

Řízení motorových vozidel u pacientů s epilepsií

doc. MUDr. Irena Doležalová, Ph.D.¹, JUDr. Šárka Špeciánová², doc. MUDr. Jiří Hovorka, CSc.^{3,4},
MUDr. Jana Zárubová⁵, MUDr. Irena Novotná¹, prof. MUDr. Petr Marusič, Ph.D.⁵, prof. MUDr. Milan Brázdil, Ph.D.¹

¹Centrum pro epilepsie Brno, I. neurologická klinika, Fakultní nemocnice u sv. Anny
a Lékařská Fakulta Masarykovy univerzity, Brno

²Ústav veřejného zdravotnictví a medicínského práva 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy

³Neurologie, Comfort Care, a.s., Praha

⁴Neurologie a psychosomatické centrum Anděl Tulsia Clinic, s.r.o., Praha

⁵Neurologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

V článku přinášíme aktuální informace o posuzování zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel u osob s epilepsií. Rozlišujeme dvě skupiny řidičských oprávnění – Skupina oprávnění 1 (skupina A, B, B + E, AM a podskupina A1 a B1) a Skupina oprávnění 2 („řidiči z povolání“ ve skupině A, B, B + E, AM, podskupině A1 a B1; a dále C, C + E, D, D + E a T, C1, C1 + E, D1 a D1 + E). Ve skupině oprávnění 1 lze povolit řízení po 12měsíční bezzáchvatovosti, pokud pacient užívá antiepileptika, nebo po 6měsíční bezzáchvatovosti, pokud se jednalo o izolovaný záchvat bez zahájení léčby antiepileptiky. Ve skupině oprávnění 2 můžeme povolit řízení 10 let po úplném vysazení antiepileptik, pokud je splněna podmínka přetrvávající bezzáchvatovosti. Po izolovaném záchvatu, po kterém nebyla zahájena léčba antiepileptiky, můžeme povolit řízení za 5 let. Z výše uvedených pravidel existují výjimky, které uvádíme v následujícím textu. Některé složitější situace ilustrujeme pomocí kazuistik. Závěrem je uvedena přehledová tabulka.

Klíčová slova: řidičský průkaz, epilepsie, skupina oprávnění 1, skupina oprávnění 2.

Driving motor vehicles in patients with epilepsy

The article presents current information on assessing the medical fitness to drive motor vehicles in persons with epilepsy. There are two driving licence categories: Category 1 (Groups A, B, B+E, AM, and subgroups A1 and B1) and Category 2 (professional drivers in Groups A, B, B+E, AM, subgroups A1 and B1; as well as C, C+E, D, D+E and T, C1, C1+E, D1, and D1+E). In Category 1, driving can be allowed after 12 months of being seizure-free if the patient is taking antiepileptic drugs, or after 6 months of being seizure-free if there was an isolated seizure and no treatment with antiepileptic drugs was commenced. In Category 2, driving can be allowed 10 years after complete withdrawal of antiepileptic drugs provided the patient has remained seizure-free. After an isolated seizure following which treatment with antiepileptic drugs was not initiated, driving can be allowed in 5 years. There are exceptions to the above-mentioned rules which are included in the present article. Some more complex situations are illustrated using case reports. Finally, a summary table is presented.

Key words: driving licence, epilepsy, driving licence category 1, driving licence category 2.

Základní pravidla pro posuzování zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel

Způsobilost pacientů s epilepsií řídit motorová vozidla posuzujeme podle plat-

ných právních předpisů, *zákona č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích* a o změnách některých zákonů (dále jen „Zákon o silničním provozu“) a *vyhlášky č. 277/2004 Sb., o zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel, v aktuálním zně-*

ní. S obsahem tohoto zákona a vyhlášky se můžeme seznámit v Souboru minimálních diagnostických a terapeutických standardů u pacientů s epilepsií vydaném EpiStop, z.s., 2017 (https://www.clpe.cz/soubory/Epistandardy_2017_web.pdf nebo na webu



KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORKY:

doc. MUDr. Irena Doležalová, Ph.D., irena.dolezalova@fnusa.cz

Centrum pro epilepsie, I. neurologická klinika FN u sv. Anny, Pekařská 53, 656 91 Brno

Cit. zkr: Neurol. praxi 2021; 22(6): 481–486

Článek přijat redakcí: 2. 11. 2020

Článek přijat k publikaci: 15. 4. 2021

Rozlišujeme 2 skupiny oprávnění:

Skupina oprávnění 1 – skupina A, B, B + E, AM a podskupiny A1 a B1

Skupina oprávnění 2 – „řidiči z povolání“ ve skupině A, B, B + E, AM, podskupině A1 a B1; a dále skupiny C, C + E, D, D + E a T, C1, C1 + E, D1 a D1 + E

