (resekce tračníku), popsána výše.

Po zvládnutí klostridiové kolitidy – i lehké – hrozí riziko rekurence (relapsu) nemoci v průběhu několika dnů až dvou měsíců. Tato komplikace nastává u 10-25 % nemocných. Dojde-li k rekurenci, má pacient přibližně 50% pravděpodobnost, že se nemoc vrátí vícekrát za sebou. Počet rekurencí není omezen, byly popsány případy s desítkami průjmových epizod, které pacienta sužovaly řadu měsíců. K opakovaným rekurencím jsou náchylní zejména staří a/nebo polymorbidní jedinci.

Rekurentní kolitida je zpravidla spojena s postupným vyčerpáním nemocných, apatií, ztrátou vůle k životu a někdy může být příčinou smrti. Léčba je obtížná, kromě antibiotik působících proti *Clostridium difficile* a realimentace je mnohdy nutné použít i transplantaci stolice od zdravého dárce, která obnoví rozvrácenou mikroflóru.

c) Doporučené Standardy DPN

| | |
|-------------------|--------------------|
| Duševně pracující | DPNopt 10 - 14 dnů |
| | DPNmax 3 týdny |
| Fyzicky pracující | DPNopt 10 - 14 dnů |
| | DPNmax 3 týdny |

2) A 09 Gastroenteritida infekčního a NS původu

a) Klinická charakteristika

Jde o akutní průjmové onemocnění, které může, ale nemusí být provázeno horečkou, zvracením nebo bolestmi břicha. Etiologie je velmi různorodá, od prosté dietní chyby přes alimentární intoxikaci až po infekční chorobu, způsobenou virem nebo bakteriemi.

Alimentární intoxikace může být definována jako požití závadné potraviny obsahující bakteriální toxiny. Zpravidla se diagnostikuje jen na základě klinického průběhu (náhlý začátek, zvracení převažuje nad průjmem, stolice bez patologické příměsi, teploty normální nebo jen mírně zvýšené) a případně epidemiologické anamnézy (hromadný výskyt po požití podezřelého jídla). Nemoc může způsobit akutní dehydrataci, slabost nebo kolaps, s nutností infuzní léčby, ale rychle odeznívá. Postižený se obvykle vrací do stavu plného zdraví do 3 dnů.

Alimentární intoxikace se správně kóduje A05, při necharakteristickém klinickém obraze však může být kódována i jako A09.

Virová gastroenteritida může být způsobena různými viry (nejčastěji rotaviry nebo noroviry) a je poměrně snadno přenosná prostým kontaktem. Největší dispozici k vzniku nemoci mají malé děti a staří lidé, v těchto populačních skupinách se vyvolatelé nemoci nejčastěji šíří. Při větší expozici však samozřejmě může onemocnět i dosud zdravý člověk středního věku. K typickým projevům nemoci patří horečka, zvracení a průjem. Stolice jsou zpravidla bez patologické příměsi, zánětlivé

markery (CRP) zůstávají nízké. Důvodem pro návštěvu lékaře mohou být horečky, zvracení, průjmy nebo slabost z dehydratace. Důvodem pro DPN mohou být i epidemiologické důvody, například při onemocnění učitelky v mateřské školce nebo pracovníka v domově seniorů.

Léčba je symptomatická: dieta, podle potřeby rehydratace, analgetika-antipyretika, střevní dezinficiencia. Onemocnění trvá několik dní, zpravidla ne déle než týden.

Virová gastroenteritida se správně kóduje A08, není-li však etiologie určena (většina případů), může být kódována i jako A09.

Bakteriální enterokolitida je v současné době nejčastěji způsobena salmonelami nebo kampylobaktery (*Campylobacter jejuni*). Podstatně vzácnější jsou jiní původci (*Shigella*, patogenní kmeny *E. coli*, *Yersinia enterocolitica*, *Clostridium difficile* apod.). U bakteriálních enterokolitid neexistuje univerzální klinický obraz. Salmonelózy se typicky projevují horečkou, zvracením a průjmem, stolice bývají zelené. Pro kampylobakteriázy a yersiniázy je typická horečka, bolesti břicha a průjem s příměsí krve ve stolici. U bakteriální dysenterie (shigelózy) dominují průjmy bez zvracení, přičemž ve stolici může být hlen a krev. Teplota je různě vysoká. Někdy bývají bolestivá nutkání na stolici (tenesmy).

Z uvedených nemocí je vysoce nakažlivá shigelóza a postižené osoby vždy musejí být izolovány v nemocnici nebo doma po dobu vylučování mikroba. Salmonelóza je nakažlivá jen velmi málo a opatření, která brání jejímu šíření v populaci, se omezují na zákaz práce v potravinářství a ve zdravotnictví po dobu vylučování mikroba. Kampylobakteriáza a yersiniáza je minimálně přenosná a nevyžaduje zavádění žádných izolačních opatření.

Léčba je primárně symptomatická: dieta, podle potřeby rehydratace, analgetika-antipyretika, střevní dezinficiencia nebo anorganické látky (smektit). Antibiotika se podávají jen při velmi těžkém průběhu nebo z epidemiologických důvodů, s cílem zkrátit dobu vylučování mikroba. Onemocnění trvá několik dní, zpravidla ne déle než 1-2 týdny.

Kódové označení A09 dostává pacient tehdy, jestliže etiologická diagnóza nebyla stanovena. Bakteriální enterokolitida se při určené etiologii obvykle kóduje symboly A02 až A04. Cholera, břišní tyfus a paratyfy (A00 a A01) se v ČR vyskytují velmi vzácně, jen jako importovaná onemocnění. Parazitární průjmy jsou buď importované (amébóza, A06) nebo mají subakutní až chronický průběh (A07).

b) Možné komplikace, jejich charakter a vliv na délku léčení a délku DPN

Komplikací akutního průjmového onemocnění je nejčastěji dehydratace a/nebo minerálový rozvrat. Tyto diagnózy jsou někdy dominantní, a pak je pacient veden primárně pod tímto kódem.

Dalšími možnými komplikacemi jsou recidivující průběh (např. u kampylobakteriázy nebo klostridiové kolitidy), vznik sepse nebo metastázy infekce, například artritidy (nejspíše u salmonelové infekce), případně rozvoj autoimunního onemocnění typu Reiterova syndromu (u osob s genetickou predispozicí – HLA B27). Všechny uvedené komplikace by však byly kódovány pod jiným označením než A09 s povinností hlásit nositeli nemocenského pojištění po upřesnění stavu změnu původní diagnózy.

c) Doporučené Standardy DPN

U pacientů, jejichž DPN překročí 10 dní by měla být stanovena etiologická diagnóza, čili kódové označení by bylo jiné než A09.

DPN by i u těžších onemocnění s dg. A09 neměla přesahovat 14 dní.

| | |
|-------------------|--------------------------|
| Duševně pracující | DPN _{opt} 3 dny |
| | DPN _{max} 7 dní |
| Fyzicky pracující | DPN _{opt} 3 dny |
| | DPN _{max} 7 dní |

3) A 46 Růže – erysipelas

a) Klinická charakteristika

Erysipel je závažné onemocnění postihující podkožní pojivové tkáně nejčastěji v oblasti dolní končetiny nebo obličeje (erysipel faciei). Může však být lokalizován i na trupu nebo na hýždích. Vyvolavatelem je *Streptococcus pyogenes*.

Onemocnění začíná náhle, často je úvodu třesavka s následným prudkým vzestupem teploty, někdy může být na počátku průjem, u starších osob může být prvním projevem celková slabost a porucha vědomí. Teprve další den se objeví typické zarudnutí kůže spolu se zánětlivou infiltrací podkoží. Okrsek zarudlé kůže je vždy teplejší a obvykle jasně ohraničený proti okolí. Často postupuje proximálně, ve směru toku lymfy.

Diagnóza je klinická. Původce nemoci je někdy možné zachytit z hemokultury, není to však pravidlem. Pacienti se obvykle hospitalizují, lékem volby je parenterálně podávaný penicilin. U alergiků je možné použít jiné antibiotikum, například intravenózní klindamycin. Nemoc není nakažlivá.

Antibiotická **léčba** nekomplikovaného onemocnění činí 10-20 dní. Infekce může být doléčena orálně podávaným antibiotikem, doba hospitalizace tedy může být kratší než doba antibiotické kúry. DPN se obvykle pohybuje v rozsahu 2-4 týdnů.

b) Možné komplikace, jejich charakter a vliv na délku léčení a délku DPN

Na povrchu postižené kůže mohou vznikat buly vyplněné čirým nebo zkaleným obsahem – bulózní erysipel. Kryt puchýřů se někdy strhne a pak zůstávají poměrně rozsáhlé povrchové ranné plochy, které mohou být vstupní branou sekundární bakteriální infekce. Léčba je v tomto případě pomalejší, DPN je možné ukončit až po zahojení kožních defektů.

Erysipel dolní končetiny může vyústit do hlubokého abscesu v postižené končetině nebo indukovat tromboflebitidu hlubokých žil. Erysipel na tváři může vyústit do orbitocelulitidy, externí otitidy nebo zánětu ušního boltce. Léčba pak odpovídá příslušné sekundární diagnóze.

Erysipel má zpravidla tendenci recidivovat, intervaly mezi recidivami mohou být různě dlouhé, od několika dnů do několika let. Opakované erysipely ve stejné lokalizaci často vedou k ireverzibilnímu poškození lymfatických cév, což se projeví jako chronický otok až elefantiáza postižené končetiny. Při léčbě recidivujícího erysipelu se zpravidla používají vyšší dávky antibiotika a delší doba léčby, kromě toho se při častých epizodách infekce podává antibiotikum v profylaktickém režimu po dobu řady měsíců. Antibiotické profylaxe sama o sobě není důvodem pro vystavení DPN, na druhé straně přítomnost rozsáhlého trvalého otoku jedné dolní končetiny může výrazně snížit pracovní schopnost.

c) Doporučené Standardy DPN

| | |
|-------------------|--------------------------------|
| Duševně pracující | DPN _{opt} 2 - 4 týdny |
| | DPN _{max} 6 týdnů |
| Fyzicky pracující | DPN _{opt} 3 - 6 týdnů |
| | DPN _{max} 8 týdnů |

4) A 69.2 Lymeská nemoc

a) Klinická charakteristika

Lymeská nemoc je onemocnění způsobené spirální bakterií *Borrelia burgdorferi*, včetně jejích poddruhů (*Borrelia garinii*, *Borrelia afzelii*, *Borrelia valaisiana* a dalších). Nemoc přenášejí infikovaná klíšťata.

Infekce je ve většině případů samouzdravná, průběh může být asymptomatický. Při manifestním průběhu se rozeznávají tři stadia, nemusejí však být všechna vyjádřena. Nemoc může po prvním stadiu skončit, anebo naopak může první stadium vynechat a začít až projevy druhého stadia.

- A. **Časné lokalizované stadium** probíhá zpravidla pod obrazem erythema migrans, v místě, kde bylo klíště přisáté.
- B. **Časné diseminované stadium** může být spojeno s postižením různých orgánů a tkání (řazeno podle četnosti):
 - nervový systém: meningitida, encefalitida, myelitida, radikulitida, neuritida (probíhající často pod obrazem jednostranné parézy lícního nervu);
 - klouby, kosti, svaly: migrující artritidy, myalgie, entézopatie;
 - srdce: myokarditida, perikarditida, poruchy převodního systému (arytmie);
 - kůže: vícečetná erythema migrans, lymfadenosis benigna cutis;
 - oči: konjunktivitida, uveitida.
- C. **Pozdní diseminované stadium** postihuje stejné tkáně jako časné diseminované stadium:

- nervový systém: chronická encefalitida nebo polyneuritida, presenilní demence;
- klouby, kosti, svaly: chronické artritidy a entézopatie;
- srdce: kardiomyopatie, poruchy převodního systému;
- kůže: acrodermatitis chronica atroficans;
- oči: chronická uveitida.

Léčba spočívá v podávání antibiotik po dobu 10-14 dnů u erythema migrans, v ostatních případech po dobu 2-4 týdnů, symptomatická terapie podle typu obtíží.

b) Možné komplikace, jejich charakter a vliv na délku léčení a délku DPN

Vzhledem k rozmanitosti klinických projevů se u této choroby neodlišují komplikace od typického průběhu nemoci. Obecně platí, že klinické projevy časných stadií jsou způsobeny aktivní infekcí a jsou úplně nebo z větší části vyléčitelné ad integrum. Naopak při pozdním stadiu již dominují důsledky chronického zánětu (atrofie, vazivová přeměna tkání, podíl autoimunních dějů), které jsou nevratné a způsobují doživotní omezení vykonávaných aktivit.

c) Doporučené Standardy DPN

Ke kontrole DPN jsou indikováni všichni nemocní s erythema migrans, kteří mají DPN delší než 2 týdny. Dále všichni nemocní s neuroborreliózou nebo borreliovým postižením muskuloskeletálních tkání, kteří mají DPN delší než 8 týdnů od zahájení antibiotické léčby.

Doba pracovní neschopnosti je dána rozsahem a závažností orgánových postižení (viz výše), nikoli nemocí samotnou. Lymeská nemoc sama o sobě není důvodem k vystavení DPN.

Pacienti s erythema migrans nebo s lymfadenosis benigna cutis mohou vykonávat běžné pracovní činnosti bez omezení. Neschopnost v rozsahu 1-2 týdnů jim může být přiznána jen tehdy, jestliže mají doprovodné celkové projevy (např. subfebrilie) anebo při vykonávání těžké fyzické práce.

Pacienti s neuroborreliózou, s postižením muskuloskeletálních tkání nebo srdce mají mít DPN odpovídající patologickým změnám na těchto orgánech. Například při diagnóze borreliové meningoencefalitidy nebo artritidy se obvyklá doba DPN pohybuje v rozsahu 4-8 týdnů od zahájení antibiotické léčby. Při postižení srdce je doba DPN zcela individuální.

Erythema migrans

| | |
|-------------------|--------------------|
| Duševně pracující | DPNopt 0 týdnů |
| | DPNmax 2 týdny |
| Fyzicky pracující | DPNopt 1 – 2 týdny |
| | DPNmax 2 týdny |

Neuroborrelióza, postižení muskuloskeletálních tkání

| | |
|-------------------|--------------------------------|
| Duševně pracující | DPN _{opt} 4 - 8 týdnů |
| | DPN _{max} 3 měsíce |
| Fyzicky pracující | DPN _{opt} 6 - 8 týdnů |
| | DPN _{max} 3 měsíce |

5) **A 84.1 Středoevropská encefalitida přenášená klíšťaty**

a) Klinická charakteristika

Infekce virem klíšťové encefalitidy může mít různý průběh, od inaparentní čili asymptomatické formy až po smrtelnou chorobu. Ve své typické podobě probíhá klíšťová encefalitida nebo spíše meningoencefalitida jako dvoufázové onemocnění. První fáze, která nastává za 1-4 týdny po přisátí klíštěte, je nerozlišitelná od banální virové infekce a jejími hlavními projevy jsou zvýšená teplota nebo horečka, myalgie, cefalea a únava. Tento stav trvá několik dní, poté se může na několik dní zmírnit nebo zcela ustoupit, načež následuje druhá fáze, která odpovídá vlastní meningoencefalitidě. Znovu se objeví horečky, silné bolesti hlavy, které špatně reagují na běžná antipyretika, nauzea a zvracení. Pacient si stěžuje na poruchy spánku a nemožnost soustředění, vyhledává klid, jsou mu nepříjemné všechny silnější smyslové podněty, vadí mu silné světlo, zvuky, pachy atd. Při neurologickém vyšetření se zjistí pozitivní meningeální příznaky, třesy prstů a očních víček, nepřesná taxie, porucha rovnováhy, zpomalené myšlení, někdy i poruchy vědomí.

Diagnostika meningoencefalitidy je založena na klinických příznacích a současně průkazu zánětlivé reakce v mozkomíšním moku. Etiologii prokazuje sérologické vyšetření – nález specifických IgM protilátek proti viru klíšťové encefalitidy.

Léčba je symptomatická, klidový režim na lůžku. Podle potřeby se podávají analgetika-antipyretika a antiemetika. Při silných bolestech hlavy a dalších projevech nitrolební hypertenze se používá antiedematózní terapie, tj. infúze manitolu nebo parenterálně aplikované kortikosteroidy. Má-li nemocný poruchu motoriky, zahajuje se po odeznění nejtěžší fáze nemoci rehabilitace. První dva týdny léčby zpravidla pacient stráví v nemocnici, poté se při dobrém klinickém stavu může předat do domácího ošetřování.

Meningoencefalitida u většiny postižených úplně odezní v průběhu týdnů. Při těžkém průběhu nebo při nedodržení klidového režimu však mohou přetrvávat bolesti hlavy, poruchy soustředění, paměti nebo spánku, zvýšená dráždivost a/nebo únavnost a podobné projevy po řadu měsíců nebo i let.

Životu nebezpečná je bulbární forma nemoci, při níž je infekcí zasažena oblast prodloužené míchy. Tato forma nemoci se projevuje poruchou polykání a vegetativní nestabilitou. Pacient musí být umístěn na JIP, některým nemocným je potřeba poskytnout řízenou ventilaci. Uzdravování bývá pomalé a mnohdy neúplné, mohou se objevit různé sekundární komplikace. Prognóza je nejistá nejen z hlediska uzdravení, ale i přežití.

b) Možné komplikace, jejich charakter a vliv na délku léčení a délku DPN

Hlavní komplikací jsou obrny. Pro klíšťovou meningoencefalitidu je typickou komplikací jednostranná chabá paréza ramenního pletence. Vyskytuje se poměrně vzácně, ale špatně se léčí, i po intenzivní rehabilitaci zpravidla zůstane reziduální postižení motoriky paže.

Mohou vzniknout i parézy hlavových nervů, zejména n. facialis, ty však obvykle odezní během rekonvalescence.

Velmi obávané jsou vzácně se vyskytující kvadruparézy postihující všechny čtyři končetiny a současně i svalstvo trupu včetně dýchacích svalů. Pacient pak musí být hospitalizován na JIP a uměle ventilován po řadu měsíců. Jde-li o člověka středního věku bez závažných komorbidit, má naději na uzdravení quoad vitam a návrat do domácího prostředí, částečná porucha motoriky však vždy přetrvává.

c) Doporučené Standardy DPN

| | |
|-------------------|---------------------------------|
| Duševně pracující | DPN _{opt} 6 týdnů |
| | DPN _{max} 3 měsíce |
| Fyzicky pracující | DPN _{opt} 8 - 10 týdnů |
| | DPN _{max} 3 měsíce |

Bulbární nebo paretické formy encefalitidy mají DPN závislou na rozsahu neurologického postižení a míře jeho ústupu; vždy jde řádově o měsíce. Po skončení hospitalizace na akutním lůžku je obvykle potřebný následný pobyt v rehabilitačním zařízení. I po skončení nemoci často přetrvává trvalý motorický deficit.

