

POSUZOVÁNÍ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI A INVALIDITY U UROLOGICKÝCH PACIENTŮ

MUDr. Petr Jířík

Oddělení lékařské posudkové služby, Okresní správa sociálního zabezpečení Frýdek-Místek

Článek informuje o posuzování dočasné pracovní neschopnosti a posuzování částečné a plné invalidity u urologicky nemocných. Dále pojednává o kriteriích pro posuzování vhodnosti zaměstnání u těchto pacientů.

Klíčová slova: dočasná pracovní neschopnost, posuzování invalidity, urologicky nemocný.

WORK DISABLEMENT AND DISABILITY ASSESSMENT IN UROLOGICAL PATIENTS

The aim of this article is to inform about temporary disablement evaluation and assessment of partial and total disability in patients with urological diseases. Criteria about employment suitability in these patients are discussed.

Key words: temporary disablement, disability assessment, urological patient.

Posuzování dočasné pracovní neschopnosti se provádí dle vyhlášky Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky č. 31/1993 Sb. v platném znění. Dočasnou pracovní neschopnost (dále jen DPN) posuzuje ošetřující lékař a déle trvající DPN také posudkový lékař Okresní správy sociálního zabezpečení (dále jen OSSZ). Ošetřujícím lékařem se rozumí lékař, který má občana ve své ambulantní, ústavní nebo lázeňské péči, s výjimkou lékaře záchranné služby a pohotovostní služby a lékař závodní preventivní péče při ošetření občana v rámci první pomoci, pokud má oprávnění k léčebné péči. Lékař občana uzná práce neschopným, jestliže vyšetřením zjistí, že mu jeho zdravotní stav pro nemoc nebo úraz nedovoluje vykonávat dosavadní zaměstnání nebo dosavadní samostatnou výdělečnou činnost. Dále se pracovní neschopnost uznává při přijetí do ústavní péče ve zdravotnickém zařízení nebo při nástupu komplexní lázeňské péče.

Uchazeč o zaměstnání je uznán práce neschopným jen tehdy, jestliže pro zdravotní stav není schopen plnit povinnosti uchazeče o zaměstnání (docházet na úřad práce), nebo jestliže není schopen výkonu práce v rámci vhodného zaměstnání zprostředkovaného příslušným úřadem práce.

Posuzování dočasné pracovní neschopnosti u urologických onemocnění není z pohledu posudkového lékaře kvantitativně takovým problémem, jak je tomu např. u onemocnění pohybového systému.

Obecné zásady posuzování DPN v urologii

U nefrolitiázy projevující se odchodem drobných konkrémentů nemůže pacient pracovat po dobu trvání ledvinových kolik nebo při trvající hematurii. Při zaklínění konkrémentu v močovodu při trvajících nefralgiích bez teplot může nemocný zůstat doma 4–5 dnů, jinak má být hospitalizován. Pokud zaklíněný konkrément nečiní žádné potíže a je naděje (dle velikosti, polohy a tvaru konkrémentu) na jeho spontánní odchod, může být PN ukončena s výjimkou prací v úrazově rizikovém prostředí (např. pokrývač, řidič autobusu). Totéž platí u stavů po extrakorporální lithotrypsi.

Po kontuzi ledviny a při menších subkapsulárních rupturách ledviny má pacient ležet nejméně 2 týdny a nejméně týden po vymizení erytrocyturie.

Průměrná délka neschopnosti po nefrektomii nebo resekci ledviny pro neonkologické onemocnění je asi 80 dní.

Pacient s akutní neobstrukční tubulo-intersticiální nefritidou je upoután na lůžko, často i hospitalizován. Nemocný s chronickou neobstrukční tubulo-intersticiální nefritidou s fyziologickými renálními funkcemi by neměl pracovat v prostředí s nebezpečím prochladnutí nebo naopak v horkých provozech. Neměl by vykonávat práci fyzicky náročnou a měl by mít možnost vyprazdňování močového měchýře kdykoliv dle potřeby.

Akutní primární cystitidu lze vyléčit během 7–10 dnů. Dokud má pacientka tenezmy, polakisurii, ev. i hematurii, má zůstat v klidu na lůžku.