Ve skupinách A, B, B + E a AM a podskupinách A1 a B1 považujeme za „řidiče z povolání“:

a) řidiče, kteří řídí motorové vozidlo

v pracovněprávním vztahu a u nichž je řízení motorového vozidla druhem práce sjednaným v pracovní smlouvě,

b) řidiče, kteří při plnění úkolů souvisejících s výkonem zvláštních povinností užívají zvláštního výstražného světla modré barvy, popřípadě doplněného o zvláštní zvukové výstražné znamení,

c) řidiče, u kterých je řízení motorového vozidla předmětem samostatné výdělečné činnosti prováděné podle zvláštního právního předpisu

České ligy proti epilepsii, <https://www.clpe.cz/ridiske-prukazy>).

Posudek o zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel vydává (1) **praktický lékař**, (2) **praktický lékař pro děti a dorost nebo** (3) **lékař poskytovatel pracovnělékařských služeb**. Tyto odbornosti mají právo, a v některých situacích povinnost, si vyžádat potřebná odborná vyšetření, která k vypracování tohoto posudku potřebují. Zhodnotí zdravotní stav buď žadatele o řidičské oprávnění, nebo držitele řidičského oprávnění zjištěný lékařskou prohlídkou a vyhodnotí prohlášení posuzované osoby (příloha č. 1 vyhlášky 277/2004 Sb. v aktuálním znění). V nezbytném rozsahu lékařské prohlídky je zjištění zdravotního stavu zaměřené na nemoci, které zdravotní způsobilost řídit vylučují nebo podmiňují (uvedené v příloze č. 3 vyhlášky 277/2004). U osob trpících epilepsií nebo jinými poruchami vědomí nebo v případě podezření na tyto nemoci si posuzující lékař musí vyžádat odborné vyšetření ošetřujícím lékařem neurologem.

Posudek musí být jednoznačný a nesmí obsahovat diagnózu nemoci. Vždy obsahuje náležitosti vyžadované platnou právní úpravou¹. V posudku se uvede doba jeho platnosti, jestliže posuzující lékař na základě zjištěného zdravotního stavu posuzované osoby určí lékařskou prohlídku dříve, než je termín pravidelné lékařské prohlídky podle zákona č. 361/2000 Sb.

Lékař, který zjistí, že aktuální zdravotní stav žadatele o řidičské oprávnění nebo držitele řidičského oprávnění může omezovat či vylučovat způsobilost k řízení motorových vozidel a jde o poruchu zdraví stanovenou vyhláškou 277/2004 Sb., je povinen o této skutečnosti neprodleně informovat obecní úřad obce s rozšířenou působností příslušný podle

obvyklého bydliště nebo místa studia žadatele o řidičské oprávnění nebo držitele řidičského oprávnění. O této skutečnosti informuje pacienta, zapíše ji do lékařské zprávy, kterou předá praktickému lékaři, praktickému lékaři pro děti a dorost nebo poskytovateli pracovnělékařských služeb. Obecní úřad následně iniciuje přezkoumání zdravotní způsobilosti řidiče².

Problematika cizinců nebyla do roku 2018 systematicky a legislativně řešena. Na dotaz MUDr. Listoňové a doc. MUDr. Hovorky, CSc., poskytlo Ministerstvo dopravy návod, jak postupovat (originál je na webových stránkách České ligy proti epilepsii, www.clpe.cz). V případě, že se jedná o cizince, který není držitelem českého řidičského průkazu a který nemá na území České republiky trvalý pobyt, má být hlášení odesláno na obecní úřad s rozšířenou působností dle místa ošetření pacienta (adresa zdravotnického zařízení, v praxi nejčastěji nemocnice) nebo místa zaměstnání či studia pacienta.

Setkáváme se s méně známým termínem **obce s rozšířenou působností**. Obce s rozšířenou působností (obce III. stupně) vznikly po zrušení okresních úřadů a někdy se pro ně používá termín „malé okresy.“ Na jeden dřívější okres připadají průměrně 2 obce s rozšířenou působností, většinou se jedná o města (k tomu blíže úprava v zákoně č. 314/2002 Sb., o stanovení obcí s pověřeným obecním úřadem a stanovení obcí s rozšířenou působností). Na území hl. města Prahy jsou městské části hl. města Prahy určeny zákonem č. 131/2000 Sb., o hlavním městě Praze. Území hl. města Prahy je rozděleno na 57 částí, z toho 22 městských částí má přenesenou působnost a vykonávají působnost obcí s rozšířenou působností. Lze čerpat z elektronických zdrojů – https://cs.wikipedia.org/wiki/Seznam_obc%C3%AD_s_roz%C5%A1%C3%AD%C5%99enou_p%C5%AFsobnost%C3%AD).

https://cs.wikipedia.org/wiki/Seznam_obc%C3%AD_s_roz%C5%A1%C3%AD%C5%99enou_p%C5%AFsobnost%C3%AD).