6) A 87 Virová meningitida

a) Klinická charakteristika

Klinický průběh virové meningitidy je často dvoufázový. První fáze má zpravidla charakter banální virové infekce, s nespecifickými příznaky (zvýšená teplota nebo horečka, myalgie, cefalea a únava). Poté následuje druhá fáze, kde již dominují projevy svědčící pro postižení mozku a mozkových obalů: znovu se objeví horečky, současně má postižený člověk i silné bolesti hlavy, které špatně reagují na běžná antipyretika, nauzeu a často i světloplachost, poruchy spánku a soustředění. Při neurologickém vyšetření se zjistí pozitivní meningeální příznaky, často je zpomalené myšlenkové tempo.

Léčba je symptomatická, klidový režim na lůžku. Podle potřeby se podávají analgetika-antipyretika a antiemetika. Při silných bolestech hlavy a dalších projevech nitrolební hypertenze se používá antiedematózní terapie, tj. infúze manitolu. První 1-2 týdny léčby zpravidla pacient stráví v nemocnici, poté se při dobrém klinickém stavu může předat do domácího ošetřování.

U většiny postižených odezní příznaky v průběhu několika týdnů. Při těžkém průběhu nebo při nedodržení klidového režimu však mohou přetrvávat bolesti hlavy, poruchy soustředění, paměti nebo spánku, zvýšená dráždivost a/nebo únava a podobné projevy po několik měsíců.

b) Možné komplikace, jejich charakter a vliv na délku léčení a délku DPN

Komplikací může být meningoencefalitida. Doba DPN meningoencefalitidy je obecně delší než DPN prosté meningitidy. Komplikací meningoencefalitidy je jednak přetrvávající únavnost, slabost, poruchy soustředění a spánku apod., a dále výskyt obrn, které mohou být centrální i periferní a mohou postihnout hlavové i periferní nervy. Parézy se obvykle postupně upraví s přispěním rehabilitace, nelze však vyloučit možnost trvalých následků (jednostranná porucha sluchu, porucha motoriky apod.).

c) Doporučené Standardy DPN

| | |
|-------------------|---------------------------------|
| Duševně pracující | DPN _{opt} 4-6 týdnů |
| | DPN _{max} 2 - 3 měsíce |
| Fyzicky pracující | DPN _{opt} 6-8 týdnů |
| | DPN _{max} 2- 3 měsíce |

7) **B 02 Herpes zoster**

a) **Klinická charakteristika**

Herpes zoster (pásový opar) je vyvolán virem varicely, který po prodělaných planých neštovicích perzistuje v nervových gangliích. Výsev pásového oparu je projevem reaktivace této latentně perzistující infekce. Z toho vyplývá, že herpes zoster může být považován za projev snížené výkonnosti imunitního systému.

Výsev pásového oparu odpovídá svým rozsahem inervační oblasti příslušného ganglia, eventuálně několika sousedních ganglií. Výsev je vždy jednostranný. Nejtypičtější je výsev v mezižeberní oblasti nebo několika sousedních mezižeberních oblastech (interkostální zoster). Druhou nejčastější lokalizací je oblast odpovídající první větvi n. trigeminus (zoster ophthalmicus). Šíří-li se infekce z jiných ganglií, mohou být analogicky postiženy jiné okrsky kůže nebo případně sliznic. Jako příklady je možno uvést zoster postihující jednotlivé dermatomy na horních i dolních končetinách; oblast zevního zvukovodu a ušního boltce – inervovaná prostřednictvím n. intermedius a n. facialis; oblast zadní části ústní dutiny – inervovaná z n. glossopharyngeus atd.

Kromě typických kožních erupcí se může zoster projevovat i bolestmi v oblasti inervované příslušným nervem. Bolesti mohou předcházet výsevu vyrážky i o několik týdnů a mohou také dlouhodobě (měsíce) přetrvávat i po jejím odeznění. Tyto herpetické neuralgie bývají velmi bolestivé zejména u starších osob a nezřídka si vynutí podání silných analgetik, včetně opiátů. Vzácně bývají diagnostikovány herpetické neuralgie bez kožních projevů.

Součástí onemocnění bývá meningitida způsobená centripetálním šířením infekce z ganglia.

U jedinců s těžkou poruchou imunity může dojít k šíření infekce nejen po nervových vláknech, ale i hematogenně. Tento stav se nazývá diseminovaný nebo generalizovaný zoster. Pacient má přitom typickou zosterovou vyrážku podél jednoho nervu a k tomu řidší exantém po celém těle odpovídající varicelle. Tato forma nemoci může být život ohrožující.

Léčba je primárně symptomatická – analgetika, antipyretika, antihistaminika, vitaminy. Kauzální léčba acyklovirem.

b) Možné komplikace, jejich charakter a vliv na délku léčení a délku DPN

Hlavními komplikacemi zosteru jsou neuralgie, dále parézy (typická je paréza n. facialis doprovázející herpes oticus - Ramsay-Huntův syndrom). Další možnou komplikací je streptokoková nebo stafylokoková superinfekce (impetigo) nasedající na postižené okruhy kůže.

c) Doporučené Standardy DPN

| | |
|-------------------|----------------------------|
| Duševně pracující | DPN _{opt} 3 týdny |
| | DPN _{max} 3 týdny |
| Fyzicky pracující | DPN _{opt} 4 týdny |
| | DPN _{max} 4 týdny |

Doba DPN se řídí rozsahem postižení a jeho lokalizací, dalším určujícím faktorem je výskyt neuralgií.

8) B 15 Akutní hepatitida A

a) Klinická charakteristika

Nejtypičtějším projevem hepatitidy A je ikterus, ten se však objevuje u méně než poloviny nemocných. Ostatní projevy jsou málo charakteristické a zahrnují jednak chřipkovité příznaky (horečky, často nad 38 °C, slabost, únava) a dále různé dyspeptické obtíže (nechutenství, nadýmání, pocit špatného trávení, nauzea). Asi u 10% dospělých osob probíhá hepatitida A bez příznaků.

Léčba hepatitidy A je symptomatická, především klidový a izolační režim, jaterní dieta. Při těžším průběhu s výraznými dyspeptickými projevy se někdy podávají rehydratační a realimentační infuze. Hospitalizace je ze zákona povinná, důvodem je požadavek na izolaci nemocných, kteří mohou šířit nákazu fekálně-orální cestou na osoby v kontaktu.

Doba DPN závisí na výskytu subjektivních obtíží (dyspepsie, únavnost), rychlosti poklesu jaterních testů. Jestliže je pacient subjektivně bez obtíží a jeho práce není vyčerpávající, je možné DPN ukončit dříve, než se znormalizují jaterní testy; stačí fakt, že mají jasně klesající tendenci. Za normálních podmínek se DPN pohybuje kolem 1 měsíce.

Vzácně probíhá hepatitida A v cholestatické formě, která je charakterizována nápadným ikterem a laboratorními markery intrahepatální cholestázy. Tento stav je obvykle možné zvládnout parenterální výživou a podáváním kortikosteroidů v protizánětlivé dávce, doba hospitalizace i doba DPN však bývá 2 - 3x delší než u nekomplikované hepatitidy.

b) Možné komplikace, jejich charakter a vliv na délku léčení a délku DPN

Hepatitida A nepřechází do chronicity, může však způsobit relaps, a to za 10-120 dní po prvotním onemocnění. Velmi vzácně se relapsy mohou opakovat. Relaps zpravidla probíhá mírněji než prvotní onemocnění.

Podobnou komplikací je tzv. posthepatitický syndrom, s přetrvávající únavností a dyspeptickými projevy, ačkoli se normalizovaly jaterní testy. Jde o projev neurovegetativní lability, který neumíme dost dobře objektivizovat ani spolehlivě léčit. Velmi vzácnou, ale velice nebezpečnou komplikací je fulminantní hepatitida, která má autoimunní příčinu. Klinický obraz odpovídá rychle se rozvíjejícímu jaternímu selhávání. Léčba spočívá v podání vysoké dávky kortikosteroidů, případně jiných imunosupresiv. Prognóza je vždy nejistá.

c) Doporučené Standardy DPN

| | |
|-------------------|---------------------------------|
| Duševně pracující | DPN _{opt} 6 - 4 týdny |
| | DPN _{max} 2 - 3 měsíce |
| Fyzicky pracující | DPN _{opt} 8 týdnů |
| | DPN _{max} 2 - 3 měsíce |

9) **B 16 Akutní hepatitida B**

a) **Klinická charakteristika**

Projevy akutní hepatitidy B zahrnují ikterus, dyspeptické obtíže (nechutenství, nadýmání, pocit špatného trávení, nauzea apod.), celkovou slabost a únavnost a často i artralgie, které postihují zvláště drobné klouby rukou a nohou. Ikterus je sice nejtypičtějším příznakem nemoci, nemusí však být přítomen u všech pacientů; anikterické nebo dokonce asymptomatické formy nemoci se obvykle zjistí jen při depistážních akcích.

Léčba spočívá v klidovém režimu a jaterní dietě; někdy se přidávají i hepatoprotektiva nebo vitaminy skupiny B. Hospitalizace je podle zákona povinná.

Těžký průběh hepatitidy B, který je charakterizován jaterní insuficiencí, trvající déle než 4 týdny, je důvodem k podání kauzální léčby - antivirotik. Typickým projevem tohoto stavu je výrazný ikterus a známky snížené proteosyntézy v játrech. Léčba antiretrovirotiky trvá v těchto případech obvykle 4-12 měsíců.

b) **Možné komplikace, jejich charakter a vliv na délku léčení a délku DPN**

Nejčastější komplikací je přechod do chronicity; k tomu dochází asi u 5 % nemocných. Chronická hepatitida je definována jako infekce trvající déle než 6 měsíců. Chronická hepatitida predisponuje k následnému rozvoji jaterní cirhózy a/nebo hepatocelulárního karcinomu.

Vzácnou (<1 % případů), ale velice nebezpečnou komplikací je fulminantní hepatitida, která má autoimunní příčinu. Klinický obraz odpovídá rychle se rozvíjejícímu jaternímu selhávání. Léčba je komplexní, měla by probíhat na metabolicky zaměřené JIP. Prognóza je vždy nejistá. U některých nemocných je nutné přistoupit k transplantaci jater.

c) **Doporučené Standardy DPN**

| | |
|-------------------|---------------------------------|
| Duševně pracující | DPN _{opt} 2 - 4 měsíce |
| | DPN _{max} 6 měsíců |

| | |
|-------------------|---------------------------------|
| Fyzicky pracující | DPN _{opt} 4 - 6 měsíců |
| | DPN _{max} 6 - 8 měsíců |

10) **B 24 Neurčené onemocnění virem HIV**

a) **Klinická charakteristika**

Tato diagnóza se vystavuje pacientům, u nichž byla prokázána probíhající infekce virem HIV, ale zatím nejsou známy bližší charakteristiky, které by umožňovaly podrobnější kategorizaci.

Člověk infikovaný virem HIV obvykle prochází následujícími klinickými stadii:

Stadium A – asymptomatické stadium

- akutní retrovirový syndrom (s příznaky podobnými infekční mononukleóze)
- asymptomatické období (bezpříznakové, trvající roky)
- perzistující generalizovaná lymfadenopatie

Stadium B – časné symptomatické stadium (teploty a výskyt tzv. malých oportunních infekcí)

Stadium C – pozdní symptomatické stadium, čili AIDS (výskyt tzv. velkých oportunních infekcí, wasting syndromu, HIV encefalopatie nebo některých nádorů, např. Kaposiho sarkomu).

Pacient s diagnózou B24 se může nacházet v kterémkoli z výše zmíněných stadií, včetně asymptomatického období, které trvá nejdéle.

b) **Možné komplikace, jejich charakter a vliv na délku léčení a délku DPN**

Sekundární infekce a další chorobné stavy se v pozdějších stadiích choroby objevují vcelku pravidelně a do značné míry předvídatelně, v závislosti na klesající koncentraci CD4+ lymfocytů v krvi.

c) **Doporučení ke kontrole DPN**

Pro diagnózu B24 nelze udat parametry (optimální doba DPN, maximální doba DPN). Diagnóza B24 totiž sama o sobě není důvodem k vystavení pracovní neschopnosti. Prakticky veškerou léčebnou péči a dispenzarizaci HIV-pozitivních jedinců v ČR zajišťují kvalifikovaní pracovníci AIDS center, která působí při infekčních odděleních. Tato centra byla zřízena ve všech bývalých krajských městech.

11) **B 27 Infekční mononukleóza**

a) **Klinická charakteristika**

Infekční mononukleóza je onemocnění vznikající u dospívajících při primoinfekci EBV virem. Při onemocnění jsou postiženy především tkáň a orgány patřící k retikuloendoteliálnímu systému. Po primoinfekci zůstává virus trvale přítomen v lymfatické tkáni, až do konce života (latentní infekce, která je klinicky němá).

Infekční mononukleóza vzniká u osob ve věku 10-30 let, nejčastěji mezi 15-20 lety. Při primoinfekci v mladším věku probíhá infekce jen jako necharakteristické virové onemocnění s horečkou. V pozdějším věku je naprostá většina populace již

promořena. U starřích osob tedy mŕže nastat aktivace latentnř infekce pŕi oslabenř imunitnřho systřmu (napŕ. pŕi dlouhotrvajřm stresu a vyčerpánř nebo pŕi AIDS), infekce je vřak v takovřm pŕřpadě endogennř a mř poněkud jině charakteristiky – nejde o mononukleozu.

Klinickě projevy infekčnř mononukleozy zahrnujř subfebrilie ař febrilie, povlakovou angřnu, otok očnřch vřček, vřrazně zvřřšení podčelistnřch a krčnřch uzlin a hepatosplenomegalii.

Lěčba je symptomatickř, zahrnuje klidovř režim, analgetika-antipyretika, pŕi podezřenř na duálnř nebo druhotnou bakteriálnř infekci antibiotika. Pŕi vřrazně dysfagii se podřvají kortikosteroidy. Hospitalizace je vhodnř pŕi nřlezu rozsřhlě povlakově angřny a dysfagii, v ostatnřch pŕřpadech lze lěčit nemoc ambulantně.

b) Mořně komplikace, jejich charakter a vliv na dělkou lěčenř a dělkou DPN

Onemocnřnř mŕže pŕejřt do chronickěho stadia, se subfebriliemi, slabostř, nevŕkonnostř, nechutenstvřm a podobnřmi nespecifickřmi obtřřemi; laboratorně mŕže pŕetrvřvat zvřřšenř hodnota aminotransferřz a LD. Tyto projevy mohou pŕetrvřvat řadu tŕdnŕ, neř se postupně znormalizujř. Rozhodujřcř jsou subjektivnř obtřře, v tom se tato nemoc podobř chronickěmu ŕnavověmu syndromu. Naopak pŕetrvřvajřcř lehce zvřřšenř hladina aminotransferřz pŕi dobrě celkově kondici by sama o sobě neměla bŕt dŕvodem k prodluřovřnř DPN. Pŕi nejistotě je vhodně konzultovat infektologa.

Vzřcně mŕže infekce nebo imunitnř reakce na ni postřhnout i jině orgřny a vznikne myokarditida nebo meningoencefalitida. Doba DPN se pak musř řidit zřvřřnostř a vŕvojem těchto komplikacř.

Velmi vzřcně mŕže splenomegalie dosřhnout takověho stupně, ře dojde k ruptuře pouzdra sleziny a krvřcenř do dutiny bŕiřnř. Tento stav ohrořuje pacienta na řivotě a musř se řeřit chirurgicky, obvykle urgentnř splenomegalii.

c) Doporučeně Standardy DPN

| | |
|-------------------|----------------------------|
| Duřevně pracujřcř | DPN _{opt} 3 tŕdny |
| | DPN _{max} 1 měsřc |
| Fyzicky pracujřcř | DPN _{opt} 3 tŕdny |
| | DPN _{max} 6 tŕdnŕ |

12) G00 Bakteriálnř meningitida

a) Klinickř charakteristika

Nejčastěji vznikř pŕestupem infekce ze sousednřch tkřnř nebo na podkladě hematogennř diseminace infekčnřho agens.

Pod křdovřm označenřm G00 se nevykazujř meningitidy zpŕsobeně atypicky rostoucřmi bakteriemi, jako jsou mykobakterie (tuberkuloznř meningitida) nebo spirochety (borreliovř nebo luetickř meningitida a meningoencefalitida).

Typickř pŕŕběh bakteriálnř meningitidy je velmi rychlř, doba od prvnřch pŕřznakŕ nemoci do poruchy vřdomř je u vřřřiny pacientŕ kratř neř 24 hodin.

Hlavními příznaky jsou horečka, bolesti hlavy, nauzea a zvracení a rychle narůstající porucha vědomí. Meningeální příznaky jsou zpravidla silně pozitivní. Pro stanovení diagnózy je rozhodující výsledek lumbální punkce, kde se zjistí hnisavá exsudace.

Léčba musí být poskytnuta neprodleně, každá hodina odkladu významně zhorší prognózu nemoci. Základem léčby je podání vysokých dávek baktericidně působících antibiotik, opatření zaměřená proti edému mozku, analgosedace a podle potřeby komplexní intenzivní péče. Více než polovině postižených musí být poskytnuta umělá plicní ventilace. I při uplatnění metod moderní intenzivní péče zůstává smrtnost nemoci kolem 20 %.

b) Možné komplikace, jejich charakter a vliv na délku léčení a délku DPN

Jsou časté a poměrně různorodé - křeče, komatózní stav, poruchy dýchání, poruchy vodní a iontové rovnováhy způsobené neadekvátní sekrecí antidiuretického hormonu. Vedle těchto funkčních poruch se mohou objevit anatomicky prokazatelné komplikace: absces mozku, subdurální sufuze, krvácení z eroze mozkových cév nebo naopak jejich trombóza. Rozsáhlý edém mozku může způsobit herniaci. Při poruše vědomí může snadno vzniknout aspirační pneumonie.

Samostatnou skupinu komplikací představují parézy, jejichž příčinou může být poškození příslušných mozkových center, ale také poškození nervů probíhajících zánětlivě změněnou oblastí (typicky n. VIII) a mnohdy i neuropatie kriticky nemocných. Možnost postupné úpravy těchto poruch závisí na příčině, která je vyvolala, a době jejího trvání.

