

Řízení motorových vozidel a obstrukční spánková apnoe – Konsenzus České společnosti pro výzkum spánku a spánkovou medicínu, České pneumologické a ftizeologické společnosti, České neurologické společnosti a České společnosti otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku

¹MUDr. Milan Sova Ph.D., ²MUDr. Jaroslav Lněnička, ³MUDr. Martin Pretl CSc., MUDr.

⁴Martina Ondrová Ph.D., ⁵prof. MUDr. Jan Plzák Ph.D., ⁶prof. MUDr. Karel Šonka DrSc.

¹ Klinika plicních nemocí a tuberkulózy, Fakultní nemocnice Olomouc

² Klinika pneumologie 3. lékařská fakulta, Univerzita Karlova a Nemocnice Na Bulovce, Praha

³Inspamed, s.r.o., Institut spánkové medicíny, Praha

⁴Dětská ORL s.r.o. Brno, Ambulance ORL pro poruchy dýchání ve spánku Brno

⁵Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova a Fakultní nemocnice Motol, Praha

⁶Neurologická klinika a Centrum klinických neurověd, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova a Všeobecná fakultní nemocnice, Praha

Předmluva

Společné doporučení vzniklo na základě konsenzu odborných společností: České společnosti pro výzkum spánku a spánkovou medicínu, České pneumologické a ftizeologické společnosti, České neurologické společnosti a České společnosti otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku. Cílem je poskytnout doporučení k řešení jednotlivých situací v rámci posuzování způsobilosti k řízení motorových vozidel u pacientů s obstrukční spánkovou apnoí v návaznosti na aktuálně platnou legislativu.

Úvod

Obstrukční spánková apnoe (OSA) a s ní související nadměrná denní spavost (EDS) jsou významnými rizikovými faktory dopravních nehod (1). Pacienti s OSA udávají častější pocity ospalosti během řízení a mají 2-5x vyšší riziko dopravních i pracovních nehod, přičemž každá šestá nehoda má vážné následky včetně následků fatálních (2-4). Léčba pomocí přetlakového dýchání zmírňuje riziko vzniku dopravních nehod, stejně jako může zlepšovat denní spavost (4). Počty řidičů, kteří udávají usnutí za volantem, se dle různých studií liší- 6-57 % a ospalost během řízení je hlavní příčinou fatálních dopravních nehod (3, 5, 6). Vzhledem k těmto skutečnostem je nutné identifikovat pacienty s OSA a EDS, u nichž je riziko dopravních nehod významně zvýšeno.

Legislativa

Konsenzus vychází ze Zákona č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích a změnách některých zákonů (zákon o silničním provozu), v platném znění.

Prováděcím právním předpisem tohoto zákona je vyhláška č. 277/2004 Sb., o stanovení zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel, zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel s podmínkou a náležitosti lékařského potvrzení osvědčujícího zdravotní důvody, pro něž se za jízdy nelze na sedadle motorového vozidla připoutat bezpečnostním pásem (vyhláška o zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel), v platném znění.

Dále jsou citovány relevantní části výše uvedené vyhlášky.

Příloha č. 3 vyhlášky č. 277/2004 Sb., v platném znění: Nemoci, vady, nebo stavy, které vylučují nebo podmiňují zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel.

Odstavec VI: Nemoci, vady nebo stavy nervové soustavy vylučující nebo podmiňující zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel.

Č. 2 Nemoci, vady nebo stavy nervové soustavy, které ovlivňují bezpečnost provozu na pozemních komunikacích a u kterých lze žadatele nebo řidiče uznat za zdravotně způsobilé k řízení motorového vozidla pouze na základě závěrů odborného vyšetření, a to zejména

skupina 1 písmeno j) a skupina 2 písmeno g): středně těžký syndrom obstrukční spánkové apnoe s hodnotou indexu apnoe/hypopnoe v rozmezí 15 až 29 spojený s nadměrnou denní spavostí nebo těžký syndrom obstrukční spánkové apnoe s hodnotou indexu apnoe/hypopnoe 30 a více spojený s nadměrnou denní spavostí

Diagnostika OSA

Za zlatý standard diagnostiky OSA je považována polysomnografie (7). Za další diagnostickou metodu, kterou je možno k diagnostice použít, je považována respirační spánková polygrafie (synonyma: kardiorespirační polygrafie, limitovaná polygrafie) (7). Skriningové metody, tj. měření saturace a průtoku vzduchu nosem (např. přístroje ApneaLink, Somnocheck atd.) nejsou považovány za diagnostické a jejich výsledky je nutné validovat respirační spánkovou polygrafií nebo polysomnografií. Tíže OSA je vyjadřována apnoe/hypopnoe indexem (AHI index) (7). Lehká OSA je definována jako AHI 5-14, středně těžká OSA jako AHI 15-29 a těžká OSA jako $AHI \geq 30$.

Diagnostika EDS

EDS se pro hodnocení způsobilosti k řízení motorových vozidel definuje jako stav, kdy člověk není schopen přiměřeně dlouho udržet bdělost v běžných situacích, kdy je bdělost nezbytná, například při řízení motorových vozidel, obsluze strojů a podobně. Zjištění EDS vyplývá standardně z anamnézy, případně z údajů, které jsou aktuálně k dispozici. Ke stanovení tíže EDS se užívají sebehodnotící škály a objektivní testy. Škály mají hlavně screeningový charakter (např. Epworthská škála spavosti, Karolinská škála spavosti či Stanfordská škála spavosti). Z objektivních testů se k posuzování problematiky řízení a schopnosti udržet bdělost užívá test udržení bdělosti (MWT), který je i při současné nedostatečné míře reprezentativních výsledků nejvhodnějším a nejpřesnějším objektivním testem. Pro jeho náročnost je užití vázáno na klinická pracoviště (1).