Pokud vydáváme odborné neurologické vyjádření, zda je pacient způsobilý řídit motorová vozidla, musíme znát jeho anamnézu, včetně detailního popisu záchvatu či záchvatů, ev. popisu od svědka záchvatů, pokud je dostupný a pacient s tím souhlasí. V prvním kroku je nutné odlišit, zda se jedná o epileptické záchvaty nebo jiný druh poruchy vědomí (např. synkopy), které jsou posuzovány podle jiných pravidel. V případě epileptických záchvatů je nutné si ujasnit, zda posuzujeme pacienta (a) **po izolovaném neprovokovaném záchvatu**, (b) **s jednoznačnou diagnózou epilepsie** nebo (c) **po akutním symptomatickém záchvatu (provokovaný záchvat)**, (d) **se strukturální patologií nalezenou na zobrazení mozku při absenci epileptických záchvatů (pouze ve Skupině oprávnění 2)**. Pravidla jsou přehledně uvedena v tabulce 1.

Skupina oprávnění 1 – A, B, B + E, AM a podskupiny A1 a B1

V případě Skupiny oprávnění 1 umožňuje zákon řídit motorová vozidla i při současně užívané antiepileptické medikaci. Rozlišujeme několik situací.

A. Pacient s diagnózou epilepsie

Je možné povolit řízení motorových vozidel po **12 měsících bezzáchvatovosti**.

Relativně často se setkáváme s tím, že se pacienti s epilepsií domnívají, že mohou při splnění předepsané doby bez záchvatu řídit vozidla skupiny B bez omezení. V případě, že pacient řídil nebo plánuje řídit jako „řidič z povolání“ – viz definice výše – je ale posuzován podle pravidel pro Skupinu oprávnění 2.

Před vydáním potvrzení navrhuje výbor ČLPE požádat o písemné prohlášení pacienta, ve kterém čestně potvrzuje, že je bez jakýchkoliv záchvatů. Toto prohlášení může být se souhlasem pacienta podpořeno i čestným prohlášením rodinného příslušníka a dle rozhodnutí neurologa ověřením podpisu/ů. Z platné právní úpravy nevyplývá povinnost lékaře prohlášení rodinného příslušníka požadovat, jedná se pouze o možnost. Návrh prohlášení je na webových stránkách ČLPE.

1. Jedná se o přílohu č. 2 k vyhl. č. 277/2004 Sb.

2. Konkrétně se jedná o ustanovení § 89a zákona o silničním provozu.

Řidičské oprávnění je vydáváno na dobu **12 měsíců**. Ke kontrole po roce musí přijít pacient osobně, její součástí může být EEG vyšetření, ev. i odběr hladin antiepileptik (neexistuje jednoznačně stanovené doporučení, co musí tato kontrola obsahovat).

Pacient je poučen o nutnosti dodržovat doporučenou léčbu a režim včetně pravidelného a dostatečného spánku, vyvarování se situacím, o kterých ví, že by mohly spustit záchvat, např. svévolná úprava léčby, nadměrná konzumace alkoholu. Dále je poučen, že se zdrží řízení motorových vozidel v situacích se zvýšeným rizikem vzniku záchvatu, např. vynechání dávky léků, porušení režimu – nepravidelný nebo nedostatečný spánek aj., při horečnatém onemocnění, při průjemovém onemocnění či zvracení, kdy může být narušeno vstřebávání léků. Toto poučení je součástí podepsaného čestného prohlášení.

Existují výjimky, kdy můžeme povolit řízení, i když pacient trpí epilepsií a není přítomná bezzáchvatovost v délce 12 měsíců:

- **Epilepsie se záchvaty pouze ve spánku, pokud epilepsie trvá nejméně 12 měsíců a nikdy se u pacienta nevyskytl záchvat v bdělém stavu.**

■ **Kazuistika:** Pacient, 36 let, je léčen s epilepsií od 12 let. V současnosti má dva generalizované tonicko-klonické záchvaty za rok. Všechny záchvaty byly ve spánku, což je v souladu jak se zápisy ve zdravotnické dokumentaci, tak i s prohlášením pacienta a jeho rodiny. Tento pacient je zdravotně způsobilý k řízení motorových vozidel.

■ **Kazuistika:** Obdobný pacient, nicméně v dětství se vyskytly záchvaty v bdělosti. V tomto případě není možné povolit řízení, protože nejsou splněny požadované podmínky.