Po odeznění kritického období se u některých nemocných zjistí hluchota, která bývá zpravidla ireverzibilní, může se vyvinout hydrocefalus v důsledku pozánětlivého slepení odtokových likvorových cest, následkem ložiskového poškození mozku může vzniknout pozánětlivá epilepsie. U některých nemocných, zejména vyššího věku, může bakteriální meningitida navodit nebo prohloubit demenci.

c) Doporučené Standardy DPN

| | |
|-------------------|---------------------------------|
| Duševně pracující | DPN _{opt} 1 - 2 měsíců |
| | DPN _{max} 3 - 5 měsíců |
| Fyzicky pracující | DPN _{opt} 2 měsíce |
| | DPN _{max} 5 měsíců |

Čl. 2

Vybrané nemoci oběhové soustavy

1) I 10 Esenciální (primární) hypertenze

a) Klinická charakteristika

Klinickými obtížemi jsou bolesti hlavy, pocity nejistoty, slabosti, v těžších případech neurologická poškození provázená vysokými hodnotami krevního tlaku (TK). Nezbytnou součástí je klinické vyšetření a provedení biochemie cílené na vyloučení sekundárního

původu vzestupu TK, tj. vyloučení koronárního postižení, cévního postižení CNS, sekundární hypertenze.

Těžší formy vyžadují konzultaci kardiologa, neurologa, vždy EKG, ev. echo. Nepříznivými faktory jsou přidružená onemocnění – ateroskleróza vyššího stupně vyžadující angiografická vyšetření, diabetes mellitus, renální selhání, obezita, porucha metabolismu lipidů, kuřáctví.

Léčba spočívá v klidovém režimu, navazuje nefarmakologická léčba (dieta) a medikamentózní terapie, za pravidelných kontrol TK. Stabilizace farmakologická vyžaduje 4 - 6 týdnů k optimalizaci léčby.

b) Možné komplikace, jejich charakter a vliv na délku léčení a délku DPN

Přechod do nekontrolované formy hypertenze či hypertenze rezistentní na terapii, obvykle vyžaduje hospitalizaci, s návaznou intenzivní farmakologickou, případně i nefarmakologickou terapií (renální denervace), hospitalizace je obvykle provázena prodloužením DPN.

c) Doporučené Standardy DPN

| | |
|-------------------|---------------|
| Duševně pracující | DPNopt 20 dní |
| | DPNmax 60 dní |
| Fyzicky pracující | DPNopt 40 dní |
| | DPNmax 90 dní |

2) I 20 Angina pectoris

a) Klinická charakteristika

Angina pectoris jako projev poškození koronárního řečiště se obvykle projevuje typickými bolestmi na hrudníku – frekvence a intenzita obtíží jako příčina DPN musí být následovaná kompletním kardiologickým vyšetřením, jehož cílem je specifikovat místo a závažnost poškození. Dnešní kardiologická vyšetření s následným farmakologickým a nefarmakologickým terapeutickým postupem vedou ke stanovení léčebného postupu v relativně zkráceném čase. Nekomplikovaný průběh je po kardiologické intervenci a klinické stabilizaci obvykle následován rehabilitací, komplexní vedení režimových opatření.

b) Možné komplikace, jejich charakter a vliv na délku léčení a délku DPN

Angina pectoris může přejít do stadia nestabilní formy či IM, který je vždy řešen za hospitalizace, včetně intervenční či chirurgické revaskularizace. Tento vývoj ovlivní dobu DPN. Dále forma postižení malých tepen koronárního řečiště „small vessel disease“, nejčastěji u diabetiků, obvykle s jedinou možností konzervativní terapie, výrazně prodlouží DPN. Prognosticky nepříznivými faktory jsou nekompletní revaskularizace, recidivující obtíže v kombinaci s přítomností rizikových faktorů aterosklerózy.

c) Doporučené Standardy DPN

| | |
|-------------------|---------------|
| Duševně pracující | DPNopt 20 dní |
| | DPNmax 60 dní |
| Fyzicky pracující | DPNopt 20 dní |
| | DPNmax 80 dní |

Angina pectoris ošetřená perkutánní koronární intervencí

| | |
|-------------------|----------------|
| Duševně pracující | DPNopt 20 dní |
| | DPNmax 110 dní |
| Fyzicky pracující | DPNopt 40 dní |
| | DPNmax 180 dní |

Pojištěnce po nekomplikovaném zákroku omezuje doba hojení tříselného vstupu do tepny, což je období cca 7 – 10 dnů. Někdy bývá nutné nastavení adekvátní farmakoterapie. Doba DPN může být delší, pokud revaskularizace není kompletní a pacient je plánován k dalším perkutánním koronárním intervencím.

3) I 21 Akutní infarkt myokardu

a) Klinická charakteristika

Do této skupiny by měly být zahrnuty veškeré akutní koronární syndromy vedoucí k rozvoji ischemie myokardu. Velmi rychlý začátek obtíží - intenzivní bolest na hrudníku, dušnost, vegetativní symptomatologie bezprostředně ohrožující nemocného na životě. Včasná reperfuze obvykle zabrání vzniku poinfarktové nekrózy a nedojde k poškození funkce levé komory. Intenzivní přístup k terapii představuje rychlý výběr optimální reperfuze v kombinaci s protideštičkovou léčbou.

Nekomplikovaný vývoj představuje propuštění z nemocnice asi po 1-2 týdnech, následuje klinická stabilizace, kontrolovaná farmakoterapie a řízená rehabilitace. Dlouhodobá preventivní opatření s cílem zabránit nepříznivému vývoji a recidivám, důsledná kontrola rizikových faktorů aterosklerózy, nutná změna životního stylu.

b) Možné komplikace, jejich charakter a vliv na délku léčení a délku DPN

Časné komplikace jsou obvykle řešeny za hospitalizace, některé vyžadují okamžitou chirurgickou intervenci (ruptury šlašinek, defekt septa, ruptura stěny). Klinicky nepříznivý vývoj nastává u nemocných s přítomností poinfarktového ložiska s dysfunkcí levé komory, projevující se snížením ejekční frakce levé komory, obvykle provázené zhoršením NYHA klasifikace, s projevy srdečního selhání.

c) Doporučené Standardy DPN

| | |
|-------------------|----------------|
| Duševně pracující | DPNopt 60 dní |
| | DPNmax 180 dní |

| | |
|-------------------|----------------------------|
| Fyzicky pracující | DPN _{opt} 70 dní |
| | DPN _{max} 210 dní |

Akutní infarkt myokardu bez následného srdečního selhání ošetřený perkutánní koronární intervencí

| | |
|-------------------|----------------------------|
| Duševně pracující | DPN _{opt} 60 dní |
| | DPN _{max} 180 dní |
| Fyzicky pracující | DPN _{opt} 90 dní |
| | DPN _{max} 260 dní |

Pojištěnce po nekomplikovaném zákroku omezuje jednak doba hojení tříselného vstupu do tepny, což je období cca 7 – 10 dnů, jednak je další omezení dáno extenzivitou prodělaného infarktu. Většina pacientů se dnes dostane k otevření infarktové tepny do 6 hod od vzniku potíží, a proto je rozsah srdeční nekrózy u velké části pacientů relativně malý. Pokud je revaskularizace provedena později, jsou výsledky horší a je nutná určitá adaptace a rehabilitace před zapojením se do pracovního procesu. Někdy je také indikována lázeňská léčba. Pacient musí změnit životní styl, dietetické zvyklosti a je mu nastavena příslušná farmakoterapie (betablokátory, ACE-inhibitory, statiny, antiagregační léčba, apod.). Vzhledem k tomu, že u akutních IM se obvykle revaskularizuje jen infarktová tepna, může být doba DPN spíše delší, pokud je postižení koronárního řečiště vícečetné, revaskularizace není kompletní a pacient je plánován k dalším elektivním perkutánním koronárním intervencím. Míru disability ovlivňuje výsledná ejekční frakce levé komory srdeční (bez omezení při hodnotách $\geq 50\%$), funkční klasifikace (bez omezení při klasifikaci NYHA I). Další limitace platí pro profesionální řidiče: dle platných doporučení České kardiologické společnosti nesmí profesionální řidiči vykonávat řízení motorových vozidel po dobu tzv. vyčkávacího období, což jsou 3 měsíce od prodělaného infarktu a s tím, že po 6 měsících musí u svého kardiologa absolvovat opětovné vyšetření zátěžovým testem.

4) I 25 Chronická ischemická choroba srdeční

a) Klinická charakteristika

Chronická ischemická choroba srdeční zahrnuje velkou skupinu klinických forem postižení koronárního řečiště, nejčastěji na podkladě aterosklerózy. Projevy se mohou značně lišit, angina pectoris přecházející do chronické formy, s recidivujícími bolestmi na hrudníku, s různým stupněm námahové dušnosti jako projev nedostatečné výkonnosti levé komory, přecházející do projevu chronické srdeční nedostatečnosti, provázené zhoršenou funkční klasifikací NYHA při zhoršené ejekční frakci levé komory.

Léčba zahrnuje klinickou stabilizaci stavu cestou farmakoterapie, cílená terapie ovlivněním revaskularizace myokardu. Provedení kompletní revaskularizace jako

plánovaný výkon ovlivňuje pracovní neschopnost jen po dobu hojení třísla (cca 7 – 10 dní), zavedení potřebné chronické medikace. Zásadní je bezprostřední vedení sekundární prevence přítomné aterosklerózy, změna životního stylu, kontrola metabolických faktorů a řízená pohybová rehabilitace musí být trvalého charakteru.

b) Možné komplikace, jejich charakter a vliv na délku léčení a délku DPN

Závažnější formy obvykle vyžadují kompletní diagnostický proces a návrh terapie – od prostého ošetření koronárních cév až po implantace kardiostimulátorů, ICD - kardiovertů či srdeční transplantaci.

c) Doporučené Standardy DPN

| | |
|-------------------|----------------------------------|
| Duševně pracující | DPN _{opt} 20 - 30 dnů |
| | DPN _{max} 100 - 120 dnů |
| Fyzicky pracující | DPN _{opt} 40 dnů |
| | DPN _{max} 120 – 180 dnů |

5) R07 Bolest na hrudi NS - (provedena koronarografie, která neprokázala ICHS)

Pro tuto diagnózu platí, že po prokázání příčiny onemocnění dalšími odbornými vyšetřeními musí být diagnostický kód změněn a nahlášen na předepsaném tiskopisu příslušnému orgánu nemocenského pojištění.

Doporučené Standardy DPN

| | |
|-------------------|----------------------------|
| Duševně pracující | DPN _{opt} 20 dnů |
| | DPN _{max} 60 dnů |
| Fyzicky pracující | DPN _{opt} 40 dnů |
| | DPN _{max} 120 dnů |

6) I 26 Plicní embolie

a) Klinická charakteristika

Plicní embolie má řadu klinických projevů od mírné námahové dušnosti až po velmi těžké dušnosti, zatížené vysokou mortalitou. Obvykle se klinický obraz odvíjí od rozsahu embolu a stupně okluze plicního řečiště. Významná obstrukce cévního řečiště vede ke vzestupu tlaku v a. pulmonalis a selhání funkce pravostranných srdečních oddílů. Plicní embolie je obvykle spojena s přítomností žilní trombózy. Na vzniku trombózy se podílejí jak dědičné faktory, tak faktory získané, především žilní stáza – operace, chronické varixy, cerebrovaskulární příhody, těhotenství, užívání perorální antikoncepce, malignity a další. Po původu je třeba vždy pátrat, je zásadní pro další vývoj.

Léčbou embolie menšího rozsahu je včas zahájena antikoagulační terapie, kontrola žilní trombózy a vývoje změn v povodí postižených žil – nejlépe ultrazvukem. Zásadní je profylaxe vzniku žilní trombózy, zejména u operačních výkonů a recidiv plicních embolií.

b) Možné komplikace, jejich charakter a vliv na délku léčení a délku DPN

Nepříznivý vývoj je třeba vidět v nedostatečné kontrole původu embolie – neobjasněný zdroj, nedostatečná antikoagulační terapie. V těchto případech dochází k recidivám s těžšími projevy onemocnění.

c) Doporučené Standardy DPN

| | |
|-------------------|----------------------------|
| Duševně pracující | DPN _{opt} 60 dnů |
| | DPN _{max} 180 dnů |
| Fyzicky pracující | DPN _{opt} 70 dnů |
| | DPN _{max} 200 dnů |

7) I44 Blokáda AV a levého raménka a I 45 Jiné převodní poruchy vedení srdečního rytmu

a) Klinická charakteristika

Symptomy AV blokády závisí na stupni blokády, její pokročilosti a pohotovosti náhradního rytmu. AV blokády I° většinou nejsou symptomatické. Extrémně dlouhý PQ interval může způsobit defektní plnění komor a vést k pocitu fyzické nevykonnosti. AV blokády II° mohou způsobovat únavu, fyzickou slabost a presynkopální stavy. AV blokáda III° většinou vede k synkopě, pokud se rychle neuplatní žádný náhradní srdeční rytmus. Část kompletních AV blokády bez náhradního rytmu je zodpovědná za náhlou srdeční smrt.

AV blokády I° a II° 1. typu (Wenckebachovy periody) se neléčí, pokud nejsou symptomatické. AV blokády II° 2. typu a AV blokády III° se léčí vždy kardiostimulací. Indikovaný stimulační režim je DDD nebo popř. u starších pacientů lze z úsporných důvodů zvolit režim VVIR. U režimu VVIR je vždy nutné vyloučit přítomnost zpětného převodu vzruchu z komory na síně s cílem předejít pacemakerovému syndromu. Urgentní léčbou pokročilých AV blokády je podání i.v. atropinu anebo isoprenalinu. V emergentních situacích je nutno i přes značnou bolestivost aplikovat zevní transkutánní kardiostimulaci (touto funkcí jsou dnes vybaveny všechny externí defibrilátory) anebo do srdce za aseptických kautel zavést dočasnou stimulační elektrodu.

Blokáda pravého i levého Tawarova raménka stejně jako blokáda předního či zadního svazku levého Tawarova raménka (tzv. hemibloky) je rozpoznatelná z povrchového EKG. QRS komplex má u raménkových blokády charakteristický tvar a jeho šířka přesahuje 120 ms. U QRS komplexu pod 120 ms při zachované morfologii hovoříme o tzv. inkompletní blokáde. Raménkové blokády stejně jako hemibloky samy o sobě nejsou nebezpečné a neléčí se. Většinou jsou způsobeny jen pomalejším vedením elektrického vzruchu raménkem a jde tak více méně o funkční blokádu. Pozornost

zasluhuje pouze anamnéza synkopy u blokády levého Tawarova raménka, kdy je indikováno elektrofyziologické vyšetření a při nálezů prodlouženého HV intervalu je indikována léčba kardiostimulací, protože riziko vzniku trvalé kompletní AV blokády u těchto pacientů vysoké a je závislé na délce naměřeného HV intervalu (např. u výrazně patologické hodnoty HV intervalu nad 100 ms činí téměř 25 %!).

b) Možné komplikace, jejich charakter a vliv na délku léčení a délku DPN

Z hlediska budoucího vývoje kompletní AV blokády jsou nejrizikovější pacienti s tzv. trifascikulární blokády (kombinace blokády levého Tawarova raménka a AV blokády I° nebo kombinace blokády pravého Tawarova raménka s levým předním či zadním hemiblokem a AV blokády I°). Tito pacienti jsou bedlivě sledováni kardiology, opakovaně se provádí holterovská vyšetření a v případě anamnézy presynkopálních či synkopálních stavů jim jsou neprodleně implantovány kardiostimulátory.

c) Doporučené Standardy DPN

Po implantaci kardiostimulátoru

| | |
|-------------------|----------------------------|
| Duševně pracující | DPN _{opt} 30 dnů |
| | DPN _{max} 60 dnů |
| Fyzicky pracující | DPN _{opt} 60 dnů |
| | DPN _{max} 120 dnů |

Míra disability je po implantaci kardiostimulátoru a kompletním zhojení rány podobná jako před implantací. Hojení rány per primam intentionem trvá zhruba 10 – 14 dnů. Samotná přítomnost kardiostimulátoru kvalitu života pacientů nezhoršuje. Výjimkou jsou pojištěnci vykonávající extrémně těžkou manuální práci (zvedání břemen, výkopové práce apod.), pojištěnci pracující s vysokonapěťovými systémy, pojištěnci vystavení indukčním elektromagnetickým polím (např. v energetickém průmyslu, svářeči používající elektrický oblouk, apod.). Zde hrozí elektromagnetická interference a porucha funkce stimulačního systému, což by v nejhorším případě u pacientů dependentních na kardiostimulaci mohlo vyvolat synkopy. Tyto práce jsou tedy nositelům kardiostimulátorů zakázány. Další výjimku tvoří profesionální řidiči. Dle současných doporučení České kardiologické společnosti nesmí profesionální řidiči vykonávat řízení motorových vozidel po dobu 1 měsíce od implantace a pak je podmínkou pracovní způsobilosti správná funkce kardiostimulačního systému za současného splnění pravidelných kontrol v kardiostimulačním centru v intervalech min. 1x ročně event. v kombinaci s dálkovou monitorací.

8) I 46 Srdeční zástava – pacienti po implantaci ICD

a) Klinická charakteristika

Komorové arytmie patří mezi nejzávažnější, život ohrožující poruchy srdečního rytmu. Pacienti po oběhové zástavě, kteří byli resuscitováni a jimž byl voperován ICD, vyžadují individualizovaný přístup. Doporučení se v zásadě týká pouze pacientů, kteří příhodu náhlé srdeční smrti přečkali bez neurologického deficitu a do této skupiny lze zařadit i všechny pacienty, jimž byl ICD implantován v primární prevenci náhlé srdeční smrti.

b) Možné komplikace, jejich charakter a vliv na délku léčení a délku DPN

Pokud oběhová zástava byla léčena pozdě a pacienti trpí neurodeficitem, pak tato situace ospravedlňuje dlouhou dobu trvání DPN. Obecně platí to, co bylo řečeno v dg. I44 resp. I45 o kardiostimulátorech (doba hojení, exkluze pacientů pracujících v elektromagnetických polích či těžce manuálně pracujících klientů). Implantace ICD obecně zhoršuje kvalitu života i možnost návratu do běžného pracovního procesu, která závisí na mnoha faktorech (mentální stav, ejekční frakce levé komory srdeční, funkční klasifikace a typu medikamentózní terapie). Podle doporučení České kardiologické společnosti nesmí profesionální řidiči trvale po implantaci ICD řídit motorová vozidla.

c) Doporučené Standardy DPN

Po implantaci ICD

| | |
|-------------------|----------------|
| Duševně pracující | DPNopt 50 dnů |
| | DPNmax 120 dnů |
| Fyzicky pracující | DPNopt 100 dnů |
| | DPNmax 230 dnů |

9) I47 Paroxysmální supraventrikulární tachykardie – DPN po ošetření RF katéetrovou ablací

a) Klinická charakteristika

Problematika síňových tachykardií je poměrně rozsáhlá, dělí na **fokální** (vycházející z jednoho a téhož místa, odkud se vzruch šíří po celé svalovině síní odstředivě) a **reentry** (vzruch v síních krouží po předem definované dráze). Symptomy zahrnují palpitace, únavu, fyzickou slabost a nevykonnost. K léčbě jsou indikováni všichni symptomatictí pacienti. Farmakologická léčba těchto arytmií ve většině případů selhává a definitivním řešením je RF katéetrová ablace, u níž se většinou používají rovněž 3D elektroanatomické systémy podobně jako u FiS, takže zákrok patří mezi komplexní katéetrové ablace.