U kterých pacientů musí být hlášena změna způsobilosti k řízení motorových vozidel

Hlášení je nutné provést u všech pacientů se středně těžkou a těžkou OSA ($AHI \geq 15$), u nichž je zároveň přítomna EDS. U pacientů se středně těžkou a těžkou OSA, u nichž není přítomna

EDS, nedochází ke změně způsobilosti k řízení motorových vozidel ve smyslu výše citované vyhlášky a tím pádem není nutné tyto osoby hlásit příslušnému obecnímu úřadu s rozšířenou působností. U nemocného s OSA se mohou vyskytnout další důvody nezpůsobilosti k řízení motorových vozidel, jejichž hlášení se neřídí tímto dokumentem.

Jak provádět hlášení

V případě, že pacient splňuje výše uvedené podmínky, tj. byla u něj diagnostikována OSA s $AHI \geq 15$ a zároveň trpí EDS, je nutné tuto skutečnost (tj. změněnou způsobilost k řízení motorových vozidel) bezodkladně hlásit příslušnému obecnímu úřadu s rozšířenou působností, jak je nařízeno § 89a zákona č. 361/2000 Sb., v platném znění, a to krátkým sdělením, že u pacienta došlo k takovým aktuálním změnám zdravotního stavu, které mohou mít za důsledek změnu zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel – tedy bez uvedení konkrétních údajů o zdravotním stavu (s ohledem na absenci průlomů do povinné mlčenlivosti lékaře vůči úřadu). Zároveň je nutno (mj. i podle § 10 vyhlášky č. 277/2004 Sb., v platném znění) na tuto skutečnost upozornit posuzujícího lékaře (registrujícího praktického lékaře pacienta, v odůvodněných případech též pacientova poskytovatele pracovních-lékařských služeb), zde již ve formě zaslání konkrétního a podrobnějšího nálezu, povinná mlčenlivost se v tomto případě za účelem návaznosti zdravotních služeb neuplatní. Povinnost hlášení vzniká, když lékař na základě klinického vyšetření, shrnutím anamnézy a výsledků pomocných vyšetření stanoví diagnózu OSA a vystaví lékařskou zprávu nebo tuto diagnózu zapíše do dokumentace. Samotný popis respirační polygrafie nebo polysomnografie není považován za okamžik stanovení diagnózy OSA.

Kdy je pacient s OSA schopen řízení motorových vozidel při léčbě

Pacient, který byl uznán nezpůsobilým řízení motorových vozidel z důvodů středně těžké nebo těžké OSA s EDS, je způsobilý k řízení v případě dobré efektivity léčby nebo po spontánním zlepšení stavu. Efektivitu léčby včetně zlepšení důležitých příznaků posuzuje ošetřující lékař. Efektivita léčby přetlakem v dýchacích cestách se pro potřeby způsobilosti řízení motorových vozidel hodnotí nejméně po 1 měsíci od jejího zahájení, efektivitu

ostatních léčebných metod (chirurgická léčba, polohová terapie, mandibulární protraktory atp.) hodnotí ošetřující lékař dle svého uvážení.

Hodnocení efektivity léčby OSA vzhledem ke způsobilosti k řízení motorových vozidel

Hodnocení efektivity léčby OSA vzhledem ke způsobilosti k řízení motorových vozidel probíhá při klinickém vyšetření, jehož je zhodnocení efektu léčby součástí. Z dostupnosti telemetrických dat nevyplývá povinnost spánkové laboratoře aktivně kontrolovat adherenci pacientů k terapii ani povinnost na základě adherence reaktivně posuzovat způsobilost k řízení motorových vozidel. Ta je v průběhu léčby posuzována v rámci periodických dispenzárních kontrol nebo na cílenou žádost praktického lékaře.

Literatura

1. Pretl M. Obstrukční spánková apnoe s nadměrnou denní spavostí jako rizikový faktor usnutí při řízení ve světle zdravotní způsobilosti řídit motorová vozidla. *Neurol Praxi*. 2019;20: 373-376
2. Garbarino S, Guglielmi O, Sanna A, Mancardi GL, Magnavita N. Risk of Occupational Accidents in Workers with Obstructive Sleep Apnea: Systematic Review and Meta-analysis. *Sleep*. 2016;39(6):1211-8.
3. Goncalves M, Amici R, Lucas R, Akerstedt T, Cirignotta F, Horne J, et al. Sleepiness at the wheel across Europe: a survey of 19 countries. *Journal of sleep research*. 2015;24(3):242-53.
4. Tregear S, Reston J, Schoelles K, Phillips B. Continuous positive airway pressure reduces risk of motor vehicle crash among drivers with obstructive sleep apnea: systematic review and meta-analysis. *Sleep*. 2010;33(10):1373-80.
5. Sagaspe P, Taillard J, Akerstedt T, Bayon V, Espie S, Chaumet G, et al. Extended driving impairs nocturnal driving performances. *PloS one*. 2008;3(10):e3493.
6. Smolensky MH, Di Milia L, Ohayon MM, Philip P. Sleep disorders, medical conditions, and road accident risk. *Accident; analysis and prevention*. 2011;43(2):533-48.
7. American Academy of Sleep Medicine. International classification of sleep disorders (ICSD-3). 3rd diagnostic and coding manual. Westchester: American Academy of Sleep Medicine 2014.