Akutní zánět prostaty vyžaduje klid na lůžku. Neschopnost k práci trvá po odeznění akutních příznaků (teploty, obtížné močení, prostatálie) další 3–4 týdny. Chronický zánět prostaty je posudkově svízelný hlavně tím, že působí na pacienty depresivně. Práci ztěžuje hlavně sedavé zaměstnání s chronickou traumatizací perinea (traktorista, řidič nákladního automobilu), práce v chladu, zatímco chůze a pohyb vůbec má na onemocnění příznivý vliv.

Po prostatektomii pro benigní hyperplazii trvá DPN 6–9 týdnů dle charakteru zaměstnání. Učitel půjde do práce dříve nežli např. zedník.

U závažnějších onemocnění, především pak u onkologických urologických chorob, u ledvinových nemocí s renální insuficiencí, po rozsáhlých operačních rekonstrukčních výkonech na vývodných močových cestách, po extrakorporální lithotrypsi pro odlitkovou nefrolitiázu, je pracovní neschopnost dlouhodobá. Zde přebírá spolurozhodování o dalším trvání pracovní neschopnosti či o zahájení invalidního řízení posudkový lékař. Ten je zaměstnancem OSSZ, která spravuje nemocenské a důchodové pojištění. Zpravidla po 6 měsících trvání pracovní neschopnosti provede posudkový lékař při kontrole práce neschopných v ordinaci ošetřujícího lékaře zhodnocení zdravotního stavu a dosavadního průběhu léčení dle předložených nálezů odborných lékařů. Rozhodne o tom, zda bude zahájeno invalidní řízení a dle potřeby si vyžádá další odborná vyšetření. S ošetřujícím lékařem sepiše tzv. konzultační záznam. Ošetřující lékař vyplní tiskopis SEVT 400 – Prohlídka zjišťovací, kde uvede všechna anamnestická data o pacientovi, včetně pracovní anamnézy, průběh nemoci a doloží výsledky odborných vyšetření a propouštěcí zprávy z hospitalizací. Posudkový lékař vypracuje souhrnnou zprávu a zhodnocení zdravotního stavu. Pacient

je pozván k jednání na OSSZ, kde je popřípadě ještě orientačně vyšetřen posudkovým lékařem. Poté je mu sdělen výsledek jednání, vydáno Rozhodnutí o plné nebo částečné invaliditě či zamítavé rozhodnutí. Je poučen o dalším postupu – sepsání žádosti o invalidní důchod, resp. o možnosti opravného prostředku (odvolání proti Rozhodnutí OSSZ, žaloba proti Rozhodnutí ČSSZ).

Od 1. 1. 1996 posuzuje posudkový lékař tzv. dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav (t.j. stav, který trvá déle nežli 1 rok) dle Zákona č. 155/1995 Sb. o důchodovém pojištění. V § 39 uvedeného zákona se konstatuje, že pojištěnec je **plně invalidní**, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu poklesla jeho schopnost soustavné výdělečné činnosti nejméně o **66 %** a dle § 44 je **částečně invalidní**, jestliže tato schopnost poklesla nejméně o **33 %** (do 65%). Tyto procentní míry jsou uvedeny v příloze č. 2 k Vyhlášce Ministerstva práce a sociálních věcí č. 284/1995 Sb. Při jejím vypracování vycházelo Ministerstvo práce a sociálních věcí z obdobných kritérií, platných v zemích Evropské unie v rámci harmonizace legislativy před vstupem České republiky do EU.

Z vyhlášky č. 284/1995 Sb. cituji hlavní položky věnované urologickým onemocněním.

Kapitola XI – Močová soustava

Obecné posudkové zásady: míra poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti se stanoví podle stupně aktivity, rozsahu a tíže změn, poruch funkce uropoetického systému, které je nutno zjistit speciálními funkčními zkouškami (např. určením hodnoty kreatininu a močoviny v séru, vyšetřením glomerulární filtrace a koncentrační schopnosti ledvin, izotopovým vyšetřením, urografií, urodynamickým vyšetřením, endoskopií, sonografií. Je nutné vzít ohled na postižení jiných orgánů, aktivitu zánětlivého procesu, účinky na celkový stav organismu a jeho výkonnost.