Pacienti s paroxysmálními tachykardiemi ošetřenými konvenční RF katéetrovou ablací (I47.1 AV nodální reentry tachykardie nebo AV reciproční tachykardie, I45.6 preexcitační syndrom) jsou z hlediska tachykardie po úspěšném zákroku (v dnešní době téměř 99 %) zcela vyléčeni a není důvod, aby dlouhodobě zůstávali v pracovní neschopnosti. Doba návratu do pracovního procesu je dána zhojením invazivních žilních nebo tepenných vstupů v tříslech (cca 7 – 10 dnů). Pacienti nejsou po zákroku indikováni většinou k žádné trvalé farmakologické léčbě.

Doporučené Standardy DPN

| | |
|-------------------|---------------|
| Duševně pracující | DPNopt 15 dnů |
| | DPNmax 80 dnů |

| | |
|-------------------|---------------|
| Fyzicky pracující | DPNopt 30 dnů |
| | DPNmax 80 dnů |

10) I 48 Fibrilace a flutter síní, arytmie

a) **Klinická charakteristika**

Náhle vzniklá fibrilace síní s rychlou tepovou frekvencí může vést k rychlému hemodynamickému zhroucení organismu, stav vyžaduje rychle specializované ošetření – po verzi na sinusový rytmus je třeba pátrat po původu této arytmie. Většina případů nemá tento dramatický projev, může se objevit i jako náhodný nález. Rychlost tepové frekvence bude ovlivňovat klinické projevy. Zásadní je správně vedená antikoagulační terapie jako prevence tromboembolických příhod. Původ je velmi rozlišný, může jít o náhodný paroxysmus, ale i projev závažného kardiálního onemocnění, nejčastěji jej zastihneme u nemocných se zvětšenou levou síní, u hypertoniků, u nemocných s postiženou mitrální chlopní či přítomnou ischemickou chorobou srdeční.

Fibrilace síní zrušená kardioverzí (bez zjištěné kardiální příčiny onemocnění) bude provázena krátkou DPN, je však nutné pátrat po původu a kontrolovat výskyt recidiv. Řešení FS metodou RFA vyžaduje DPN po dobu hojení třísla a nastavení medikace.

b) **Možné komplikace, jejich charakter a vliv na délku léčení a délku DPN**

Pokud se fibrilace síní vyskytuje jako projev jiného onemocnění, může být DPN prodloužena kompenzací a léčbou tohoto klinického stavu – srdeční selhání, řešení chlopenní vady. Komplikace mohou být způsobeny i nedostatečnou antikoagulační terapií.

c) **Doporučené Standardy DPN**

| | |
|-------------------|----------------|
| Duševně pracující | DPNopt 20 dnů |
| | DPNmax 60 dnů |
| Fyzicky pracující | DPNopt 30 dnů |
| | DPNmax 100 dnů |

Fibrilace síní ošetřená RF katéetrovou ablací

| | |
|-------------------|----------------|
| Duševně pracující | DPNopt 30 dnů |
| | DPNmax 80 dnů |
| Fyzicky pracující | DPNopt 60 dnů |
| | DPNmax 100 dnů |

Pacienti s fibrilací síní, kteří byli ošetřeni RF katérovou ablací, jsou po výkonu indikováni k trvalé antikoagulační léčbě, která musí být podávána min. 3 měsíce i u bezrizikových pacientů s nízkým CHA2DS2VASc skóre. Rychlost návratu do pracovního procesu je obecně limitována zhojením invazivních žilních vstupů v tříslech (cca 7 – 10 dnů). Samotná arytmie pacienty v pracovní činnosti významně nelimituje, výjimkou mohou být extrémně symptomatické arytmie nebo pojištěnci s náročným manuálním povoláním, protože fibrilace síní snižuje obecně toleranci námahy a fyzickou výkonnost. Individuální přístup je zapotřebí zaujmout k pojištěncům vykonávajícím extrémně náročnou manuální práci s vysokým rizikem úrazu, protože případné zranění při trvalé antikoagulační léčbě by mohlo způsobit závažné zdravotní poškození (včetně exsanguinace). Vzhledem k zhruba 80% úspěšnosti zákroku u paroxysmální formy fibrilace síní je nutné počítat s opakovanými DPN u těchto pacientů. U pacientů s perzistující formou arytmie je úspěšnost katérových zákroků horší a více než polovina pacientů jej musí absolvovat opakovaně tak, aby úspěšnost dosáhla alespoň 70 %. Tito pacienti často i po výkonech užívají antiarytmickou léčbu, která sama o sobě pracovní schopnost neovlivňuje.

Flutter síní ošetřený RF katérovou ablací

| | |
|-------------------|----------------|
| Duševně pracující | DPNopt 15 dnů |
| | DPNmax 60 dnů |
| Fyzicky pracující | DPNopt 30 dnů |
| | DPNmax 120 dnů |

Pacienti s paroxysmálním nebo perzistujícím typickým flutterem síní ošetřeným RF katérovou ablací jsou z hlediska tachykardie po úspěšném zákroku (v dnešní době téměř 99 %) zcela vyléčeni a není důvod, aby dlouhodobě zůstávali v pracovní neschopnosti. Doba návratu do pracovního procesu je dána zhojením invazivních žilních nebo tepenných vstupů v tříslech (cca 7 – 10 dnů). Někteří pacienti (s perzistující arytmií) jsou po zákroku indikováni k dočasné antikoagulační léčbě v délce trvání 4 – 6 týdnů. Pro tyto pacienty platí stejná omezení jako u fibrilací síní po RF katérové ablaci.

11) I 50 Srdeční selhání

a) Klinická charakteristika

Srdeční selhání je velmi široký klinický obraz kardiálního postižení. Chronické srdeční selhání je provázené změnou funkční klasifikace NYHA, změnou výkonnosti levé komory, známkami systolické a diastolické nedostatečnosti. Pokud srdeční selhání navazuje na prodělaný IM, je zásadní stabilizace, farmakologická optimalizace, u některých nemocných je indikovaná resynchronizační terapie (srdeční transplantace) a následná rehabilitace. Po této kompenzaci, spojené se zlepšením ejekční frakce a funkční klasifikace NYHA může být DPN ukončena. Postup je velmi individuální, záleží na základní kardiální diagnóze a odpovědi na léčbu. Nekomplikovaný průběh může trvat 2- 3 týdny.

b) Možné komplikace, jejich charakter a vliv na délku léčení a délku DPN

Nejzávažnější komplikací je progresse projevů srdečního selhání, s pokračující progresí poklesu EF a zhoršením funkční klasifikace NYHA.

c) Doporučené Standardy DPN

| | |
|-------------------|---------------------------|
| Duševně pracující | DPN _{opt} 30 dnů |
| | DPN _{max} 90 dnů |
| Fyzicky pracující | DPN _{opt} 40 dnů |
| | DPN _{max} 90 dnů |

Po implantaci resynchronizačních systémů

| | |
|-------------------|----------------------------|
| Duševně pracující | DPN _{opt} 50 dnů |
| | DPN _{max} 60 dnů |
| Fyzicky pracující | DPN _{opt} 100 dnů |
| | DPN _{max} 120 dnů |

K pacientům se srdečním selháním je zapotřebí přistupovat individualizovaně. Obecně platí, že schopnost vykonávat manuální práci bude u těchto pacientů značně omezená. Duševně pracující pojištěnci nemusí být z pracovního procesu vyloučení, pokud nemají pokročilou formu srdečního selhání (NYHA III, IV). U části pacientů se srdeční resynchronizační léčbou (cca u 1/3) dojde prakticky k úplné reverzní remodelaci levé komory srdeční a k normalizaci její systolické funkce. Z hlediska funkčního zařazení jsou pak tito pacienti ve třídě NYHA I a jejich farmakoterapie srdečního selhání je rovněž minimální. Takový efekt srdeční resynchronizace lze očekávat nejdříve po 6 – 12 měsících po implantaci.

12) I 80 Zánět žil flebitida a tromboflebitida

a) Klinická charakteristika

Flebitidy jako záněty povrchových žil obvykle vedou k lokálnímu otoku, zvýšené teplotě a bolestivosti dané lokality, po odeznění zánětu se úplně zhojí. Závažnější je postižení systému hlubokých žil, obávanou komplikací je embolie, která ve svém důsledku ohrožuje nemocného na životě. Stav vyžaduje klidový režim, ihned podávání antikoagulancií s kontrolou vývoje nálezu ultrazvukem. Nekomplikovaný průběh flebitid obvykle trvá 1-2 týdny. Léčba trombóz hlubokého žilního systému je delší a závažnější, obvykle vyžaduje delší DPN, důslednou antikoagulaci s delší rehabilitací.

b) Možné komplikace, jejich charakter a vliv na délku léčení a délku DPN

Nejzávažnější komplikací je plicní embolie viz dg I26, další komplikace jsou obvykle spojeny s pokračujícím trombotickým procesem – predispozice, nádorové onemocnění, špatně vedená či předčasně ukončená léčba antikoagulancií.

c) Doporučené Standardy DPN

| | |
|-------------------|---------------------------|
| Duševně pracující | DPN _{opt} 20 dnů |
| | DPN _{max} 50 dnů |
| Fyzicky pracující | DPN _{opt} 30 dnů |
| | DPN _{max} 60 dnů |

13) I33 Infekční endokarditida akutní a subakutní

a) Klinická charakteristika

Infekční endokarditida je onemocnění způsobené mikrobiální infekcí endotelové vrstvy intrakardiálních struktur, infekce se usazuje na cípech chlopní v endokardu, myokardu i perikardu. Důležitou známkou je přetrvávající infekce endokardiální či endovaskulární, vyvolávající bakteriemii. Infekční endokarditida může být způsobena velkým množstvím mikroorganismů – nejčastějšími původci jsou staphylokoky a streptokoky. Může se projevit akutním vzplanutím, ale i postupně, někdy s obtížnou diagnostikou. Onemocnění je mimořádně závažné, ohrožené trvalými následky na podkladě komplikací. Nekomplikovaný průběh může trvat 3-5 měsíců.

b) Možné komplikace, jejich charakter a vliv na délku léčení a délku DPN

Nejzávažnější komplikací je progresivní projevy srdečního selhání, nejčastěji spojeno s postižením chlopenního aparátu, vyžadující chirurgickou terapii.

c) Doporučené Standardy DPN

| | |
|-------------------|----------------------------|
| Duševně pracující | DPN _{opt} 90 dnů |
| | DPN _{max} 150 dnů |
| Fyzicky pracující | DPN _{opt} 90 dnů |
| | DPN _{max} 150 dnů |

14) I 01 Revmatická horečka s postižením srdce

a) Klinická charakteristika

Revmatická horečka se objevuje 2 - 4 týdny po neléčené infekci faryngeální, podmíněné některými kmeny beta hemolytických streptokoků skupiny A, infekce přetrvávají delší dobu, vyvolávající silnou antigenní infekci. Postižení srdce obvykle vyústí do pankarditidy s dominujícím postižením chlopenního aparátu. Medikamentózně je léčena ATB, kortikosteroidy a podpůrnou léčbou 6-12 týdnů, v případě karditidy až 6 měsíců. Nekomplikovaný průběh může trvat 3 - 6 měsíců.

b) Možné komplikace, jejich charakter a vliv na délku léčení a délku DPN

Nejzávažnější komplikací je progresivní srdeční selhání, vyžadující delší terapii, obvykle poškození chlopenního aparátu – u některých nemocných nutná chirurgická intervence.

c) Doporučené Standardy DPN

| | |
|-------------------|----------------------------|
| Duševně pracující | DPN _{opt} 120 dní |
| | DPN _{max} 360 dní |
| Fyzicky pracující | DPN _{opt} 120 dní |
| | DPN _{max} 360 dní |

15. Q21 Defekt septa síní - DPN po ošetření Amplatzerovým okluderem

Samotné zavedení Amplatzerova okluderu nikterak nesníží schopnost pacienta vykonávat svou profesi. Jedinou limitací je zhojení žilního vstupu v tříslech (cca 7 – 10 dnů). Pokud pacienti nemají jinou diagnózu, která by zdůvodňovala pracovní neschopnost, neměla by doba DPN překročit výše uvedené optimální limity.

Doporučené Standardy DPN

| | |
|-------------------|----------------------------|
| Duševně pracující | DPN _{opt} 15 dní |
| | DPN _{max} 60 dní |
| Fyzicky pracující | DPN _{opt} 30 dní |
| | DPN _{max} 120 dní |

Čl. 3

Vybrané nemoci dýchací soustavy

1) J06 Akutní infekce horních cest dýchacích na více místech

a) Klinická charakteristika

Nejčastějšími vyvolavateli jsou viry parainfluenzy, rinoviry, adenoviry, RS virus, koronaviry a enteroviry. Klinické projevy zahrnují zvýšení tělesné teploty, zduřelost hlavy, rýmu, bolesti v krku, bolest hlavy, zánět spojivek, nezřídka se přidružuje i dráždivý kašel. Vzájemné zastoupení uvedených symptomů se může lišit v závislosti na původci nemoci, věku pacientů a přítomnosti disponujících okolností, např. smogu. Výskyt této nemoci má často epidemický charakter a uplatňují se při něm sezónní vlivy. Výskyt však není omezen jen na podzim a zimu, existují i tzv. letní chřipky, které jsou způsobeny různými enteroviry.

Léčba je symptomatická (antipyretika, analgetika, mukolytika) a režimová (tělesný klid, pobyt v teple).

b) Možné komplikace, jejich charakter a vliv na délku léčení a délku DPN

Nejčastější komplikací je sestup infekce do oblastí dolních dýchacích cest a plic (bronchitida, bronchopneumonie) a/nebo bakteriální superinfekce.

c) Doporučené Standardy DPN

| | |
|-------------------|------------------------------|
| Duševně pracující | DPN _{opt} 3 - 7 dní |
| | DPN _{max} 2 týdny |
| Fyzicky pracující | DPN _{opt} 3 - 7 dní |
| | DPN _{max} 2 týdny |

2) J 11 Chřipka

a) Klinická charakteristika

Chřipka je vysoce nakažlivé virové onemocnění, které se v našich podmínkách vyskytuje zejména před Vánoci a v únoru – obvykle v době, kdy poleví mrazy. Typické klinické projevy, které odlišují pravou chřipku od jiných virových respiračních nemocí, jsou náhlý začátek, vysoké horečky, artralgie a myalgie, celková slabost a pocit vysílení, bolesti za hrudní kostí, suchý kašel a nepřítomnost serózní sekrece z očí a nosu.

Léčba chřipky je symptomatická a zahrnuje zejména klidový a současně izolační režim, analgetika-antipyretika a péči o dobrou hydrataci. Antivirotika účinná proti chřipce se běžně předepisují jen oslabeným jedincům, například kardiakům, astmatikům nebo imunosuprimovaným pacientům, u nichž by chřipka mohla mít zvláště těžký nebo i smrtelný průběh. Většina těchto jedinců by však měla být chráněna preventivním očkováním. Hospitalizace je nutná jen při vzniku komplikací anebo z izolačních důvodů (výskyt chřipky u člověka pobývajícího mimo domov).

U zdravé populace lze těžší průběh chřipky očekávat u obézních osob a gravidních žen. Po prodělané chřipce může řadu dní přetrvávat slabost a nevykonnost.

b) Možné komplikace, jejich charakter a vliv na délku léčení a délku DPN

Obávanou komplikací chřipky je pneumonie, která může být způsobena přímo chřipkovým virem (primární pneumonie) anebo druhotnou bakteriální infekcí (sekundární pneumonie). V obou případech jde o život nebezpečný stav, který často vyžaduje hospitalizaci na JIP. Postižení plic může být velmi těžké, rekonvalescence je pak pomalá a trvá několik měsíců. U některých postižených osob dochází k trvalé restrikci a přestavbě plicního parenchymu, což může vést ke změně pracovní schopnosti po zbytek života.

Vzácnou komplikací je chřipková myokarditida nebo meningoencefalitida.

c) Doporučené Standardy DPN

| | |
|-------------------|----------------------------|
| Duševně pracující | DPN _{opt} 2 týdny |
| | DPN _{max} 3 týdny |

| | |
|-------------------|----------------------------|
| Fyzicky pracující | DPN _{opt} 2 týdny |
| | DPN _{max} 3 týdny |

V období mimo chřipkovou epidemii jsou pravděpodobně různé neurčené virové infekce vykazovány jako chřipka; v takovém případě by kontrola byla vhodná u každého pacienta s DPN delší než 1 týden.

3) **J 18 Pneumonie (komunitní)**

a) **Klinická charakteristika**

Komunitní pneumonie může mít původ virový nebo bakteriální. Z virových původců jsou nejdůležitější tzv. respirační viry (chřipka, parainfluenza, RS virus a další). Mezi bakteriálními patogeny, které přirozeně způsobují pneumonii, se často rozlišují ty, které vyvolávají hnisavý zánět (pneumokoky, stafylokoky, hemofily, klebsiely a další) od tzv. atypických agens, které způsobují nehnisavý typ zánětu (mykoplasmata, chlamydie, coxiely, legionely).

Samostatně stojí pneumonie vyvolané mykobakteriemi (tuberkulózní pneumonie) a pneumonie způsobené neobvyklými patogeny u těžce imunokompromitovaných pacientů (pneumocystová, cytomegalovirová nebo mykobakteriální); tato onemocnění se kódují pod jiným označením.