- **Epilepsie se záchvaty, které neovlivňují schopnost řízení a současně se nevyskytly jiné záchvaty, pokud epilepsie trvá 12 měsíců.** Interpretace této výjimky je náročnější. Otázkou je, co neovlivňuje schopnost řízení. Z pohledu autorů tohoto článku i záchvaty se senzitivními příznaky mohou v některých případech negativně ovlivňovat pacientovu schopnost řídit. V těchto případech je nutné postupovat vždy individuálně.

- **Epileptické záchvaty, které vznikly v důsledku změny antiepileptické medikace, pokud byla indikována lékařem. V případě obnovení dříve účinné léčby je nutné zachovat období 3 měsíců, kdy daná osoba neřídí.**

Na tomto místě je vhodné zdůraznit, že změna byla indikována lékařem např. při dlouhodobé bezzáchvatovosti a pokusu o vysazení terapie. Pokud si pacient sám, bez konzultace s lékařem, vysadí léky a následně dostal záchvat, je vyžadována bezzáchvatovost v délce 1 roku. Některé situace je nicméně nutné posoudit individuálně.

■ **Kazuistika:** Pacientka s idiopatickou generalizovanou epilepsií byla léčená valproátem, na kterém byla dlouhodobě bez záchvatu. Vzhledem k teratogenitě a plánované graviditě byl valproát nahrazen lamotriginem a následně levetiracetamem. V obou případech se objevily generalizované tonicko-klonické záchvaty. Po navrácení valproátu se další záchvaty neobjevily a tato pacientka může po 3 měsících opět řídit.

■ **Kazuistika:** Pacientka s fokální epilepsií, která byla 18 měsíců kompenzovaná při léčbě levetiracetamem, vysadila medikaci bez konzultace s lékařem. Následně došlo ke vzniku fokálních záchvatů s poruchou vědomí. Po opětovném nasazení medikace je dále opět bez záchvatů, ale v tomto případě je způsobilá k řízení až po 12 měsících od posledního záchvatu.

B. Pacient po prvním epileptickém záchvatu

Po prvním epileptickém záchvatu se setkáváme se dvěma možnými scénáři, které jsou podmíněny současnými doporučeními pro stanovení diagnózy epilepsie (Fisher et al., 2014).

Při **prvním** scénáři se jedná o izolovaný záchvat s vysokou pravděpodobností jeho opakování (pravděpodobnost > 60 %), tj. často je přítomen nález strukturální, potenciálně epileptogenní patologie při zobrazení mozku nebo nález epileptiformní abnormality v EEG. U těchto pacientů je pak často již po prvním záchvatu **zahájena dlouhodobá léčba**

antiepileptiky a mohou řídit po 12 měsících bezzáchvatovosti.

Při **druhém** scénáři se jedná o izolovaný epileptický záchvat, zobrazení mozku je zpravidla v normě a EEG je většinou bez epileptiformní abnormality (ev. přítomnost nespecifické abnormality není zohledněna). V tomto případě často není indikována dlouhodobá léčba antiepileptiky a **pacienti mohou řídit po 6 měsících bezzáchvatovosti.**

Zvláštní situací je, pokud je pacient indikován k nasazení antiepileptické medikace, nicméně s nasazením léků nesouhlasí. V tomto případě jej k užívání medikace nemůžeme nutit, ale lze vyžadovat bezzáchvatovost v délce 12 měsíců. Některé situace je nutné posoudit individuálně.

C. Pacient po akutním symptomatickém záchvatu (provokovaném záchvatu)

Pro úplnost uvádíme definici akutních symptomatických záchvatů. Jedná se o **záchvaty, které vznikají v těsné časové souvislosti s právě probíhajícím postižením centrálního nervového systému, primárním nebo sekundárním**. Toto postižení může být strukturální (akutní cévní mozková příhoda, kontuze), zánětlivé (encefalitida, meningitida), toxické (intoxikace, nežádoucí efekt podávané prokonvulzivní medikace) nebo metabolické (minerálový rozvrat, dekompenzace diabetu jak při hyperglykemii, tak při hypoglykemii). Za akutní symptomatické záchvaty nelze považovat záchvaty provokované nevyspaním (např. u pacientů po noční směně), stresem nebo změnou počasí. Přítomnost akutních symptomatických záchvatů nekoreluje s rizikem rozvoje epilepsie (Beghi et al., 2010; Krijtová et al., 2011).

Pacient je po akutním symptomatickém záchvatu zdravotně způsobilý k řízení motorových vozidel, pokud je opakování tohoto stavu při řízení nepravděpodobné.