Oddíl A – Postižení ledvin

4	Renální postižení s omezením funkce (bez ohledu na etiologii poškození)	Míra poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti v %
	a) lehkého stupně (snížená funkční výkonnost, hraniční hodnoty urey a kreatininu, lehké snížení glomerulární filtrace, lehké snížení tubulární resorbce, žádná retence katabolitů)	10–20
	b) středně těžkého stupně (dlouhodobě mírné klinické příznaky nedostatečnosti ledvin, poruchy glomerulární filtrace, tubulární resorbce, vzestup kreatininu, snížení clearance kreatininu, retence katabolitů, změny v osmolalitě séra a moče, renální hypertenze, možnost anémie, osteopatie)	30–50
	c) těžkého stupně (jasné klinické známky nedostatečnosti ledvin zvládnutelné konzervativními opatřeními, azotaemie, uremie, elektrolytové poruchy, těžké změny osmolality séra a moče, těžký nález v moči, významné změny acidobazické rovnováhy)	60–70

Po četných konzultacích s nefrology a urology jsme dospěli ke konsenzu, že částečnou invaliditu můžeme přiznat

ve II stadiu renální insuficience, tedy ještě ve stavu kompenzovaném s počínající retencí dusíkatých látek s hodnotou kreatininu kol 150 $\mu\text{mol/l}$. Hodnoty glomerulární filtrace jsou věrohodné pouze z renomovaných pracovišť. Při ambulantním sběru moče postačí, aby se pacient 1× vymočil mimo sběrnou nádobu a výsledek kreatininové clearance je falešně pozitivní.

Plnou invaliditu pak zpravidla přiznáváme ve III. stadiu renální insuficience při hodnotě kreatininu v séru okolo 250 $\mu\text{mol/l}$. Zde již dochází ke kritické redukci (cca 50%) počtu funkčních nefronů a onemocnění má progresivní charakter spějící do IV. (terminálního) stadia ledvinné nedostatečnosti. Podobně se posuzuje ztráta nebo výpád funkce jedné ledviny při funkčním omezení ledviny druhé.

8	Maligní tumor ledviny Posudkové hledisko: míra poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti se stanoví podle rozsahu a tíže postižení, klinického stadia, charakteru nádoru, průběhu a výsledku léčby, reziduálních funkčních poruch a prognostických kritérií	Míra poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti v %
	a) během léčby	70–80
	b) po dosažení stabilizace zdravotního stavu (zpravidla po dvou letech od ukončení léčby) při dobré funkci solitární ledviny	30–50
	c) po dosažení stabilizace zdravotního stavu (zpravidla po 2 letech od ukončení léčby) při snížené funkci solitární ledviny	50–70
	d) nepříznivé formy, progredující, recidivující	90
	e) po resekci nádoru se zachováním ledviny, nebo po odstranění ledviny pro nádor bez nutnosti následné onkologické léčby, při dobré funkci zdravé ledviny	20–40

Posudkové hodnocení vychází z prognostických ukazatelů.

Dle odborné literatury u adenokarcinomu ledviny mají jen ohraničené a do okolí neprorůstající nádory operované radikální transperitoneální nefrektomií šanci na delší přežití. Pětileté přežití po operaci se u nás udává mezi 30–40 %, v zemích EU pak 45 %. Při průkazu invaze nádoru do vena renalis nebo při pozitivním nálezu metastáz v regionálních mizních uzlinách se pětileté přežívání snižuje na 10–20 % pacientů. O stabilizaci zdravotního stavu po dvou letech se dá uvažovat snad jen ve stadiu pT1 N0 M0 (nádor omezený na ledvinu o průměru menším než 7 cm), kde se pětileté přežívání uvádí mezi 60–75 %. Ale i u těchto nemocných se mohou objevit vzdálené metastázy, třeba až 20 let po operaci. To ale není důvodem pro ponechání pacienta dlouhodobě na plné invaliditě. Jistě nemůže onkologický pacient již vykonávat fyzicky náročnou práci (horník, valčíř, zedník). Práce fyzicky nenáročná nemůže sama o sobě způsobit relaps onkologického onemocnění. V tomto nešťastném případě je pacientovi po podání žádosti na OSSZ plná invalidita obnovena.