Klinický obraz komunitní pneumonie se skládá z horečky, dušnosti, tachypnoe, tachykardie, kašle a bolestí na hrudníku, objektivně typický poslechový nález, rtg nález.

Léčba pneumonie spočívá v podávání antibiotik a symptomatické léčbě podle potřeby (antipyretika, antitusika, mukolytika, expektorancia, oxygenoterapie, dechová rehabilitace).

b) **Možné komplikace, jejich charakter a vliv na délku léčení a délku DPN**

Komplikací pneumonie je rozpad plicní tkáně, jehož důsledkem je vznik abscesů nebo rozpadových dutin, dále postižení pleury a vznik pleurálních výpotků (pleuropneumonie). Postižená plicní tkáň může zkolabovat a vytvoří se atelektáza. Trvalým následkem zánětu plicní tkáně může být plicní fibróza, a z ní vyplývající respirační insuficience různého stupně.

U kardiaků může pneumonie způsobit srdeční selhání. Akutně probíhající těžká pneumonie může mít charakter sepse nebo septického šoku, s následným multiorgánovým selháním.

c) **Doporučené Standardy DPN**

| | |
|-------------------|--------------------------------|
| Duševně pracující | DPN _{opt} 3 týdny |
| | DPN _{max} 6 - 8 týdnů |
| Fyzicky pracující | DPN _{opt} 3 týdny |
| | DPN _{max} 6 - 8 týdnů |

U nemocných, kteří museli být léčeni na JIP s nutností arteficiální ventilace, může být doba DPN delší než 8 týdnů, z hlediska celkové četnosti pneumonií jde však o výjimečné případy.

4) **J20 Akutní zánět průdušek**

a) **Klinická charakteristika**

Akutní bronchitidu vyvolávají nejčastěji viry a mykoplasmata. Pyogenní bakterie se jako vyvolavatelé akutní bronchitidy uplatňují jen zcela výjimečně, mohou však způsobit sekundární infekci již poškozeného respiračního epitelu.

Klinické projevy akutní bronchitidy zahrnují především horečku a kašel. Diagnóza je klinická, rtg nález na plicích je negativní. Výskyt je obvykle sezónní, s maximem v zimních měsících. **Léčba** je obvykle jen symptomatická (antipyretika, mukolytika, antitusika, případně inhalační), antibiotika se podávají jen při těžším průběhu. Hospitalizace zpravidla není potřebná.

b) **Možné komplikace, jejich charakter a vliv na délku léčení a délku DPN**

Jsou vzácné. Jde hlavně o relaps nedolčené infekce anebo superinfekci způsobenou některou bakterií.

c) **Doporučené Standardy DPN**

| | |
|-------------------|-----------------------------|
| Duševně pracující | DPN _{opt} 5 -7 dní |
| | DPN _{max} 2 týdny |
| Fyzicky pracující | DPN _{opt} 5 -7 dní |
| | DPN _{max} 2 týdny |

Čl. 4

Vybrané nemoci močové a pohlavní soustavy

1) **N 10 Akutní tubulo-intersticiální nefritida**

a) **Klinická charakteristika**

Hlavními příznaky nemoci jsou horečky, často s třesavkami, slabost, hypotenze, někdy i bolesti v zádech, nauzea nebo průjem. Při somatickém vyšetření bývá na postižené straně zjišťován pozitivní tapotement nebo Israelův hmat. Při vyšetření krve jsou nápadně zvýšené markery bakteriálního zánětu, v moči leukocyturie, proteinurie, a často i hematurie a cylindrurie. Renální funkce často, ale ne vždy dosahují patologických hodnot.

Léčba antibiotiky, doba antibiotické terapie činí u nekomplikované akutní tubulo-intersticiální nefritidy 10-14 dní. Z dalších léků se podávají zejména analgetika-antipyretika, často je zpočátku nutné poskytnout pacientovi infuzní rehydrataci. Léčba

tedy za normálních okolností začíná hospitalizací na standardním oddělení a po stabilizaci stavu může být dokončena v domácích podmínkách.

b) Možné komplikace, jejich charakter a vliv na délku léčení a délku DPN

Komplikací může být sepse. Někdy nemoc neprobíhá pod obrazem prosté sepse, ale rozvíjí se těžká sepse nebo septický šok. Tyto stavy jsou charakterizovány oběhovou nestabilitou, hypotenzí a projevy postižení nebo dokonce selhávání různých orgánů (MODS – multiorgánová dysfunkce, MOF – multiorgánové selhání). Pacient v těchto případech má být hospitalizován na JIP a celková doba DPN je samozřejmě podstatně delší.

Komplikací tubulo-intersticiální nefritidy může být renální insuficience, která se jen pomalu upravuje, případně může zanechat trvalé následky ve smyslu zhoršení vylučovací funkce ledvin. Objektivním projevem tohoto stavu je trvale snížená clearance kreatininu.

Vzácnější komplikací je rozvoj abscesu buď přímo v renálním parenchymu nebo perinefriticky. Léčbu je pak nutno doplnit o navigovanou punkci a drenáž abscesu.

Z opakovaných nebo nedolčených infekcí ledvin může vzniknout chronická pyelonefritida; na vzniku této komplikace se však často podílejí i další chorobné stavy, například chronická obstrukce močového, poléková nefropatie, diabetická nefropatie apod.

c) Doporučené Standardy DPN

| | |
|-------------------|--------------------------------|
| Duševně pracující | DPN _{opt} 2 - 3 týdny |
| | DPN _{max} 4 týdny |
| Fyzicky pracující | DPN _{opt} 3 - 4 týdny |
| | DPN _{max} 6 týdnů |

2) N 30 Zánět močového měchýře

a) Klinická charakteristika

V klinickém obraze dominují bolesti a tlaky v podbřišku, pálení a řezání při močení, časté močení i nutkání na močení, a teploty různé velikosti, častěji subfebrilie než opravdové horečky. Moč bývá zkalená, někdy páchnoucí, u části nemocných je patrná hematurie. Při laboratorním vyšetření moči se zjistí leukocyturie, proteinurie a často i hematurie.

Léčba spočívá v podání antibiotik, analgetik-antipyretik a podle potřeby též spasmolytik. Doba antibiotické léčby činí 3-7 dní, podle druhu použitého antibiotika. Výběr přípravku závisí na místním výskytu rezistentních kmenů. Z režimových opatření je namístě klidový režim, pobyt v teple, pitný režim a sexuální abstinence. Hospitalizace zpravidla není potřebná.

b) Možné komplikace jejich charakter a vliv na délku léčení a délku DPN

Nedolčená urocystitida může vést k relapsu nemoci. Z neléčené urocystitidy může dalším ascendentním šířením infekce vzniknout pyelonefritida.

c) Doporučené Standardy DPN

| | |
|-------------------|------------------------------|
| Duševně pracující | DPN _{opt} 3 – 7 dní |
| | DPN _{max} 14 dnů |
| Fyzicky pracující | DPN _{opt} 10 dnů |
| | DPN _{max} 14 dnů |

Optimální doba DPN činí 3 - 7 dní, v závislosti na charakteru práce: delší dobu DPN potřebují osoby, které pracují v chladu, venku, nebo vykonávají těžší fyzickou práci. Maximální DPN u nekomplikované urocystitidy je 14 dní.

Čl. 5

Vybrané nemoci trávicí soustavy

1) K 35 Akutní apendicitida

a) Klinická charakteristika

Ve většině případů akutní, nekomplikovaný stav, diagnostikovaný v rámci náhlé příhody břišní. Jedinou **léčbou** je akutní chirurgický výkon. Operace může být provedena laparotomicky nebo laparoskopicky. Hospitalizace po nekomplikované operaci krátkodobá (do 1 týdne). Následuje domácí doléčení při ambulantních kontrolách zdravotního stavu.

b) Možné komplikace, jejich charakter a vliv na délku léčení a délku DPN

Většinou je pooperační průběh bez komplikací.

Komplikace

Peroperační změna diagnózy:

- nejedná se o prostou apendicitidu, ale o pokročilý stav (periapendikální infiltrát, absces),
- jiná diagnóza (Crohnova nemoc, malignita..).

Pooperační komplikace:

- rozvoj abscesu v okolí pahýlu apendixu,
- rozvoj difusní pooperační peritonitidy,
- ranná infekce,
- kýla v jizvě po operaci.

Tyto stavy zcela mění další léčbu i délku DPN a mělo by dojít ke změně klasifikace dle MKN.

c) Doporučené Standardy DPN

| | |
|-------------------|---------------------------|
| Duševně pracující | DPN _{opt} 30 dní |
| | DPN _{max} 60 dní |
| Fyzicky pracující | DPN _{opt} 30 dní |
| | DPN _{max} 60 dní |

2) K 40 Tříselná kýla

a) **Klinická charakteristika**

Ve většině případů dlouhodobý, nekomplikovaný stav, neomezující průceschopnost. Projevuje se vyklenutím nástěnné pobřišnice zevním tříselným kruhem (tříselná kýla), nebo bolestivým rozstupem zevního tříselného kanálu (měkké třísllo), do kterého se přechodně či trvale vsunuje část břišního obsahu - nejčastěji střevo, předstěra či tuk. Kromě akutního stavu neohrožuje život nemocného.

Jedinou **léčebnou** modalitou je chirurgický výkon u akutní nebo symptomatické dlouhotrvající kýly. Nejčastější indikací k operačnímu výkonu je akutní stav (náhlá příhoda břišní), u dlouhodobé kýly bolest, zvětšování kýly. Ve většině případů je operace provedena technikou laparoskopickou, v menším procentu operace přístupem předním. Ve většině se používá plastika "bez napětí" s využitím cizorodého materiálu – sítky. Hospitalizace po nekomplikované operaci krátkodobá (jednodenní až týden). Kontraindikace k operaci z důvodů špatného celkového stavu jsou zcela raritní.

b) **Možné komplikace, jejich charakter a vliv na délku léčení a délku DPN**

Pozdní diagnóza u akutního stavu – nutnost resekce střeva. Pooperační komplikace - ranná infekce po použití cizorodého materiálu si v některých případech vynutí reoperaci a dlouhodobé léčení infekce tříselného kanálu. V dlouhodobém pohledu recidiva kýly.

c) **Doporučené Standardy DPN**

| | |
|-------------------|---------------------------|
| Duševně pracující | DPN _{opt} 14 dní |
| | DPN _{max} 21 dní |
| Fyzicky pracující | DPN _{opt} 30 dnů |
| | DPN _{max} 60 dnů |

3) K 41 Stehenní kýla

a) **Klinická charakteristika**

Ve většině případů dlouhodobý, nekomplikovaný stav, neomezující průceschopnost. Projevuje se vyklenutím nástěnné pobřišnice pod tříselným vazem. Kromě akutního stavu neohrožuje život nemocného. U obézních někdy obtížná diagnostika. Jedinou **léčebnou** modalitou je chirurgický výkon u akutní nebo symptomatické dlouhotrvající kýly. Indikací k operačnímu výkonu je akutní stav (náhlá příhoda břišní), u dlouhodobé kýly zejména bolest a zvětšování kýly. Ve většině případů je operace technikou laparoskopickou, v menším procentu operace přístupem předním. Ve většině se používá plastika "bez napětí" s využitím cizorodého materiálu - sítky. Hospitalizace po nekomplikované operaci krátkodobá (jednodenní až týden). Kontraindikace k operaci z důvodů špatného celkového stavu jsou zcela raritní.

b) **Možné komplikace, jejich charakter a vliv na délku léčení a délku DPN**

Pozdní diagnostika. Pooperační komplikace - ranná infekce po použití cizorodého materiálu. V dlouhodobém pohledu recidiva kýly.

c) Doporučené Standardy DPN

| | |
|-------------------|---------------|
| Duševně pracující | DPNopt 14 dní |
| | DPNmax 21 dní |
| Fyzicky pracující | DPNopt 30 dnů |
| | DPNmax 60 dnů |

4) K 42 Pupeční kýla

a) Klinická charakteristika

Ve většině případů dlouhodobý, nekomplikovaný stav, neomezující práce schopnost. Projevuje se vyklenutím nástěnné pobřišnice pupečním kruhem. Kromě akutního stavu neohrožuje život nemocného. U obézních je obtížná diagnostika a častější pooperační recidivy. U zanedbaných stavů s rozvojem velké kýly obtížná a náročná operace.

Jedinou **léčebnou** modalitou je chirurgický výkon u akutní nebo symptomatické dlouhotrvající kýly. Indikací k operačnímu výkonu je akutní stav (náhlá příhoda břichní), u dlouhodobé kýly zejména bolest a zvětšování kýly. Ve většině případů je operace provedena přístupem předním, výjimečně laparoskopicky. Ve většině se používá plastika "bez napětí" s využitím cizorodého materiálu – sítky. Hospitalizace po nekomplikované operaci krátkodobá (jednodenní až týden). Kontraindikace k operaci z důvodů špatného celkového stavu jsou zcela raritní, většinou u morbidně obézních s monstrózní (zanedbanou) kýlou. U pacientů nevhodných k operačnímu řešení symptomatické použití břichního pásu.

b) Možné komplikace jejich charakter a vliv na délku léčení a délku DPN

Pozdní diagnostika. U monstrózně obézních někdy nutno zvážit operační výkon pro riziko pooperačních komplikací a recidivy. Pooperační komplikace - ranná infekce po použití cizorodého materiálu. V dlouhodobém pohledu recidiva kýly.

c) Doporučené Standardy DPN

| | |
|-------------------|---------------|
| Duševně pracující | DPNopt 14 dní |
| | DPNmax 21 dní |
| Fyzicky pracující | DPNopt 30 dnů |
| | DPNmax 60 dnů |

U monstrózně obézních, pacientů s velkou kýlou a nutností rekonstrukce přední stěny břichní nebo u recidivujících kýl DPN individuálně.

5) **K 43 - Břišní kýla**

a) **Klinická charakteristika**

Ve většině případů dlouhodobý, nekomplikovaný stav, neomezující průceschopnost. Projevuje se vyklenutím nástěnné pobřišnice většinou ve střední čáře (nebo v jizvě po předchozí laparotomii). Kromě akutního stavu neohrožuje život nemocného. U obézních obtížná diagnostika a častější pooperační recidivy. U zanedbaných stavů a reoperací obtížná a náročná léčba.

Jedinou **léčebnou** modalitou je chirurgický výkon u akutní nebo symptomatické dlouhotrvající kýly. Indikací k operačnímu výkonu je akutní stav (náhlá příhoda břišní), u dlouhodobé kýly zejména bolest a zvětšování kýly. Ve většině případů je operace provedena přístupem předním, v menším procentu operace technikou laparoskopickou. Ve většině se používá plastika "bez napětí" s využitím cizorodého materiálu – sítky. Hospitalizace po nekomplikované operaci krátkodobá (do 1 týdne), u náročnějších rekonstrukcí 2 týdny. Kontraindikace k operaci z důvodů špatného celkového stavu jsou častější než u léčby ostatních kýl (nutné spirometrické a další vyšetření). Častější kontraindikace k operaci jsou u morbidně obézních s monstrózní (zanedbanou) kýlou. U pacientů nevhodných k operačnímu řešení symptomatické použití břišního pásu.

b) **Možné komplikace jejich charakter a vliv na délku léčení a délku DPN**

Pozdní diagnostika. U monstrózně obézních někdy nutno zvážit operační výkon pro riziko závažných pooperačních komplikací, z dlouhodobého hlediska recidivy kýly. Pooperační komplikace - selhání základních životních funkcí, ranná infekce po použití cizorodého materiálu. V dlouhodobém pohledu recidiva kýly.

c) **Doporučené Standardy DPN**

| | |
|-------------------|---------------|
| Duševně pracující | DPNopt 14 dní |
| | DPNmax 21 dní |
| Fyzicky pracující | DPNopt 30 dnů |
| | DPNmax 90 dnů |

U monstrózně obézních osob, pacientů s velkou kýlou a nutností rekonstrukce přední stěny břišní či u recidivujících kýl DPN individuálně.

6) **K 44 Brániční kýla**

a) **Klinická charakteristika**

Ve většině případů dlouhodobý, nekomplikovaný stav, neomezující průceschopnost. Jedná se o poruchu polohy žaludku, kdy se jeho část dostává i do mezihrudí. Klinické projevy dominantně ve spojení s refluxní nemocí jícnu a vznikem ezofagitidy. Kromě akutního stavu neohrožuje život nemocného. U obézních je obtížná diagnostika a častější pooperační recidivy.

Jedinou **léčebnou** modalitou brániční kýly je chirurgický výkon u akutní nebo symptomatické dlouhotrvající kýly. Indikací k operačnímu výkonu je akutní stav (náhlá příhoda břišní či hrudní), u dlouhodobé kýly zejména bolest a zvětšování kýly,

přítomnost ezofagitidy. Ve většině případů je operace provedena laparoskopickou technikou, v menším procentu operací laparotomickou, nebo kombinovaným přístupem - laparotomicko - torakotomickým. Ve většině se používá plastika “bez napětí” s využitím cizorodého materiálu – sítky. Hospitalizace po nekomplikované operaci krátkodobá (do 1 týdne), u náročnějších rekonstrukcí 2 týdny. Kontraindikace k operaci z důvodů špatného celkového stavu jsou řídké. Častější kontraindikace k operaci jsou u morbidně obézních.

b) Možné komplikace jejich charakter a vliv na délku léčení a délku DPN

Riziko příliš “těsné” plastiky kýly (vznik dysfagie) a případně nutnosti reoperace. Naopak nedostatečná plastika je základem vzniku recidivy kýly.

c) Doporučené Standardy DPN

| | |
|---------------------|---------------------------|
| Duševně pracujících | DPN _{opt} 14 dní |
| | DPN _{max} 30 dní |
| Fyzicky pracujících | DPN _{opt} 30 dnů |
| | DPN _{max} 90 dnů |

U současného výskytu refluxní nemoci jícnu nebo u pacientů s nutností dvou dutinového výkonu (laparotomie + torakotomie) nebo u recidivujících kýl stanovení DPN individuálně.

7) K 57 Divertikulární nemoc tlustého střeva

a) Klinická charakteristika

Tvorba výchlípek stěny tlustého střeva, nejčastěji na esovité kličce, ale možno v průběhu celého tlustého střeva. V ČR relativně časté onemocnění, zvyšující se výskyt s rostoucím věkem. Ve většině případů asymptomatický průběh jako vedlejší diagnóza, v menšině případů symptomatologie náhlé příhody bříšní.