Obecně pacientům s akutními symptomatickými záchvaty řízení motorových vozidel povolujeme. Je však nutné posoudit riziko opakování. Pacient po akutním symptomatickém záchvatu, který je např. způsoben hyperglykemií při nově diagnostikovaném diabetu, má po zavedení vhodné diabetologické terapie nízké riziko opakování záchvatu. Otázkou je,

jaká je pravděpodobnost opakování záchvatu u pacienta, který je s diabetem léčen dlouhodobě a vyskytují se u něj opakovaně epizody non-compliance. V těchto případech je nutné pacienta posuzovat individuálně. Autoři článku mají obecně dobrou zkušenost s oslovením ostatních specialistů s žádostí, aby se vyjádřili k povolení/omezení řízení motorových vozidel u pacienta. Podobná situace je i u pacientů, u nichž vznikly záchvaty v důsledku odvykacího stavu, nejčastěji při abúzu alkoholu. V tomto případě musí být pacient posuzován rovněž psychiatrem, nikoliv jen neurologem.

Kazuistika: Pacient léčený s arteriální hypertenzí byl ošetřen pro tonicko-klonický záchvat. V laboratorních odběrech zjištěna výrazná hyponatremie a hypochloremie (natrium v séru 114 mmol/l, chloridy v séru 85 mmol/l). Zobrazení mozku a EEG negativní. Hodnoceno jako akutní symptomatický záchvat v rámci metabolického rozvratu. Upravena antihypertenzní medikace, což vedlo k úpravě mineralogramu. Tento pacient je zdravotně způsobilý k řízení motorových vozidel.

Kazuistika: Pacient prodělal cévní mozkovou příhodu v pravostranném karotickém povodí. Tři dny po cévní mozkové příhodě prodělal tonicko-klonický záchvat, který byl hodnocen jako akutní symptomatický. Tento pacient je rovněž zdravotně způsobilý k řízení motorových vozidel, pokud není jiný důvod k posouzení pacienta jako nezpůsobilého (paréza, výpadek zorného pole, kognitivní deficit).

Kazuistika: Pacient prodělal cévní mozkovou příhodu. Po 6 měsících prodělal epileptický záchvat. Na CT mozku a následně MRI mozku přítomna pouze starší ischemie, v EEG zachycena epileptiformní abnormalita. Pokud není odhalena jiná akutní příčina, tak tento záchvat nemůže být již hodnocen jako akutní symptomatický. U pacienta je stanovena diagnóza epilepsie s doporučením dlouhodobé léčby antiepileptiky. Pacient musí být 12 měsíců bez záchvatů, poté je možné povolit řízení ve Skupině 1.

Skupina oprávnění 2 – „řidič z povolání“ ve skupině A, B, B + E, AM, podskupině A1 a B1; dále skupiny C, C + E, D, D + E a T, C1, C1 + E, D1 a D1 + E

V rámci této skupiny jsou podmínky přísnější než ve Skupině oprávnění 1. Rozdíly vy-

chází z propočtu rizik, kdy u „řidičů z povolání“ předpokládáme řízení v délce 8 hodin denně nebo i více (Epilepsy and Driving in Europe, Second European Working Group on Epilepsy and Driving, 2005).

Obecné podmínky pro posouzení zdravotní způsobilosti k výkonu zaměstnání

Zaměstnavatel je povinen zajistit, aby se fyzická osoba před vznikem pracovního poměru podrobila vstupní lékařské prohlídce, na které je posouzena zdravotní způsobilost k navržené práci. Vstupní lékařská prohlídka se provádí před vznikem pracovního poměru nebo právního vztahu, který je založen na dohodě o pracích vykonávaných mimo pracovní poměr³. Z tohoto vyplývá, že zdravotní lékařská prohlídka musí být provedena před dnem, kdy zaměstnanec nastupuje do práce. Bude-li zaměstnanec při vstupní prohlídce shledán zdravotně nezpůsobilým, tak pracovní poměr nevznikne. V průběhu zaměstnání se mohou uskutečnit prohlídky periodické či mimořádné. Mimořádné prohlídky se provádí za účelem zjištění zdravotního stavu zaměstnance tehdy, je-li důvodný předpoklad, že došlo ke ztrátě nebo změně zdravotní způsobilosti k práci nebo dojde-li ke zvýšení míry rizika.

Zaměstnavatel není v žádném případě oprávněn vyžadovat informace o vyšetření samotném, jeho průběhu či výsledcích. Zaměstnavatel se může pouze dozvědět, zda uchazeč o zaměstnání či zaměstnanec je způsobilý k výkonu práce, kterou u zaměstnavatele má vykonávat či vykonává. Je povinností zaměstnavatele popsat lékaři rozsah práce a podle této lékař posuzuje zdravotní způsobilost. Pokud uchazeč o zaměstnání uvádí informace, např. v dotazníku pro zaměstnavatele, dotaz nesmí směřovat k uvedení konkrétní diagnózy.