Lepší prognózu má vzácný Wilmsův tumor ledviny. Je to typický nádor dětského věku. Při kombinaci operace, ozáření a chemoterapie činí pětileté přežití celkově 80 %. V I. stadiu, kdy je nádor omezen na ledvinu při intaktním pouzdru, je to pak 97 %.

Papilokarcinom ledvinné pánvičky a močovodu je 10× vzácnější než adenocarcinom ledviny. Celková pětiletá doba přežití činí 40–65 %. Zde velice záleží na histopatologickém gradingu. U nádorů dobře a středně diferencovaných G1-2 přežívá 80 % pacientů, u G3 – nízké diferencované karcinomy – přežívá 5 let pouze 15–20 % nemocných.

Oddíl B – Postižení močových cest

1	Chronický zánět močových cest Posudkové hledisko: při stanovení míry poklesu schopnosti soustavné vyléčivé činnosti se vychází z rozsahu postižení (jednoduché infekce dolních cest, chronické recidivující infekce dolních cest, pyelonefritidy), nálezů významné bakteriurie, pyurie, proteinurie, leukocytózy a dalších celkových známek zánětu a chorobných příznaků. Nepříznivým faktorem je obstrukce či dysfunkce močových cest, konkrement, porucha renální funkce, oslabení obranyschopnosti organismu	Míra poklesu schopnosti soustavné vyléčivé činnosti v %
	a) chronická či recidivující pyelonefritida	20–40
	b) chronický či recidivující bakteriální zánět dolních močových cest	10
	c) intersticiální cystitida prokázaná klinicky, endoskopicky či histopatologicky	30–50

Z uvedeného vyplývá, že pacient s chronickou recidivující tubulo-intersticiální nefritidou může být uznán částečně invalidním zvláště tehdy, jestliže v důsledku tohoto onemocnění trvale pozbyl způsobilost výkonu svého životního zaměstnání. Jedná se o práci fyzicky náročné v nepříznivých klimatických podmínkách (lesní dělnice, montér, stavební dělník).

V těchto případech lze přiznat hodnotu z horního pásma rozmezí (nad 33 % = částečná invalidita).

Pacientka s prokázaným Hunnerovým vředem močového měchýře může být také dle uvedených kritérií ve vyhlášce uznána částečně invalidní.

2	Porucha vyprazdňování močového měchýře těžšího stupně podle nutnosti katetrizace, recidiv uroinfekce.	30–50
---	---	-------

Jestliže je prokázána nutnost autokatetrizace, je posuzovaný zpravidla uznán částečně invalidním. Otázkou jsou hygienické aspekty tohoto úkonu v pracovním prostředí.

3	Maligní tumor močového měchýře Posudkové hledisko: míra poklesu schopnosti soustavné vyléčivé činnosti se stanoví podle rozsahu a tíže postižení, klinického stadia, charakteru nádoru, průběhu a výsledku léčby, reziduálních funkčních poruch a prognostických kritérií	Míra poklesu schopnosti soustavné vyléčivé činnosti v %
	a) během onkologické léčby	70–80
	b) po dosažení stabilizace zdravotního stavu (zpravidla po 2 letech od ukončení léčby), s lehčími funkčními následky	30–40
	c) po dosažení stabilizace zdravotního stavu (zpravidla po dvou letech od ukončení léčby), závažnější operační zákrok, podstatná redukce kapacity močového měchýře, případně při náhradě močového měchýře	50–60
	d) neléčitelné formy	90

Prognostická hlediska

Karcinom močového měchýře: povrchní a včasné zachycené léze mohou být účinně léčeny transuretrální resekci, ale výskyt recidiv je vysoký. Nádory recidivují v 50–70 %. Pětileté přežití u stadia T1 (tumor v subepiteliální pojivové tkáni) a u T2 N₀ M₀ (tumor nepřesahující vnitřní polovinu svaloviny) se udává na 80 % pacientů. U stadia T3a N₀ M₀, kdy je tumor přítomen již v zevní polovině svaloviny močového měchýře, činí pětileté přežití jen 20 % pacientů po TUR a okolo 40 % pacientů, jimž byla včas provedena radikální cystektomie s derivací moči či vytvořením neoveziky ze střeva.

Karcinom ženské uretry: při lokalizaci nádoru v přední části močové trubice dosahuje pětileté přežití 60 %, při lokalizaci v zadním oddílu uretry pak pouze 9 % nemocných.