Častěji postačuje konzervativní **léčba** za hospitalizace, v menšině případů nutný chirurgický výkon (v akutních stavech řešeno jako náhlá příhoda bříšní, odloženě většinou u recidivujících stavů). U menšiny nemocných opakující se symptomatologie vyžadující krátkodobé DPN.

U většiny pacientů konzervativní postup při hospitalizaci. Hospitalizace je krátkodobá (cca 1 týden) s následným ambulantním doléčením při DPN do 4 týdnů. Možnost recidivy obtíží, pak stejný léčebný průběh, nebo operační řešení. Při závažnějších stavech je indikována operace, zde pak průběh dle výkonu, většinou jako u resekce tlustého střeva. Při nekomplikovaném průběhu DPN do 2 měsíců. Při diskontinuitní operaci (uzavření rekta a terminální sigmoideostomie) možná reoperace v druhé době s odstupem až 1 rok k obnově kontinuity zažívacího traktu.

b) Možné komplikace, jejich charakter a vliv na délku léčení a délku DPN

Komplikace (krvácení, stenóza střeva, lokální nebo difusní peritonitis) může být prvním projevem onemocnění. Komplikace jsou závažným stavem vyžadujícím akutní hospitalizaci.

c) Doporučené Standardy DPN

Nekomplikovaná divertikulární choroba tlustého střeva je příčinou krátkodobé DPN, může být ale opakovaná i v průběhu jednoho roku. Kontrola DPN u pacientů s proběhlou lehkou divertikulární chorobou je namístě po 2 měsících. Po proběhlé komplikované divertikulární chorobě je délka DPN individuální, kontrolu zasluhují pacienti s DPN delší než 4 měsíce.

| | |
|-------------------|---------------|
| Duševně pracující | DPNopt 30 dní |
| | DPNmax 60 dní |
| Fyzicky pracující | DPNopt 30 dnů |
| | DPNmax 60 dnů |

8) **K 60 Trhlina a píštěl řitní**

a) **Klinická charakteristika**

Jako akutní onemocnění je bolestivé, zejména při vyprazdňování stolice, vyžadující akutní ambulantní péči (možná i hospitalizační). U chronického onemocnění dlouhotrvající, obtěžující onemocnění. Píštěl řitní se tvoří jako jednoduché nebo rozvětvené chodbičky v měkkých tkáních okolí řiti a konečníku, nejčastěji na podkladě dříve řešeného abscesu této oblasti. V akutním stavu možná DPN s léčbou lokálními přípravky, nebo i drobným chirurgickým výkonem za krátké (jednodenní) hospitalizace. V dalším průběhu ambulantní léčba, DPN možná.

U chronických stavů léčba lokální (DPN možná, není však nezbytná), ale i s chirurgickým výkonem při DPN a ambulantním doléčen by DPN neměla přesáhnout 1 měsíc.

b) **Možné komplikace jejich charakter a vliv na délku léčení a délku DPN**

Komplikace se vyskytují v rámci recidivujících fisur, v některých případech až stenóz anu (vzácné). Řešení recidivy fisury obdobné jako u první ataky. Léčba stenózy anu obtížná a dlouhodobá. Nutno vyloučit karcinom anu.

U špatně léčitelné píštěle nutno dokončit kompletní vyšetření (gastroenterologie, gynekologie u žen). Možnou příčinou je i jiné základní onemocnění (nespecifické záněty střevní.).

c) **Doporučené Standardy DPN**

Fisura řitní není častou příčinou DPN, pokud ano, je nutná revize léčebného postupu. Kontrola u pacientů po léčbě fissury řitní je namístě max. po 2 měsících.

Nekomplikovaná píštěl řitní vyžaduje maximálně 2 měsíce DPN, bez rozdílu charakteru práce. U komplikovaného onemocnění je prognóza pacienta i délky DPN nejistá (závislá od základního onemocnění – je nutné překvalifikovat kód vystavené DPN dle MKN 10).

| | |
|-------------------|---------------|
| Duševně pracující | DPNopt 30 dní |
| | DPNmax 60 dní |
| Fyzicky pracující | DPNopt 30 dnů |
| | DPNmax 60 dnů |

9) K 64 Hemoroidy

a) **Klinická charakteristika**

Tvorba vakovitých cévních pletení v okolí anu. Nejčastěji se hemoroidy objevují ve věku od 40-65 let, dále u pracujících, kteří dlouhodobě sedí, a u těhotných žen v posledních týdnech těhotenství. Ve většině případů asymptomatický průběh. V případě obtíží není příčinou DPN.

U většiny pacientů konzervativní postup u chronického onemocnění. Akutní ataka (trombóza, krvácení) je výjimečná. **Léčba** ve většině případů ambulantní, za hospitalizace zcela výjimečně. Možnost recidivy obtíží, pak stejný léčebný průběh, nebo operační řešení.

b) **Možné komplikace, jejich charakter a vliv na délku léčení a délku DPN**

Komplikace hemoroidů jsou relativně vzácné (krvácení, trombóza) a oba tyto stavy vyžadují akutní (většinou ambulantní) péči.

c) **Doporučené Standardy DPN**

Hemoroidy nejsou příčinou DPN, pokud jsou, je nutná revize léčebného postupu. Kontrola u pacientů po léčbě hemoroidů je namísto po 1 měsíci.

| | |
|-------------------|---------------|
| Duševně pracující | DPNopt 30 dní |
| | DPNmax 60 dní |
| Fyzicky pracující | DPNopt 30 dnů |
| | DPNmax 60 dnů |

10) K 85 Akutní pankreatitida

a) **Klinická charakteristika**

Ve většině případů akutní, nekomplikovaný stav diagnostikovaný v rámci náhlé příhody břišní a vyžadující hospitalizaci. Asi u ¼ pacientů rozvoj život ohrožujícího stavu (těžká akutní pankreatitida).

Léčba - u většiny pacientů konzervativní postup při hospitalizaci, výjimečně je indikována operace. U těžké akutní pankreatitidy je základem léčba komplexní resuscitační s nejasnou prognózou. U nekomplikované, lehké akutní pankreatitidy je hospitalizace většinou do 3 týdnů. Následně může být v odstupu několika týdnů indikována cholecystektomie (laparotomicky, nebo laparoskopicky). V ambulantním doléčení je nezbytné dodržení režimových opatření, přísný zákaz alkoholu a postupný přechod na trvalé dietní opatření.

b) **Možné komplikace jejich charakter a vliv na délku léčení a délku DPN**

Většinou je průběh lehké akutní pankreatitidy bez komplikací. Při nedodržení režimových opatření je vysoké riziko opakování akutního zánětu se závažnějším průběhem. Možný přechod do chronického stádia. U těžké akutní pankreatitidy je vysoké riziko úmrtí. U chronické pankreatitidy při nedodržení režimových opatření nelze ohraničit délku DPN.

c) Doporučené Standardy DPN

Kontrola u pacientů s proběhlou lehkou akutní pankreatitidou je namístě po 3 měsících. Po proběhlé těžké akutní pankreatitidě je délka DPN individuální.

| | |
|-------------------|---------------------------|
| Duševně pracující | DPN _{opt} 60 dní |
| | DPN _{max} 90 dní |
| Fyzicky pracující | DPN _{opt} 60 dnů |
| | DPN _{max} 90 dnů |

Čl. 6

Vybrané nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně

1) K M 16 Artróza kyčelního kloubu

a) Klinická charakteristika

Koxartróza je degenerativní kloubní onemocnění, u kterého dochází k poruše integrity kloubní chrupavky a v návaznosti na ní i ke změnám subchondrální kosti a přilehlých měkkých kloubních tkání a svalstva. Rozlišujeme dvě základní formy onemocnění - primární osteoartrózu, která se odvíjí od metabolické poruchy chondrocytární syntetické aktivity a sekundární, nasedající na předcházející patologický kloubní proces. Primární osteoartróza (idiopatická) může být lokalizovaná nebo generalizovaná (postihuje tři a více kloubů nebo kloubních skupin). Sekundární osteoartróza má příčinu mimo chrupavku. Vzniká následkem traumatu, vrozené nebo vývojové vady (např. vrozené vymknutí kyčlí) nebo v důsledku jiného onemocnění (zánětlivá onemocnění kloubů, metabolická onemocnění, akromegalie, hyperparatyreóza, krystalické artropatie, aseptické nekrózy kloubní např. kyčelní kloub u alkoholiků, při léčení glukokortikoidy, neuropatický kloub), z důvodu mechanického přetížení (osové deviace, nadváha, chronické přetěžování kloubu prací, sport).

Klinický obraz je závislý na lokalizaci a stádiu postižení. Rozvoj onemocnění většinou bývá pozvolný, obvykle mnoho let až desítky let. Charakteristickým příznakem je bolest. Typická je námahová bolest postiženého kloubu, zpočátku po větší zátěži kloubu, později i klidová. Nemocný mívá startovací bolest na začátku pohybu. Dále nemocný pociťuje ranní ztuhlost, později i ztrátu hybnosti. V objektivní a rtg nálezu dominuje postupné zhrubění kloubní kresby s drásoty, otok a výpotek v kloubu, omezení aktivní i pasivní hybnosti a palpační bolestivost. Klinické příznaky a průběh je hodnocen podle různých klasifikačních kritérií, stejně jako rtg nález.

Léčbu lze rozdělit na konzervativní a operační, konzervativní na nefarmakologickou a farmakologickou. K nefarmakologické patří vzdělávání pacienta, psychoterapie a režimová opatření s úpravou životosprávy. Samostatnou kapitolu tvoří rehabilitační léčba a fyzikální terapie jako je analgetická elektroléčba, fototerapie, hydroterapie, mechanoterapie a v posledních letech léčba rázovou vlnou.

Chronický průběh osteoartrózy vede ke střídání období relativně bezpříznakových s obdobími dekompenzace, ta se projevuje bolestí nejen při chůzi, ale i klidu, dochází ke vzniku svalových kontraktur, omezení hybnosti, známkám zánětu a výpotku.

b) Možné komplikace jejich charakter a vliv na délku léčení a délku DPN

Nejzávažnější komplikací koxartrózy je její progres, která si vyžádá operační léčbu. To výrazně prodlouží délku trvání DPN.

c) Doporučené Standardy DPN

U manuálně pracujících, do fyzicky méně namáhavých profesí je návrat možný dříve. Trvale nejsou doporučovány činnosti obsahující pohyby, při kterých může dojít k luxaci kyčelního kloubu, zejména zevní rotace, addukce a flexe nad 90 stupňů. Nevhodné jsou proto např. dřepy a předklony, jednostranné přetížení operované končetiny, a to nejen v zaměstnání, ale i při jiných činnostech.

U operačně léčených pacientů je nutná delší rekonvalescence včetně podmiňují DPN v délce asi 6-8 měsíců u manuálně pracujících, do fyzicky méně namáhavých profesí je návrat možný dříve. Kontrola je vhodná po 8-10 měsících trvání DPN po dle charakteru zaměstnání.

Konzervativní léčba

| | |
|-------------------|--------------------------------|
| Duševně pracující | DPN _{opt} 21 - 28 dní |
| | DPN _{max} 90 dní |
| Fyzicky pracující | DPN _{opt} 21 - 28 dní |
| | DPN _{max} 90 dní |

Operační léčba

| | |
|-------------------|---------------------------------|
| Duševně pracující | DPN _{opt} 4 – 6 měsíců |
| | DPN _{max} 8 měsíců |
| Fyzicky pracující | DPN _{opt} 6 – 8 měsíců |
| | DPN _{max} 10 měsíců |

2) M 17 Artróza kolenního kloubu

a) Klinická charakteristika

Gonartróza je degenerativní kloubní onemocnění, u kterého dochází k poruše integrity kloubní chrupavky a v návaznosti na ní i ke změnám subchondrální kosti a přilehlých měkkých kloubních tkání a svalstva. Rozlišujeme dvě základní formy onemocnění - primární osteoartróza (OA), která se odvíjí od metabolické poruchy chondrocytární syntetické aktivity a sekundární, nasedající na předcházející patologický kloubní

proces. Primární OA (idiopatická) může být lokalizovaná nebo generalizovaná (postihuje tři a více kloubů nebo kloubních skupin). Sekundární OA má příčinu mimo chrupavku. Vzniká následkem traumatu, vrozené nebo vývojové vady nebo v důsledku jiného onemocnění (zánětlivá onemocnění kloubů, metabolická onemocnění, akromegalie, hyperparatyreóza, krystalické artropatie, aseptické nekrózy kloubní - Mb. Ahlbäck), z důvodu mechanického přetížení (osové deviace, nadváha, chronické přetěžování kloubu prací, sport).

Klinický obraz je závislý na lokalizaci a stádiu postižení. Rozvoj onemocnění většinou bývá pozvolný, obvykle mnoho let až desítky let. Charakteristickým příznakem je bolest. Typická je námahová bolest postiženého kloubu, zpočátku po větší zátěži kloubu, později i klidová. Nemocný mívá startovací bolest na začátku pohybu. Dále nemocný pociťuje ranní ztuhlost, později i ztrátu hybnosti a instabilitu kloubu. V objektivní nález dominuje postupné zhrubění kloubní kresby s drásoty, otok a výpotek kloubu, deformity kloubu, omezení aktivní i pasivní hybnosti a palpační bolestivost. Klinické příznaky a průběh je hodnocen podle různých klasifikačních kritérií, stejně jako rtg nález.

Léčbu lze rozdělit na konzervativní a operační, konzervativní na nefarmakologickou a farmakologickou. K nefarmakologické patří vzdělávání pacienta, psychoterapie a režimová opatření s úpravou životosprávy. Samostatnou kapitolu tvoří rehabilitační léčba a fyzikální terapie jako je analgetická elektroléčba, fototerapie, hydroterapie, mechanoterapie a v posledních letech léčba rázovou vlnou. V léčbě lze využívat rovněž ortézy a opěrné pomůcky, nácvik všedních denních činností, ergoterapie zaměřená na pracovní začlenění. Ve všech stádiích nemoci má dobrý efekt balneoterapie.

Chronický průběh gonartrózy vede ke střídání období relativně bezpříznakových s obdobími dekompenzace, ta se projevuje bolestí nejen při chůzi, ale i klidu, dochází ke vzniku svalových kontraktur, omezení hybnosti, známkám zánětu a výpotku.

b) Možné komplikace jejich charakter a vliv na délku léčení a délku DPN

Nejzávažnější komplikací gonartrózy je její progresse, která si vyžádá operační léčbu. To výrazně prodlouží délku trvání DPN.

Trvale nejsou doporučovány činnosti vedoucí k jednostrannému přetížení operované končetiny, a to nejen v zaměstnání, ale i při jiných činnostech.

c) Doporučené Standardy DPN

U operačně léčených pacientů je nutná delší rekonvalescence podmiňující DPN. Při artroskopicky léčené gonartróze se délka DPN neliší od DPN u dg. M23 (vnitřní poruchy kolenního kloubu). U korekční osteotomie, otevřené synovektomie a TEP je DPN v délce asi 6-8 měsíců u manuálně pracujících, do fyzicky méně namáhavých profesí je návrat možný dříve. Kontrola je vhodná po 8-10 měsících trvání DPN podle charakteru zaměstnání.

Konzervativní léčba

| | |
|---------------------|--------------------------------|
| Duševně pracujících | DPN _{opt} 21 - 28 dní |
| | DPN _{max} 90 dní |
| Fyzicky pracujících | DPN _{opt} 21 - 28 dní |
| | DPN _{max} 90 dní |

Operační léčba (OT, SE, TEP)

| | |
|-------------------|---------------------------------|
| Duševně pracující | DPN _{opt} 4 – 6 měsíců |
| | DPN _{max} 8 měsíců |
| Fyzicky pracující | DPN _{opt} 6 – 8 měsíců |
| | DPN _{max} 10 měsíců |

3) M 23 Vnitřní poruchy kolenního kloubu

a) **Klinická charakteristika**

Pod touto základní diagnózou se skrývá řada typů poškození kolenního kloubu. Jedná se o stavy po úrazech kolena (viz dg S 83) a degenerativní změny, které ve výsledku vyústí v gonartrózu kolena (viz. dg. M 17). Klinický obraz je závislý na lokalizaci a stádiu postižení. Rozvoj onemocnění většinou bývá pozvolný. Charakteristickým příznakem je bolest. Typická je námahová bolest postiženého kloubu, zpočátku po větší zátěži kloubu, později i klidová. V objektivním nálezu dominuje otok a výpotek v kloubu, chronická nestabilita a deformity kloubu s omezením aktivní i pasivní hybnosti a palpační bolestivost v místě postižení.

Léčbu lze rozdělit na konzervativní a operační. Konzervativní léčba zahrnuje rehabilitační léčbu a fyzikální terapii, jako je analgetická elektroléčba, fototerapie, hydroterapie, mechanoterapie a v posledních letech léčba rázovou vlnou. V léčbě lze využívat rovněž ortézy a opěrné pomůcky, nácvik všedních denních činností, ergoterapie zaměřená na pracovní začlenění.

K léčbě degenerativního poškození menisků a kloubní chrupavky se používá artroskopie jako miniinvazivní technika. Léze menisků se řeší parciální menisektomií prováděnou artroskopicky. Menší defekty kloubní chrupavky lze léčit návrtvy subchondrální kosti, event. náhradou kloubní chrupavky syntetickými preparáty nebo její transplantací kultivovanými chondrocyty. Unikompartmální poškození kloubu při zachovaných zkřížených vazech je možné řešit osteotomií distálního femuru nebo proximální tibie. Jednodušší poškození měkkého kolena léčená artroskopicky vedou k rychlému návratu poraněného k plné zátěži včetně pracovní v horizontu 3-4 týdnů. Chronickou nestabilitu kolena při lézi předního nebo zadního zkříženého vazů lze řešit konzervativně pomocí trvale používané speciální ortézy kolena nebo plastikou vazů. Po operaci je nutná cílená rehabilitace kolena event. balneoterapie. Chronická nestabilita vazivového aparátu řešená operačně, stav s nutností transplantace chrupavky nebo osteotomie si vyžádá relativně dlouhou pracovní neschopnost v trvání 4-6 měsíců.

b) **Možné komplikace, jejich charakter a vliv na délku léčení a délku DPN**

Neřešená chronická instabilita, poškození menisků nebo defekty chrupavky vedou postupně k rozvoji gonartrózy, jejíž průběh a léčení je popsáno v kapitole M 17.

c) **Doporučené Standardy DPN**

Jednodušší poškození kolena léčená konzervativně nebo artroskopicky je vhodné kontrolovat po 4 týdnech. Těžké postižení vazivového aparátu a kloubní chrupavky

řešené operačně včetně stavů s nutností transplantace chrupavky nebo osteotomie si vyžádá relativně dlouhou pracovní neschopnost.