3. Podle § 59 odst. 1 písm. b) bod 2 zák. č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, musí zaměstnavatel zajistit vstupní lékařskou prohlídku pro uchazeče o práci, která má být vykonávána na základě některé z dohod (DPP, DPČ) má-li být osoba uchazející se o zaměstnání zařazena k práci, která je podle zákona o ochraně veřejného zdraví prací rizikovou nebo je součástí této práce činnost, pro jejíž výkon jsou podmínky zdravotní způsobilosti stanoveny jinými právními předpisy; zaměstnavatel ale může vstupní lékařskou vyžadovat též, má-li pochybnosti o zdravotní způsobilosti osoby uchazející se o práci, i když nejde o práci rizikovou.

Zaměstnavatel má právo na informaci, zda je zdravotní stav uchazeče vyhovující, či má určitá omezení. Konečné vyjádření k této otázce je na posuzujícím lékaři.

A. Pacient s diagnostikovou epilepsií

Pacient, u něž byla stanovena diagnóza epilepsie, ztrácí zdravotní způsobilost k řízení ve Skupině oprávnění 2. Nesmí řídit po celou dobu užívání antiepileptické medikace. **Až po úplném vysazení antiepileptik a 10 letech bez záchvatů lze pacienta uznat zdravotně způsobilým k řízení motorových vozidel v této skupině.** Lze uznat výjimku u prognosticky příznivého stavu (např. v případě věkově vázaných epileptických syndromů (dětská epilepsie s absencemi, dětská epilepsie s centrotemporálními hroty), kdy lze pacienta posoudit jako zdravotně způsobilého k řízení motorových vozidel již za 5 let od vysazení antiepileptické medikace.

Jiné výjimky se v tomto případě neuplatňují.

Kazuistika: Pacient byl léčen pro fokální epilepsii frontálního laloku. V 18 letech vysazena medikace. Nyní je pacientovi 23 let, požaduje potvrzení k řízení motorových vozidel skupiny B a současně zvažuje, že by pracoval jako řidič linkového autobusu. Pacientovi může být povoleno řízení skupiny B (Skupina oprávnění 1). Nicméně mu nemůže být povoleno řízení ve Skupině oprávnění 2, toto mu může být povoleno nejdříve v 28 letech, kdy splní podmínku vysazené medikace po dobu 10 let. V tomto případě nelze uznat výjimku vázající se na prognosticky příznivý stav.

Kazuistika: Pacientovi je 23 let a byl do 18 let léčen pro dětskou epilepsii s centrotemporálními hroty. Je zdravotně způsobilý k řízení jak osobního automobilu (Skupina oprávnění 1), tak i linkového autobusu (Skupina oprávnění 2). Lze uplatnit výjimku vázanou na prognosticky příznivý stav.

Kazuistika: Pacient, řidič kamionu, prodělal neprovokovaný záchvat. Na CT zjištěny starší potraumatické změny v levé temporální oblasti. Na EEG zachyceny epileptiformní výboje. Nasazena terapie, při níž je pacient 1 rok bez záchvatů. V tomto případě můžeme pacientovi povolit řízení pro osobní účely (Skupina oprávnění 1), nicméně není možné povolit řízení kamionu (Skupina oprávnění 2).

Tab. 1. Přehled pravidel pro přiznání způsobilosti k řízení motorových vozidel ve Skupině oprávnění 1 a ve Skupině oprávnění 2; modifikováno dle Souboru minimálních diagnostických a terapeutických standardů u pacientů s epilepsií EpiStop 2017