Karcinom uretry u muže: při lokalizaci nádoru v přední uretře přežívá 50 % pacientů 5 let.

Při lokalizaci v pars bulbaris a pars prostatica urethrae žije pak 5 let pouze 15 %

4	Inkontinence moče Posudkové hledisko: při stanovení míry poklesu schopnosti vyléčivé činnosti je třeba objektivně kvantifikovat inkontinenci moče, rozlišit její příčinu, zda se jedná o inkontinenci stresovou, příp. reflexní, urgentní či extrauretrální. Přitom je třeba vycházet z výsledků odborného vyšetření urodynamického, dále např. cystoskopie, cystografie, ultrasonografie. Pokud je prokázán jiný typ inkontinence než inkontinence stresová, je nutné míru funkčních důsledků porovnat se stavy zde uvedenými.	Míra poklesu schopnosti soustavné vyléčivé činnosti v %
	a) náhodný a ojedinělý odchod moče při zatížení	10–20
	b) lehká stresová inkontinence močová I. st. (ztráty moče při stresových manévrech jsou menší než 30 ml, únik moče při kašli, smíchu, kýchnutí, či zvednutí těžkých předmětů, používání kompenzačních pomůcek nepravidelně)	25–35
	c) střední stresová inkontinence (ztráty moče při stresovém manévru jsou mezi 30–80 ml, únik moče nastává při změně polohy, běhu, chůzi, chůzi po schodech, při lehčí fyzické práci. Používání pomůcek je nutné denně, při každém stresovém manévru)	40–60
	d) těžká inkontinence moče (ztráty moče při stresových manévrech jsou větší než 80 ml, únik moče nastává již při minimálním vzestupu nitrobřišního tlaku, moč uniká prakticky trvale, používání pomůcek pro inkontinenci je trvalou nutností)	80

Hodnoty úniku moče zde uvedené považují za příliš vysoké. Při novelizaci vyhlášky doporučuji převzít klasifikaci Urogynekologické společnosti.

Ta upravila dělení stupně závažnosti inkontinence takto:

- únik moče do 10 gramů za 1 hodinu – ztráta mírná
- únik moče 10–50 gramů za 1 hodinu – hojná ztráta
- únik moče nad 50 gramů za 1 hodinu – velmi hojná ztráta.

K objektivizaci množství uniklé moči slouží např. standardizovaný test vážení vložek dle doporučení ICS, zvaný Pad-test (test vážení vložek).

Při jednododinovém testu postupujeme takto:

- pacientka musí během 15 minut vypít 500 ml tekutin
- dále 30 minut chodí
- během 15 minut 10× vstane ze sedu, 10× silně zakašle, běhá na místě jednu minutu, 5× hluboký předklon, mytí rukou pod tekoucí studenou vodou jednu minutu.

Test je pozitivní, jestliže unikne více než 2,0 g moče do vložky. Pacientka by však neměla být při urodynamickém vyšetření informována, že tento test je prováděn pro posudkové účely.

5	Umělý odvod moče Posudkové hledisko: při posuzování míry poklesu výdělečné schopnosti je třeba vycházet z rozsahu a tíže postižení, které vyústilo umělým odvodem moče (zejména pokud je takovou příčinou onkologické onemocnění) a hodnotit vzájemnou souvislost příčiny a funkčních důsledků, s ohledem na případné postižení ledvinových funkcí	Míra poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti v %
	a) po ortotopické náhradě, s dobrým funkčním výsledkem	40–50
	b) do střeva podle postižení funkce ledvin a jiných funkčních poruch	40–60
	c) na zevnějšek (odvod do jímače či drénem), nebo na zevnějšek s kontinentním mechanismem (tj. nutnost pravidelné katetrizace)	(50–60)

Jestliže je ve vyhlášce uvedena horní hranice rozmezí 60 %, je možno při výskytu dalších závažných chorob a při trvalé ztrátě schopnosti výkonu životního zaměstnání provést navýšení o dalších 10 % ve smyslu § 6 odst. (4) vyhl. č. 284/1995 Sb. Tak je možno pacientovi přiznat plnou invaliditu (více než 66 % poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti). Snad jen v profesích jako je lékař, laborant, učitel, vědecký pracovník lze provádět autokatetrizaci za sterilních kautek na pracovišti.