Léčba artroskopicky nebo konzervativně

| | |
|-------------------|--------------------------------|
| Duševně pracující | DPN _{opt} 3 - 4 týdny |
| | DPN _{max} 6 týdnů |
| Fyzicky pracující | DPN _{opt} 4 – 5 týdnů |
| | DPN _{max} 7 týdnů |

Závažné poškození kloubní chrupavky nebo vazivového aparátu léčeno operačně

| | |
|-------------------|---------------------------------|
| Duševně pracující | DPN _{opt} 3 – 4 měsíce |
| | DPN _{max} 6 měsíců |
| Fyzicky pracující | DPN _{opt} 4 – 6 měsíců |
| | DPN _{max} 8 měsíců |

4) M50 Onemocnění krčních meziobratlových plotének

a) Klinická charakteristika

Do diagnózy jsou zahrnuta onemocnění krční ploténky bez neurologického deficitu, ale i herniace disku spojené s myelopatií nebo radikulopatií. Při degeneraci anulus fibrosus dochází k jeho radiálním mikrorupturám. Díky oslabení může dojít k vyklenutí nebo jeho protržení a výhřezu disku do páteřního kanálu, příp. foramina. Nejčastěji je postižen disk C4/5, méně často C 5/6. Hernie může být lokalizovaná ve střední čáře, paramediálně, nebo může zasahovat do foramen intervertebrale. Podle toho se vyvíjí neurologická symptomatologie. Hernie může vzniknout náhle při prudším pohybu, někdy může být příčinou úraz charakteru whiplash injury. Neurologické příznaky jsou náhlé a stav si často vyžádá okamžité operační řešení. Výhřez se může rozvíjet také postupně občasnými relapsy neurologických příznaků. V oblasti krční páteře může dojít k rozvoji myelopatie. Rovněž tady může dojít k náhlému zhoršení s rozvojem neurologie. Nejčastěji se jedná o úrazový mechanismus zhoršení obtíží. Diagnóza se opírá o klinický nález, vždy je nutné neurologické vyšetření.

U nekompletní neurologické symptomatologie s radikulární iritací lze zpočátku postupovat konzervativně. Krátkodobá klidová léčba, terapie NSA v event. v kombinaci s myorelaxancii, infusní léčba. Nedílnou součástí po odeznění akutních obtíží je fyzioterapie, mobilizace a techniky měkkých tkání krční páteře. Stav se ve většině případů zlepšuje v průběhu 6-8 týdnů. V případě selhání konzervativní léčby nebo při akutních stavech s rozvinutou kompletní neurologickou lézí je indikována operační léčba.

b) Možné komplikace, jejich charakter a vliv na délku léčení a délku DPN

Konzervativní léčba často nevede k vyléčení. Obtíže recidivují a zpočátku iritační bolesti se mohou vyvinout do stadia s neurologickými příznaky. Stav si vyžádá operační řešení. Operační řešení má rovněž svá rizika. Po stabilizaci určitého úseku páteře dochází k přetížení úseků ostatních, zejména nejbližšího úseku nad a pod provedenou stabilizací, které mohou být zdrojem dalších obtíží (Adjacent segment degeneration and adjacent segment disease) a vyústit ve stabilizaci delšího úseku páteře. Tato komplikace je častější ve více staticky namáhané bederní páteři, ale vyskytuje se i v přilehlých segmentech páteře krční. Operace spojené s rozsáhlejší dekompresí páteřního kanálu z předního přístupu spojená s korpektomií nebo odstranění herniace disku ve více etážích, případně nutnost laminektomie s delší stabilizací nebo laminoplastikou často nepřinášejí dlouhodobou úlevu a vedou často k recidivě obtíží, vyžadující kratší i delší pracovní neschopnost. DPN u těchto stavů se výrazně prodlužuje až na dobu 6 a více měsíců.

c) Doporučené Standardy DPN

Konzervativní léčba

| | |
|-------------------|---------------------------------|
| Duševně pracující | DPN _{opt} 6 - 8 týdnů |
| | DPN _{max} 10 týdnů |
| Fyzicky pracující | DPN _{opt} 8 - 10 týdnů |
| | DPN _{max} 12 týdnů |

Operační léčba

| | |
|-------------------|----------------------------------|
| Duševně pracující | DPN _{opt} 12 - 14 týdnů |
| | DPN _{max} 16 týdnů |
| Fyzicky pracující | DPN _{opt} 14 - 16 týdnů |
| | DPN _{max} 20 týdnů |

5) M 51 Onemocnění jiných meziobratlových plotének

a) Klinická charakteristika

Do diagnózy jsou zahrnuta onemocnění lumbálních a jiných plotének (kromě krčních – dg. M 50) bez neurologického deficitu, ale i herniace disku spojené s myelopatií nebo radikulopatií. Při degeneraci anulus fibrosus dochází k jeho radiálním mikrorupturám. Díky oslabení může dojít k vyklenutí nebo jeho protržení a výhřezu disku do páteřního kanálu, příp. foramina. Nejčastěji je postižen disk L4/5, méně často L5/S1. Hernie může být lokalizovaná ve střední čáře, paramediálně nebo může zasahovat do foramen intervertebrale. Vyhřezlá část se může zcela oddělit od vlastního disku a vytvořit sekvestr v páteřním kanálu. Podle toho se vyvíjí neurologická symptomatologie. Hernie může vzniknout náhle při prudším pohybu, zvednutí těžkého břemene v předklonu. Neurologické příznaky jsou náhlé a stav si často vyžádá

okamžité operační řešení. Výhřez se může rozvíjet také postupně občasnými relapsy neurologických příznaků. V oblasti hrudní a horní bederní páteře při déle trvajícím výhřezu může dojít k rozvoji myelopatie. Rovněž tady může dojít k náhlému zhoršení s rozvojem neurologie. Diagnóza se opírá o klinický nálezn, vždy je nutné neurologické vyšetření.

U nekompletní neurologické symptomatologie s radikulární iritací lze zpočátku postupovat konzervativně. Krátkodobá klidová léčba, terapie NSA event. v kombinaci s myorelaxancii, infusní léčba. Nedílnou součástí po odeznění akutních obtíží je fyzioterapie, mobilizace a techniky měkkých tkání krční páteře. Stav se ve většině případů zlepšuje v průběhu 8-10 týdnů. V případě selhání konzervativní léčby nebo při akutních stavech s rozvinutou kompletní neurologickou lézí je indikována operační léčba.

b) Možné komplikace, jejich charakter a vliv na délku léčení a délku DPN

Konzervativní léčba často nevede k vyléčení. Obtíže recidivují a zpočátku iritační bolesti se mohou vyvinout do stadia s neurologickými příznaky. Stav si vyžaduje operační řešení. Operační řešení má rovněž svá rizika. Po stabilizaci určitého úseku páteře dochází k přetížení úseků ostatních, zejména nejbližšího úseku nad a pod provedenou stabilizací, které mohou být zdrojem dalších obtíží (Adjacent segment degeneration and adjacent segment disease) a vyústit ve stabilizaci delšího úseku páteře. Tato komplikace je častější ve více staticky namáhané bederní páteři, ale vyskytuje se i v přilehlých segmentech páteře krční. Operace spojené s rozsáhlejší dekompresí páteřního kanálu z předního přístupu spojená s korpektomií nebo odstranění herniace disku ve více etážích, případně nutnost laminektomie s delší stabilizací nebo laminoplastikou často nepřinášejí dlouhodobou úlevu a vedou často k recidivě obtíží, vyžadující kratší i delší pracovní neschopnost. DPN u těchto stavů se výrazně prodlužuje až na dobu 6 a více měsíců.

c) Doporučené Standardy DPN

Konzervativní léčba

| | |
|-------------------|----------------------------------|
| Duševně pracující | DPN _{opt} 8 - 10 týdnů |
| | DPN _{max} 12 týdnů |
| Fyzicky pracující | DPN _{opt} 10 - 12 týdnů |
| | DPN _{max} 16 týdnů |

Operační léčba

| | |
|-------------------|----------------------------------|
| Duševně pracující | DPN _{opt} 14 - 16 týdnů |
| | DPN _{max} 20 týdnů |
| Fyzicky pracující | DPN _{opt} 16 - 20 týdnů |
| | DPN _{max} 24 týdnů |

6) **M 54 Dorzalgie**

a) **Klinická charakteristika**

Diagnóza zahrnuje širokou oblast bolesti v zádech bez jasné vyvolávající příčiny. Bolestivý syndrom páteře (back pain) je soubor obtíží, který se projevuje bolestmi v zádech, omezenou hybností páteře, svalovými a úponovými bolestmi někdy charakteru pseudoradikulárních iritací. Obtíže bývají často dlouhodobé a periodicky se opakují. Vyvolávající příčinou bývá nejčastěji přetížení páteře, ale může být vyvolán i jednorázovou fyzickou námahou nebo prochlazením. Rozlišujeme syndrom na organickém podkladě a syndrom funkční. Podkladem organického syndromu je nejčastěji degenerativní onemocnění páteře (spondylóza a spondylartróza – dg. M 47). Vždy je nutné vyloučit ostatní možné příčiny (nádory páteře, záněty – dg. M 46 nebo herniace disku – dg. M 50, M 51). U funkčního syndromu nedokážeme odhalit zřejmou patologickou příčinu. Podle lokalizace je možné rozlišit bolestivý syndrom krční oblasti (neck pain) zahrnující bolest mezi occiputem a středně skapulární oblastí a dolních zad (low back pain – LBP). Dle intenzity potíží se člení na mírný, střední a vážný. Nejtěžší obtíže přináší deformity páteře neřešené v dětství nebo mládí (idiopatická skolióza, deformity vzniklé na podkladě formace a segmentace páteře, Scheuermannova choroba, spondylolistéza), případně deformity vzniklé na degenerativním podkladě (degenerativní spondylolistéza, degenerativní skolióza, poruchy sagitální balance – dg. M 40-49). Radikulární bolest je omezena na inervační oblast příslušného kořene a je způsobena jeho útlakem a u dg. M 54 se nevyskytuje. Typická je pseudoradikulární bolest, která vzniká reflexním mechanismem a není způsobena kompresí kořene, ale iritací okolních tkání. Lumbalgie jsou bolesti bez iradiace. Lumboischialgie jsou bolesti v bederní oblasti s propagací do DK v inervační oblasti *n. ischiadicus*. Lumbago je akutní bolest bederní oblasti způsobená uskřínutí synoviálních výchlipek kloubního pouzdra. Zcela nezbytné je podrobné neurologické vyšetření.

Dle evropských guidelines je nutné u akutních nespécifických bolestí v zádech: informovat pacienta o chorobě, nepředepisovat klid na lůžku (při silné bolesti maximálně 2 dny, protože podporuje pocit nemoci), pacient má zůstat aktivní v denních aktivitách i v práci (je-li to možné). Předepisovat medikaci, je-li to nezbytné, u akutního bolestivého syndromu může školený lékař provádět manipulace páteře a žeber, ale vždy až po provedení RTG. Nedílnou součástí po odeznění akutních obtíží má fyzioterapie, mobilizace a techniky měkkých tkání postižené oblasti.

U chronických bolestí je vhodná kognitivní behaviorální terapie, edukační příručky, multidisciplinární (biopsychosociální) léčba, z oblasti fyzioterapie supervidovaná cvičení, škola zad, manipulace nebo mobilizace, dále farmakoterapie, akupunktura, epidurální obstrukce kortikoidy, intra-artikulární kortikosteroidní injekce, lokální nervové bloky, opichy trigger-pointů, opichy botulotoxinem, apod. U funkčního syndromu je operace většinou bez efektu. Efekt přináší léčba afekcí, jejichž příčina je jasná (herniace disku, páteřní stenóza, spondylodiscitida, symptomatická spondylolistéza), ale u těchto onemocnění je nutné změnit diagnózu, protože ty pod dg. M 54 nepatří, ačkoli jsou pod touto dg. často chybně vedeny.

Při akutní bolesti zad je postižena funkce od několika dní do několika týdnů, ve většině případů se nemocní vrací do práce do 6 týdnů. U akutní ataky chronických bolestí zad je DPN 4-8 týdnů v závislosti na charakteru zaměstnání.

b) **Možné komplikace, jejich charakter a vliv na délku léčení a délku DPN**

Závažnou komplikací je recidiva obtíží. Velmi důležitá je spolupráce pacienta. Varovné psychosociální faktory zvyšující riziko vývoje chronické bolesti a dlouhodobé pracovní neschopnosti jsou: nepřiměřené postoje a názory na bolestivý syndrom páteře; pacient věří, že bolest zad je velmi škodlivá nemoc a velmi očekává pasivní léčbu, než aby věřil tomu, že mu pomůže aktivní spolupráce. K prognostických faktorům chronické bolesti je doporučeno posuzování faktorů souvisejících se zaměstnáním, psychosociální distres, závažnost bolesti, funkcionální impact.

Vždy je nutné vyloučit všechny organické afekce, které mohou být příčinou bolestí. Pokud je zjištěna jasnou organická příčina bolestí, je nutné diagnózu změnit.

c) Doporučené Standardy DPN

| | |
|-------------------|--------------------|
| Duševně pracující | DPNopt 4 - 6 týdnů |
| | DPNmax 8 týdnů |
| Fyzicky pracující | DPNopt 6 - 8 týdnů |
| | DPNmax 10 týdnů |

7) M 70 Onemocnění měkké tkáně způsobné zatěžováním, přetížením nebo tlakem

a) Klinická charakteristika

Dg. M 70 zahrnuje širokou škálu onemocnění jako je chronická krepitující synovitida ruky a zápěstí, burzitida ruky, lokte, kolena, kyčle a neurčená onemocnění měkké tkáně spojená s funkcí, namožením a zatížením. Diagnóza se opírá o anamnestická data, zejména pracovní zatížení, dále klinický nález (otok, omezení funkce přilehlého kloubu, náplň v oblasti burzy, palpační bolestivost postižené oblasti) event. ultrazvukové vyšetření. Vždy je nutné vyloučit systémové onemocnění (revmatoidní artritidy, seronegativní artropatie atd). Některá onemocnění jsou specifická pro určitá povolání; např. prepatelární burzitida u dlaždičů a obkladačů pracujících v kleče. Chronická krepitující synovitida zápěstí a ruky stejně jako chronická tendovaginitida uvedené lokality jsou entity s obtížným léčením a nejasnou prognózou. U většiny uvedených onemocnění je nejdůležitější vyloučit vyvolávající příčinu. V **léčbě** je vhodné zpočátku přechodné znehybnění přilehlého kloubu sádrou dlahou nebo ortézou. Nedílnou součástí je rehabilitační léčba a fyzikální terapie, jako je analgetická elektroléčba, fototerapie, hydroterapie, terapie ultrazvukem a v posledních letech léčba rázovou vlnou. Účelem léčby je zlepšení mikrocirkulace a metabolismu v místě aplikace, rozpuštění kalcifikací a analgetický efekt. V léčbě lze využívat rovněž nácvik všedních denních činností a ergoterapii zaměřenou na pracovní začlenění. Z farmakologické léčby jsou využívány symptomatické léky s krátkodobým účinkem, jako jsou nesteroidní antirevmatika (NSA) a analgetika. Do oblasti burzy je možná aplikace kortikoidů. V případě burzitid rezistentních ke konzervativní terapii je indikována exstirpace burzy.

Konzervativní léčba je indikována vždy na počátku onemocnění. Akutní obtíže odezní při výše popsané léčbě podle lokalizace a délky trvání onemocnění v průběhu 3-5

týdnů. V případě nutnosti operačního řešení je léčení včetně cílené rehabilitace v trvání 8-12 týdnů podle charakteru pracovní zátěže.

b) Možné komplikace, jejich charakter a vliv na délku léčení a délku DPN

Nejčastější komplikací je recidiva onemocnění a jeho přechod do chronicity, kdy se období relativně bez obtíží střídají s obdobími akutního vzplanutí obtíží. Léčba onemocnění v tomto stadiu je značně obtížná a vyžádá si DPN v trvání 3-6 měsíců a intenzivní fyzikální terapii.

c) Doporučené Standardy DPN

Konzervativní léčba

| | |
|-------------------|----------------------------|
| Duševně pracující | DPN _{opt} 4 týdny |
| | DPN _{max} 6 týdnů |
| Fyzicky pracující | DPN _{opt} 6 týdnů |
| | DPN _{max} 8 týdnů |

Operační léčba

| | |
|-------------------|-----------------------------|
| Duševně pracující | DPN _{opt} 8 týdnů |
| | DPN _{max} 10 týdnů |
| Fyzicky pracující | DPN _{opt} 10 týdnů |
| | DPN _{max} 12 týdnů |

8) M 77 Jiné entézopatie

a) Klinická charakteristika

Pod dg. M 77 patří epikondylitida mediální, epikondylitida laterální, periartritida zápěstí, ostruha patní kosti, metatarsalgie, jiné entzopatie nohy, jiné entzopatie nezařazené jinde a nespecifické entzopatie, (kostní ostruha, kapsulitida, periartritida a tendinitida). Jedná se o úponovou bolest v oblasti radiálního (tenisový loket) nebo ulnárního epikondylu (golfový loket), úponová bolest plantární aponeurózy nebo Achillovy šlachy při úponu na patní kost příp. úponové bolesti v oblasti nohy zejména metatarzů. S tímto typem onemocnění se setkáváme u sportovců, těžce fyzicky pracujících, jedinců s hypermobilitou. Epikondylitidy jsou častější u jedinců, kteří pracují mnoho hodin u počítače. Často provází revmatická onemocnění, která je nutno při primárním vyšetření vyloučit. Radiální epikondylitida se u tenisových hráčů vyskytuje až ve 40-50 %. Jde o bolest v oblasti laterálního epikondylu, která narůstá a postupně vyzáruje na předloktí. Ulnární epikondylitida se častěji vyskytuje u sportovců a je 15x méně častá než radiální. Při klinickém vyšetření je výrazná palpační bolestivost v oblasti úponu svalů a šlach i v jejich průběhu, někdy se objevuje

provazcovité zduření v těchto oblastech. Většinou jsou pozitivní napínací manévry proti odporu.

Rozsah pohybu v přilehlých kloubech není omezen, v laboratorních vyšetřeních nejsou známky zánětu, RTG vyšetření většinou nenalézá jasnou patologii, někdy může být patrný trakční osteofyt. Suverénní diagnostickou metodou je ultrazvuk.