	Skupina oprávnění 1 (A, B, B + E, AM a podskupiny A1 a B1)	Skupina oprávnění 2 („řidiči z povolání“ ve skupině A, B, B + E, AM, podskupině A1 a B1; dále skupiny C, C + E, D, D + E a T, C1, C1 + E, D1 a D1 + E)
Epilepsie	Délka bezzáchvatového období je více než 12 měsíců. Výjimky: Epilepsie se záchvaty vyskytujícími se pouze ve spánku, v anamnéze se nevyskytly záchvaty v bdělém stavu a epilepsie trvá nejméně 12 měsíců. Epilepsie se záchvaty, které neovlivňují schopnost řízení, v anamnéze se nevyskytly jiné záchvaty než takové, u kterých bylo prokázáno, že neovlivňují schopnost řízení, a epilepsie trvá nejméně 12 měsíců. Epileptické záchvaty, které se vyskytnou v důsledku změny antiepileptické léčby indikované lékařem; v případě obnovení dříve účinné léčby nutné zachovat období 3 měsíců, kdy posuzovaná osoba neřídí.	Není možné povolit řízení pacientů s epilepsií. Je možné povolit řízení u pacientů s epilepsií v anamnéze, po 10 letech od vysazení antiepileptické léčby. Výjimka: Prognosticky příznivé situace (věkově vázané epileptické syndromy), zde je možné povolit po 5 letech od vysazení antiepileptické léčby.
První neprovokovaný epileptický záchvat	Stavy po izolovaném epileptickém záchvatu nebo po prvním neprovokovaném záchvatu, kdy byla nasazena antiepileptická léčba, po 12 měsících od tohoto záchvatu. Pokud nebyla nasazena antiepileptická léčba, po 6 měsících od tohoto záchvatu.	Ojedinelý neprovokovaný epileptický záchvat, pokud nebyla nasazena antiepileptická léčba a při neurologickém vyšetření nebyla nalezena žádná související mozková patologie a na EEG nebyla zaznamenána žádná epileptiformní aktivita, po 5 letech od tohoto záchvatu.
Akutní symptomatický záchvat (provokovaný epileptický záchvat)	Stavy po provokovaném epileptickém záchvatu způsobeném rozpoznatelným příčinným faktorem, jehož opakování při řízení je nepravděpodobné.	Provokovaný epileptický záchvat způsobený rozpoznatelným příčinným faktorem, jehož opakování při řízení je nepravděpodobné; riziko vzniku záchvatu nesmí být větší než 2 % za rok.
Strukturální patologie při zobrazení, avšak pacient neměl epileptický záchvat	Nemá vliv.	Nemoci, které provází zvýšené riziko epileptických záchvatů, například arteriovenózní malformace nebo nitrolební krvácení, přestože k samotným záchvatům ještě nedošlo; jde-li o strukturální poškození mozku, kdy je zvýšené riziko vzniku záchvatu, nesmí být větší než 2 % za rok.

B. Pacient po prvním epileptickém záchvatu

Ve Skupině oprávnění 2 **nesmí řidič po izolovaném neprovokovaném záchvatu řídit po dobu 5 let, pokud nebyla nalezena související strukturální mozková patologie a na EEG nebyla zachycena epileptiformní abnormalita.**

C. Pacient po akutním symptomatickém záchvatu

Ve Skupině oprávnění 2 je řidič po akutním symptomatickém záchvatu zdravotně způsobilý k řízení motorových vozidel, pokud je opakování tohoto stavu při řízení nepravděpodobné; **riziko opakování záchvatu nesmí být vyšší než 2 % rok.**

D. Pacient se strukturální patologií při zobrazení mozku při absenci epileptických záchvatů

Ve Skupině oprávnění 2 se setkáváme ještě s další podmínkou. Jedná se o přítomnost strukturální abnormality zjištěné při zobrazení mozku při absenci epileptických záchvatů. V tomto případě můžeme povolit řízení, pokud **není riziko epileptického záchvatu větší než 2 % za rok.** V současnosti není k dispozici přehled rizika

rozvoje epilepsie u všech strukturálních patologií, ale pro některé jsou údaje dostupné, např. u pacientů po závažném kraniocerebrálním traumatu nebo po cévní mozkové příhodě je po dobu několika let od inzultu riziko epileptického záchvatu větší než 2 % za rok (Marušić, 2010). V řadě případů je nutné individuální posouzení a může záviset na lokalizaci léze a časového odstupu od jejího vzniku.

Jiná omezení při řízení motorových vozidel

Je nutné si uvědomit, že pacienta může v řízení motorových vozidel omezovat i jiné onemocnění než epilepsie. U pacientů, u nichž máme podezření na možnou **kognitivní poruchu** podmíněnou buď epilepsií, nebo jiným onemocněním, je možné vyžadovat vyjádření **dopravního psychologa**. Dopravně psychologické vyšetření trvá řádově dvě až čtyři hodiny v závislosti na pracovním tempu uchazeče. Uchazeč je musí podstoupit u akreditovaného psychologa, který je registrován u Asociace dopravních psychologů (tj. není možné si vybrat libovolného psychologa), vyšetření není hrazeno z veřejného zdravotního pojištění (žadatel si je musí uhradit ne-

bo může být uhrazeno zaměstnavatelem). Dopravní psycholog může doporučit nebo nedoporučit řízení motorových vozidel, ev. vydat doporučení k řízení motorových vozidel s omezením rychlosti a/nebo vzdálenosti jízdy (viz Harmonizační kódy). Tato omezení se jeví jako vhodná např. u starších pacientů, kteří potřebují řídit osobní automobil, aby zůstali soběstační (nákupy, návštěva lékaře), nicméně hůře zvládají zvýšené nároky dopravního provozu. Více informací lze nalézt na webových stránkách Asociace dopravních psychologů (<http://www.dopravnipsychologovecr.cz/>).