6	Chronické píštěle trávicího močového a pohlavního ústrojí	Míra v %
	a) chronické píštěle s trvalou mírnou sekrecí	20–40
	b) chronické píštěle s vydatnou sekrecí zvláště sterkorální, hnědou nebo močovou	60–80

Kapitola XII – Mužské pohlavní orgány

2	Maligní tumor penisu Posudkové hledisko: při posuzování míry poklesu výdělečné schopnosti je třeba vycházet z rozsahu a tíže postižení, klinického stadia, typu nádoru, průběhu a výsledku léčby, prognostických kritérií a funkčních důsledků, především rozsahu operačního výkonu, odvodu moče a psychické poruchy.	Míra poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti v %
	a) po odstranění v časném stadiu	30–40
	b) po odstranění v pozdních stadiích, během onkologického léčení	70–80
	c) po dosažení stabilizace zdravotního stavu (zpravidla po dvou letech od ukončení léčby), s ohledem na způsob odtoku moče	30–60
	d) nepříznivé formy, progredující, recidivující	90

Prognóza u karcinomu penisu: pětileté přežití ve stadiu T1 a T2 činí 65–90 %. Při postižení inguinálních lymfatických uzlin pak 30–50 %. Při postižení ilických uzlin přežívá jen 20 % nemocných.

2.	Maligní tumor varle Posudkové hledisko: míra poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti se stanoví podle rozsahu a tíže postižení, klinického stadia, charakteru nádoru, průběhu a výsledku léčby, reziduálních funkčních poruch a prognostických kritérií	Míra poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti v %
	a) po odstranění v časných stadiích a po ukončení adjuvantní léčby, zpravidla po jednom roce	20–40
	b) po odstranění v pozdních stadiích, během onkologického léčení	70–80
	c) po dosažení stabilizace zdravotního stavu (zpravidla po dvou letech od ukončení léčby)	30–50
	d) nepříznivé formy, progredující, recidivující	90

Prognóza u nádorů varlat. Vyskytují se převážně ve věku 20–35 let, a tak se s tímto onemocněním setkává posudkový lékař poměrně často. Rizikovým faktorem je nesestouplé varle (až 35× vyšší riziko). Dobrou prognózu má čistý seminom stadia I. tj. p T₁₋₄ N₀ M₀ s pětiletým přežitím udávaným De Vitou na 97 %. Při postižení parakaválních a paraaortálních mizních uzlin a po provedené aktinoterapii činí 5leté přežívání 80 % nemocných. Nepříznivou prognózu má choriokarcinom, který metastazuje hematogenně a lymfogenně. Dá se prokázat zvýšenou hladinou β-HCG. U embryonálního karcinomu varle bývá zvýšená hodnota α fetoprotein.

Za stabilizaci můžeme prohlásit takový stav, kdy je negativní snímek plic, sonografie retroperitonea, ev. CT této oblasti a negativní nádorové markery. Po ukončení chemoterapie se má vždy provést audiogram. Po aplikaci Bleomycinu se doporučují kontrolovat plicní funkce (spirometrie, vyšetření krevních plynů) pro možnost vzniku plicní fibrózy.

4	Chronické záněty prostaty a benigní hyperplazie prostaty s trvalými značnými poruchami mikce a stavy po operacích	10–20
5	Maligní tumor prostaty Posudkové hledisko: míra poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti se stanoví podle rozsahu a tíže postižení, klinického stadia, charakteru nádoru, průběhu a výsledku léčby, reziduálních funkčních poruch a prognostických kritérií	Míra poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti v %
	a) po odstranění v časném stadiu	20–40
	b) po odstranění v pozdních stadiích, během onkologického léčení	70–80
	c) po dosažení stabilizace zdravotního stavu (zpravidla po dvou letech od ukončení léčby)	30–50
	d) nepříznivé formy, progredující, recidivující	90