Základem **léčby** je vyloučení vyvolávající noxy, tedy odlehčení příslušné oblasti a vyloučení nadměrné zátěže. V akutním stadiu se použijí ortézy (u epikondylitidy obvykle epikondylární páska), vložky do obuvi apod., nesteroidními antirevmatika, fyzikální léčba, v indikovaných případech NSA celkově. Stěžejní je speciální pohybová léčba zaměřená na úpravu svalové rovnováhy a reedukaci pohybových stereotypů. Vhodná je terapie rázovou vlnou. Někdy přinese úlevu lokální instilace kortikoidu. Při selhání konzervativní léčby v případě epikondylitid je indikována léčba chirurgická.

b) Možné komplikace, jejich charakter a vliv na délku léčení a délku DPN

Hlavní komplikací jsou opakované recidivy onemocnění při opětovné zátěži. Při recidivě je terapie vždy obtížnější a musí být více radikální. Recidiva je možná i po chirurgické léčbě. Většinou je nutné trvalé užívání ortézy, případně dalších pomůcek. Délka DPN může být u recidivy až dvojnásobná.

c) Doporučené Standardy DPN

Konzervativní léčba

| | |
|-------------------|--------------------------------|
| Duševně pracující | DPN _{opt} 4 – 6 týdnů |
| | DPN _{max} 8 týdnů |
| Fyzicky pracující | DPN _{opt} 6 - 8 týdnů |
| | DPN _{max} 10 týdnů |

Operační léčba

| | |
|-------------------|-----------------------------|
| Duševně pracující | DPN _{opt} 8 týdnů |
| | DPN _{max} 10 týdnů |
| Fyzicky pracující | DPN _{opt} 10 týdnů |
| | DPN _{max} 12 týdnů |

Čl. 7

Vybraná poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin

1) S52 Zlomenina lokte a předloktí

a) **Klinická charakteristika**

Pod označením S 52 jsou zahrnuty zlomeniny proximálního předloktí, diafyz obou kostí a zlomeniny distálního předloktí včetně zlomeniny distálního radia. Zlomenina hlavice radia a processus coronoideus ulnae jsou často spojeny s luxací lokte a poraněním postranních vazů lokte. Zlomenina olekranu se často vyskytuje samostatně a její léčba stabilní osteosyntézou pomocí tahové cerkláže většinou nečiní obtíže a výsledky bývají všeobecně dobré. Zlomeniny hlavice a krčku radia a komplexní zlomeniny proximální ulny mohou být jak samostatné, tak spojené s dalšími zlomeninami a/nebo poraněním měkkých tkání. Jedná se o typické intraartikulární zlomeniny, čili jsou prakticky vždy indikovány k operační léčbě. Hlavice radia sama o sobě zajišťuje vnitřní stabilitu lokte a předloktí. Konzervativně lze léčit pouze nedislokované nebo minimálně dislokované zlomeniny. Dislokované zlomeniny jsou indikovány k osteosyntéze, resekci nebo náhradě hlavice radia, když nelze provést její resekci nebo osteosyntézu. Kombinované zlomeniny radia a ulny, známé také jako „zlomeniny obou kostí“ jsou definovány jako izolované zlomeniny radia i ulny bez poranění DRUK nebo PRUK. Konzervativní léčba vede všeobecně ke špatným výsledkům. V současnosti je za zlatý standard považována dlahou osteosyntéza obou kostí s obnovou zakřivení radia a rotace předloktí. Pro způsob léčby distálního radia jsou rozhodující požadavky pacienta a rtg nález v době úrazu. U nedislokovaných, dislokovaných stabilních zlomenin po repozici u pacientů s malými pohybovými nároky lze nejlepšího výsledku dosáhnout repozicí a sádrou fixací na 5-6 týdnů s event. přesádrováním po 3-4 týdnech. U pacientů s vysokými pohybovými nároky se obvykle dává přednost operační stabilizaci s časnou obnovou pohybu. Pro fixaci zlomenin distálního radia lze použít řadu různých technik: perkutánní fixaci kombinovanou se sádrou fixací, zevní fixaci a otevřenou repozici a osteosyntézu. Metoda léčby závisí na lokalizaci hlavních úlomků zlomeniny a směru dislokace. Nejčastěji se používá volární dlahování. Pro fixaci dorzálně angulovaných a kominutivních zlomenin lze také použít novější úhlově stabilní implantáty.

Ke konzervativní léčbě jsou indikovány pouze nedislokované nebo minimálně dislokované zlomeniny hlavice radia, olekranu, zlomeniny jedné kosti předloktí z přímého nárazu a stabilní zlomeniny distálního radia. Sádrou fixace se příkládá na 1 – 6 týdnů, po které následuje 6týdenní cílená rehabilitace lokte a zápěstí. Indikace pro konzervativní léčbu dislokovaných zlomenin kostí předloktí je omezená. Vzhledem k tomu, že se typicky jedná o intrartikulární zlomeniny (včetně zlomeniny obou kostí předloktí), jsou indikovány k operační stabilizaci. Po osteosyntéze a následné rehabilitaci lze předpokládat návrat k předchozím aktivitám po cca 6 měsících. U komplexních zlomenin hlavice radia je možná náhrada hlavice. Zotavení po osteosyntéze nebo náhradě hlavice radia je do 6 měsíců. U luxačních zlomenin je nutná rekonstrukce vazivových struktur, kdy je nutná dočasná fixace sádrou dlahou nebo ortézou s limitovaným pohybem na 6 týdnů. Následuje cílená rehabilitace lokte v trvání 6-8 týdnů. Zotavení po závažných poraněních lokte a předloktí je většinou za 4-6 měsíců. U zlomenin distálního radia léčených konzervativně lze očekávat návrat k předchozím aktivitám po 3 měsících. Po osteosyntéze lze očekávat návrat k běžným aktivitám po 3 měsících a plné zátěži po 5 měsících.

b) Možné komplikace, jejich charakter a vliv na délku léčení a délku DPN

U konzervativně léčených zlomenin je riziko redislokace. Po osteosyntéze může dojít k jejímu selhání a nezhojení zlomeniny. Obávanou komplikací je vznik kompartment syndromu předloktí, který může, pokud není správně a včas léčen, vést až ke vzniku Volkmannovy kontraktury. U otevřených zlomenin je riziko infekce, která výrazně prodlouží hojení a PN. U zlomenin proximálního předloktí je poměrně častou komplikací omezení hybnosti lokte event. vznik paraartikulárních osifikací. Za potřebnou hybnost v lokti je považován pohyb 30 - 120 ° flexe. Chybějící extenze pacienty většinou výrazněji neobtěžuje a objevuje se i po prostých zlomeninách olekranu. Mezi komplikace zlomeniny předloktí patří ztráta rotace předloktí, zkrácení délky a bolest v zápěstí. V oblasti diafýz je poměrně vysoké riziko zpomaleného hojení a vzniku pakloubu. To ztěžuje návrat pacientů do pracovního procesu a k původně vykonávanému povolání zvláště u pacientů s těžkou fyzickou zátěží. Omezení hybnosti, chronické bolesti po zlomeninách předloktí včetně distálního radia mohou vést k omezení fyzické výkonnosti a schopnosti koordinace pohybů a manipulace a přenášení předmětů a narušení nebo omezení schopnosti vykonávat denní aktivity s poklesem pracovní schopnosti.

c) Doporučené Standardy DPN

Konzervativní léčba

| | |
|-------------------|----------------------|
| Duševně pracující | DPNopt 6 – 8 týdnů |
| | DPNmax 10 týdnů |
| Fyzicky pracující | DPNopt 10 - 12 týdnů |
| | DPNmax 14 týdnů |

Operační léčba

| | |
|-------------------|----------------------|
| Duševně pracující | DPNopt 10 – 12 týdnů |
| | DPNmax 16 týdnů |
| Fyzicky pracující | DPNopt 16 – 20 týdnů |
| | DPNmax 24 týdnů |

2) S 72.0 Zlomenina krčku stehenní kosti

a) Klinická charakteristika:

Zlomeniny krčku femuru jsou intrakapsulární poranění, která jsou spojena s rizikem potraumatické artrózy, avaskulární nekrózy hlavice femuru a v konečném důsledku s rizikem ztráty kloubu s nutností jeho totální náhrady. Většina pacientů je starší 60 let. U mladších pacientů bývá zlomenina proximálního femuru často přítomna v rámci polytraumatu nebo sdruženého poranění při vysokoenergetickém mechanismu úrazu. Prognosticky nepříznivé faktory jsou především dislokovaná zlomenina a delší časový interval mezi úrazem a operací. Průběh léčení je horší u pacientů s polytraumatem a sdruženým poraněním, hlavně kvůli nutnosti odkladu operace.

Cílem **léčby** intrakapsulárních zlomenin krčku femuru u mladších pacientů je zachování vlastního kloubu s obnovením fyziologického rozsahu pohybu a návratu k předúrazovým aktivitám. V současné době převládá osteosyntéza dynamickým kyčelním šroubem (DHS) s případnou aplikací antirotačního šroubu nad dříve často užívanou osteosyntézou třemi šrouby. Vzhledem k riziku rozvoje avaskulární nekrózy je vhodné k operaci přistoupit co nejdříve, nejlépe do 6 hodin. S větším časovým odstupem od úrazu narůstá riziko avaskulární nekrózy, proto by měla být provedena aspoň odlehčovací punkce kloubu. Obecně lze říci, že čím je větší dislokace fragmentů a čím delší je interval mezi úrazem a operací, tím je větší riziko komplikací, zvl. avaskulární nekrózy hlavice. Po osteosyntéze je pacient bezprostředně vertikalizován a začíná se s rehabilitací končetiny. Chůze s limitovanou zátěží je povolena cca do 3 měsíců od operace, plná zátěž po 3 až 5 měsících podle stadia hojení zlomeniny. U pacientů starších 65 let, u pacientů s koxartrózou, delším časovým odstupem od operace a pacientů, kde je repozice zlomeniny nemožná, se volí endoprotéza kyčle. Rehabilitace a rekonvalescence po endoprotéze se neliší od endoprotézy implantované z indikace koxartrózy (dg. M 16).

b) Možné komplikace, jejich charakter a vliv na délku léčení a délku DPN

Mezi hlavní komplikace patří nekróza hlavice a pakloub krčku, tedy nezhojení zlomeniny.

Časový odstup více než 24 hodin je zatížen vysokým počtem komplikací. Nicméně i při dodržení všech těchto zásad je riziko avaskulární nekrózy či pakloubu udáváno ve 20-30 % případů a počet reoperací je ještě vyšší. Při avaskulární nekróze nebo pakloubu je řešením korekční osteotomie nebo totální náhrada kyčle. Endoprotéza kyčle z traumatologické indikace je zatížena větším počtem komplikací (luxace) než totální náhrada implantovaná pro degenerativní onemocnění. Všechny tyto komplikace mohou prodloužit běžnou DPN až na dvojnásobek normální doby.

c) Doporučené Standardy DPN

U pacientů po osteosyntéze i endoprotéze je nutná rekonvalescence včetně rehabilitace a lázeňského doléčení podmiňující DPN v délce asi 6-8 měsíců u manuálně pracujících, do fyzicky méně náročných profesí je návrat možný dříve. Kontrola je vhodná po 8-10 měsících trvání DPN podle charakteru zaměstnání.

Operační léčba

| | |
|-------------------|---|
| Duševně pracující | DPN _{opt} 16 – 24 týdnů (4-6 měsíců) |
| | DPN _{max} 32 týdnů (8 měsíců) |
| Fyzicky pracující | DPN _{opt} 24 - 32 týdnů (6-8 měsíců) |
| | DPN _{max} 40 týdnů (10 měsíců) |

3) S 82 Zlomeniny bérce včetně kotníku

a) Klinická charakteristika

Pod položku S 82 jsou zahrnuty zlomeniny proximálního tibie, diafýz obou kostí, zlomeniny distální tibie kompresní (zlomeniny pilonu) a luxační zlomeniny hlezna (zlomeniny kotníků). Běrec je vzhledem k poměrně omezenému měkkotkáňovému

krytí a často přímému mechanismu úrazu vysoce náchylný ke vzniku zlomenin doprovázených poškozením měkkých tkání včetně otevřených zlomenin.

Konzervativní **léčba** je indikována jen u nedislokovaných zlomenin. U dislokovaných zlomenin často nelze konzervativně dosáhnout adekvátní repozice nebo retence fragmentů. Operace je indikována u otevřených zlomenin a zlomenin s přidruženým neurovaskulárním poraněním. U závažného poškození měkkých tkání nebo polytraumatizovaných pacientů je nejvhodnější dočasná stabilizace pomocí zevního fixátoru. Cílem definitivní léčby je anatomická repozice kloubní plochy u intraartikulárních zlomenin, obnova délky končetiny, rekonstrukce osy a rotace i adekvátní fixace umožňující zajištění časně pooperační rehabilitace. Prioritou je časná mobilizace kolenního a hlezenního kloubu jako prevence trvalého omezení pohybu způsobeného svalovými kontrakturami a intra- či extra-artikulárních adhezemi.

Nedislokované zlomeniny diafýzy tibie u dobře spolupracujících pacientů lze léčit konzervativně. Sádrová fixace je však indikována na 8-12 týdnů podle typu a lokalizace zlomeniny. Konzervativně lze léčit rovněž nedislokované nebo po repozici stabilní luxační zlomeniny hlezna se sádrovou fixací na 4-12 týdnů podle typu zlomeniny. Po sejmutí následuje rehabilitace po dobu 4-8 týdnů. V operační léčbě těchto zlomenin se používají různé implantáty. Metodou volby u diafyzárních zlomenin se stalo nitrodřeňové hřebování. Zhojení zlomeniny lze očekávat za 6 měsíců, přičemž pacient je schopen končetinu zatěžovat od 4. měsíce. U dlahové osteosyntézy zlomenin kloubních konců lze očekávat návrat plné zátěže za 4-6 měsíců podle typu zlomeniny.

b) Možné komplikace, jejich charakter a vliv na délku léčení a délku DPN

Prognóza souvisí se závažností poranění, rozsahem poškození měkkých tkání a přítomností dalších poranění. Na těchto faktorech závisí také volba operační léčby. Nedostatečné měkkotkáňové krytí diafýzy tibie a komplikace cévního zásobení vystavují tyto zlomeniny riziku infekce a vzniku pakloubů. Výskyt infekcí v oblasti tibie se pohybuje v 1-2% případů, častější je u otevřených zlomenin. Mezi hlavní rizika konzervativní léčby, jimž je třeba věnovat pozornost, patří hluboká žilní trombóza, kompartment syndrom, poškození měkkých tkání a algoneurodystrofický syndrom. Často používané nepředvrtané nitrodřeňové hřebování je zatíženo poměrně vysokým procentem zpomaleného hojení nebo vznikem pakloubu, které vyžadují sekundární operaci. Existují tři významné indikátory pro revizní operaci tibie: otevřená zlomenina, transverzální zlomenina a pooperační diastáza fragmentů. Tyto závažné komplikace mohou dobu léčení až zdvojnásobit oproti optimální době. Zlomeniny kloubních konců jsou rizikové z hlediska vzniku poúrazové artrózy, která může být pozdní komplikací.

c) Doporučené Standardy DPN

Konzervativní i operační léčba luxační zlomeniny hlezna

| | |
|-------------------|--|
| Duševně pracující | DPN _{opt} 16 týdnů (4 měsíce) |
| | DPN _{max} 20 týdnů (5 měsíců) |
| Fyzicky pracující | DPN _{opt} 20 týdnů (5 měsíců) |
| | DPN _{max} 20 týdnů (5 měsíců) |

Operační léčba zlomenin proximální tibie, diafýzy a pilonu

| | |
|-------------------|--|
| Duševně pracující | DPN _{opt} 16 -24 týdnů (4-6 měsíců) |
| | DPN _{max} 32 týdnů (8 měsíců) |
| Fyzicky pracující | DPN _{opt} 32 týdnů (8 měsíců) |
| | DPN _{max} 40 týdnů (10 měsíců) |

4) S 83 Vymknutí a natažení kloubů a vazů kolena

a) Klinická charakteristika

Pod touto základní diagnózou se označuje řada typů poškození kolenního kloubu. Jedná se o poškození postranních vazů, zkřížených vazů, kloubního pouzdra, menisků a někdy kloubní plochy, zejména jejího chrupavčitého povrchu.

Izolovaná poranění postranních vazů se léčí konzervativně - ortéza s limitovaným pohybem při prosté distenzi na 3 týdny, při ruptuře na 6-8 týdnů. Potom následuje cílená rehabilitace kolena. Kombinovaná poranění, zvláště posteromediální nestabilitu s odtržením hamstringů a zevního postranního vazů, vyžadují akutně operační léčbu (artroskopie) s doléčením v ortéze na 6-8 týdnů a následnou rehabilitací. Jednodušší poranění měkkého kolena léčená artroskopicky vedou k rychlému návratu poraněného k plné zátěži včetně pracovní v horizontu 3 - 4 týdnů. Těžká poranění vazivového aparátu řešená operačně včetně stavů s nutností transplantace chrupavky si vyžadají relativně dlouhou pracovní neschopnost. Těžká práce a sport jsou doporučeny za 4 - 9 měsíců po operaci.

b) Možné komplikace, jejich charakter a vliv na délku léčení a délku DPN

Pokud není stav řešen v akutní nebo subakutní fázi dochází k chronické nestabilitě kolena, která vede k přetěžování některé z jeho částí s následným vznikem předčasné artrózy. Lehčí residuální jednostranná nebo oboustranná instabilita nevede k poklesu pracovní schopnosti; je pouze nutné zdravotně vhodné zaměstnání. Poúrazová gonartróza vzniklá na podkladě chronické instability nebo defektu chrupavky může pacienta omezovat v jeho denních aktivitách a vést až k nutnosti náhrady kolenního kloubu.

c) Doporučené Standardy DPN

Artroskopicky nebo konzervativně léčená distenze vazů

| | |
|-------------------|--------------------------------|
| Duševně pracující | DPN _{opt} 3-4 týdnů |
| | DPN _{max} 6 týdnů |
| Fyzicky pracující | DPN _{opt} 4 - 5 týdnů |
| | DPN _{max} 7 týdnů |

Operační léčba závažného vazivového poranění, včetně transplantace chrupavky

| | |
|-------------------|---|
| Duševně pracující | DPN _{opt} 12 - 16 týdnů (3-4 měsíců) |
| | DPN _{max} 36 týdnů (6 měsíců) |
| Fyzicky pracující | DPN _{opt} 16 - 20 týdnů (4-5 měsíců) |
| | DPN _{max} 32 týdnů (8 měsíců) |