Řízení může být omezeno i pomocí tzv. **harmonizovaných kódů**. Definují, za jakých podmínek může pacient řídit motorové vozidlo. Dříve se používal písemný zápis v řidičském průkazu, nicméně snahou bylo sjednotit řidičské průkazy v rámci celé Evropské unie, což vedlo k zavedení těchto kódů. Nejčastější podmínkou je brýlová korekce, dříve se pro ni používal zápis „brýle nutné“, dnes je nahrazen harmonizovaným kódem 01.02. Z pohledu neurologa se můžeme nejčastěji setkat s následujícími harmonizovanými kódy: **05 Omezení jízdy (05.01 Omezení jízdy podle denní doby, 05.02 Omezení jízdy v okruhu ... km**

od místa bydliště řidiče nebo pouze ve městě/regionu, 05.04 Jízda nepřesahující rychlost... km/h, 05.07 Zákaz jízdy na dálnici a silnici pro motorová vozidla).

V případě výskytu jiného onemocnění ovlivňujícího pacientovu schopnost řídit motorová vozidla, je nutno posoudit i vliv tohoto onemocnění. Neurolog se vyjadřuje k neurologickým diagnózám (kognitivní deficit, parézy, epileptické záchvaty atd.). **Posouzení jiných onemocnění či omezení ponecháváme v gesci ostatních specializací.** Zde uvádíme několik případů.

Kazuistika: Pacientka prodělala operaci mozku pro metastatický proces při základním onemocnění karcinomu prsu. Metastáza byla lokalizována v okcipitální oblasti. Pacientka je léčena antiepileptiky a je již 16 měsíců bez

záchvatů. V tomto případě je nutné vyloučit výpadek zorného pole, ev. významný kognitivní deficit. Při klinickém podezření je možné požadovat vyjádření očního lékaře nebo dopravního psychologa.

Kazuistika: Pacient prodělal akutní symptomatický záchvat v důsledku dekompenzace diabetu II. typu. Z neurologického hlediska je zdravotně způsobilý k řízení (jednalo se o provokovaný záchvat), mělo by být doplněno vyjádření internisty/diabetologa.

Kazuistika: Pacient prodělal akutní symptomatický záchvat při odvykání v rámci abúzu alkoholu, z neurologického hlediska je schopen řídit motorová vozidla. Je vhodné doplnit vyjádření psychiatra, ev. dopravního psychologa při podezření na významný kognitivní deficit.

Soudně-znalecká poznámka

Epileptické záchvaty a epilepsie jsou z hlediska soudně-znaleckého v odvětví neurologie předmětem posouzení jako možná příčina dopravní nehody jak v případě prvního záchvatu, tak i u léčených pacientů.

U léčených pacientů je důležitá zdravotní dokumentace, včetně podepsaného prohlášení pacienta a hodnocení compliance.

V případě závažné dopravní nehody je ze strany PČR obvykle indikováno i vyšetření toxikologie, včetně hladin antiepileptik, které může být porovnáváno s dokumentací. V odvětví nemateriální újmy na zdraví pak jde ve vztahu k řízení o hodnocení způsobených zdravotních škod, ke kterým se může přičítat i majetková újma.

LITERATURA

1. Beghi E, Carpio A, Forsgren L, Hesdorffer DC, Malmgren K, Sander JW, Tomson T, Hauser WA. Recommendation for a definition of acute symptomatic seizures. *Epilepsia* 2010; 51(4): 671–675.
2. Epilepsy and Driving in Europe A report of the Second European Working Group on Epilepsy and Driving, an advisory board to the Driving Licence Committee of the European Union. Final report; 3 April 2005.

3. Fisher RS, Acevedo C, Arzimanoglou A, Bogacz A, Cross JH, Elger CE, Engel J, Forsgren L, French JA, Glynn M, Hesdorffer DC, Lee BI, Mathern GW, Moshe SL, Perucca E, Scheffer IE, Tomson T, Watanabe M, Wiebe S. ILAE official report: A practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia* 2014; 55(4): 475–82.
4. Krijtová H, Krýsl D, Marušič P. Akutní symptomatické záchvaty a akutní symptomatický status epilepticus – definice, příčina a léčba. *Neurol. praxi* 2011; 12(4): 256–264.

5. Marušič P. Změny v posuzování způsobilosti k řízení motorových vozidel u pacientů s epilepsií. *Neurol. praxi* 2010; 11(6): 432–433.
6. Marušič P, Brázdil M, Hadač J, Hovorka J, Komárek V, Nešpor E, Vojtěch Z, Zárubová J. Soubor minimálních diagnostických standardů u pacientů s epilepsií. *EpiStop* 2017, dostupné na https://www.clpe.cz/soubory/Epistandardy_2017_web.pdf.