Karcinom prostaty: má nejvyšší výskyt ve stáří 65–85 let, tedy v postproduktivním věku, nicméně se může vzácně vyskytnout již po 45 roce. Prognóza je určena stadiem onemocnění a stupněm anaplasie primárního tumoru. Dobře diferencované a ohraničené rostoucí formy poskytují možnost 5letého přežití až u 95 % pacientů, deset let pak dožije 70 % pacientů. Léčbou je radikální prostatovesikulektomie a pánevní lymfadenektomie. Komplikací této léčby je impo-

tence a inkontinence močová (ve 100 % resp. 70% případů). Alternativní léčbou je aktinoterapie s celkovou dávkou 60 Gy frakcionovaně. Desetileté přežití se pak uvádí v 58% případů. Karcinom prostaty je diagnostikován v kurabilním stavu jen u každého osmého pacienta. Generalizaci procesu do skeletu prokáží vysoké hodnoty PSA a alkalické fosfatázy a scintigrafie skeletu. Lokálně pokročilé a radikálně neřešitelné karcinomy mohou i několik roků příznivě odpovídat na oboustranou orchiektomií, event. s následnou antiandrogenní terapií. Tento stav ale rozhodně nelze považovat za stabilizaci onemocnění a pacientovi odebrat plný invalidní důchod.

Samozřejmě, že tato prováděcí vyhláška nemůže postihnout všechny chorobné stavy. V těchto případech se srovnává funkční postižení u vzácnějších chorob s obdobnými nemocemi ve vyhlášce uvedenými. Kritéria uvedená ve vyhlášce nejsou dogmatem. Lze o nich diskutovat, nejlépe cestou odborných společností J.E. Purkyně s Odborem lékařské posudkové služby Ministerstva práce a sociálních věcí v Praze (MUDr. Alena Budilová).

Co požaduje posudkový lékař po odborném urologovi?

Při ukončení léčby by měl odborník do lékařské zprávy napsat, že léčba je ukončena, pacient předán do péče praktického lékaře k ukončení pracovní neschopnosti. Často totiž odborník napíše, že je léčba ukončena, kontrola za 3 měsíce. Pacient si to vyloží tak, že bude další 3 měsíce na pracovní neschopnosti a odmítá ukončení DPN. Při závažných cho-

robách by odborník nikdy neměl do závěrečné zprávy psát, že stav odpovídá plné invaliditě. To mu opravdu nepřísluší. Žádoucí je napsat diagnostický souhrn, u nádorových onemocnění klasifikaci TNM, grading, výsledky laboratorních vyšetření – KO, kreatinin, GF, nádorové markery, výsledky dalších paraklinických vyšetření. Důležité je sdělení prognózy a vyjádření se k pracovním omezením (schopen práce v suchu a teple). Pokud je odborník přesvědčen, že zdravotní stav pacienta odpovídá plné invaliditě, pak může napsat, že z urologického hlediska pacient není schopen výkonu soustavné výdělečné činnosti.

Posudkový lékař není a nemůže být odborníkem ve všech medicínských oblastech. Jeho úlohou je provést syntézu všech odborných nálezů a zhodnotit zbylý pracovní potenciál pacienta s přihlédnutím k jeho kvalifikaci a schopnosti výkonu jeho hlavního životního zaměstnání. Při naději na zlepšení zdravotního stavu stanoví datum kontrolní lékařské prohlídky, kdy může dojít i ke snížení stupně, či k úplnému odebrání invalidity.

Posuzovaný občan má vždy právo na opravný prostředek. Posudky v přezkumném soudním řízení na žádost Krajského soudu se provádějí na detašovaných pracovištích Ministerstva práce a sociálních věcí se sídlem v bývalých krajských městech. K těmto jednáním si posudkový lékař MPSV zve lékaře příslušné odbornosti. Renomovaný urolog má tak při tomto jednání možnost změnit posudek lékaře OSSZ.

Literatura

1. Bureš R, et al. Kompendium lékařské posudkové činnosti, Avicenum Praha 1982, díl II/2: 227–300.
2. Dvořáček J, et al. Urologie, Nakladatelství ISV Praha 1998.
3. Lawrence M. Tierney, Jr.MD, Diagnostika a léčba, nakl. Alberta s.r.o. 1995: 642–659.
4. Úplné znění předpisů Sociální zabezpečení podle stavu k 17. 3. 2003 Sagit Ostrava Str 106–109, 283–285, 325–327, 376–379.
5. Vincent T De Vita, et al. Cancer Principles + Practice of Oncology 4 th Edition, Cancer Lippincott, Philadelphia U.S.A.