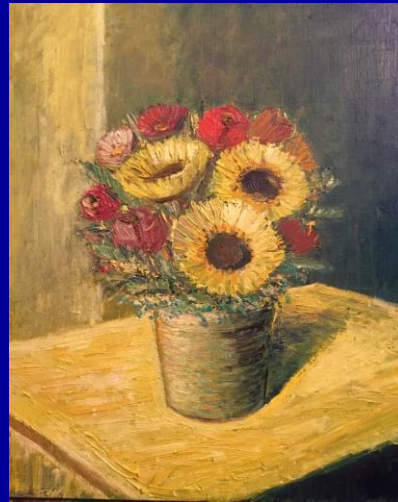


Syndrom unaveného lékaře ?

Únava versus organické onemocnění ?

Pavel Wohl

IKEM



Únava zdravotnického personálu

- Narůstá a může mít milión příčin
- Psychosomatika
- Vyhoření (nemám jiskru)
- Mladý lékař - levná a výkonná pracovní síla
- Diferenciální diagnostika únavy značně široká



Mortalita a morbidita u zdravotníků

- 1886 – zvýšená úmrtnost zdravotníků oproti běžné populaci Ogle 1886
- Zvýšená mortalita lékařů oproti jiným socioekonomickým skupinám Lindhart 1961, Juel 1999 ,
- Trend se změnil, ale počty sebevražd zodpovídají za negativní „čísla“
- Nejčastější úmrtí u lékařů :
CNS – cerebrovaskulární, nehody, sebevraždy (v US více než u ostatních profesí) Frank 2000
- anesteziologové více jak internisté a chirurgové - otravy (až o 34 % více ve srovnání s běžnou populací), HIV, hepatitidy Alexander 2000 jaterní cirhóza Carpenter 1997
- Nejčastější věk sebevražd (5-10 let po promoci, stoupajícím věkem pokles)
- Nižší výskyt karcinomů - ? Aasland 2011 (Že by se jich nedožili.....)



Kasuistika

Únava

nebo

závažný klinický stav ??????



Anamnéza

- RA: bezvýznamná
- OA:
- 1989 Ulcerace přední stěny žaludku - léčba
- Borelióza 1993 ATB





1 týden před klinickými příznaky

- Po - 9 hodin v práci (tzn. Nikoliv pobyt na lékařském pokoji....)
- Úterý práce od 7.00 - do 24,00 hod (služba)
- St - podobně jako po
- Čt podobně jako po
- Pá – víkendová služba pá –so 4x příjmy během noci atd.
- Sobota vizita , konsilia, i další 2-3 příjmy), další další příjmy
- Neděle další služba i příprava publikace (+ 7 H)
- Pondělí : manifestace - hodnocena okolím jako únavový stav
- Celkem aktivní pracovní doba : přibližně 91 hod. (4x služba/1 týden)

Klinický obraz 29,3,2004 9,30

- Vertigo, poruchy visu, kolaps na schodech... Nepřikládal tomu větší významnost
- Upozorněn sanitářkou
- následně vyšetření na neurologii
- Dg. Centrální vestibulární syndrom se všemi doprovodnými příznaky bez vyšetření CT nebo MR (angiografie) ALE dimitován domů.....
- Ale následně domluvena hospitalizace 29,3,2004 19,30 NNH – 15,4,2004 (k tomu pomohl anděl strážný.....)

Laboratorní výsledky

Bez známek zánětu

CRP i KO norm

Sono epigastria, echokardiografie

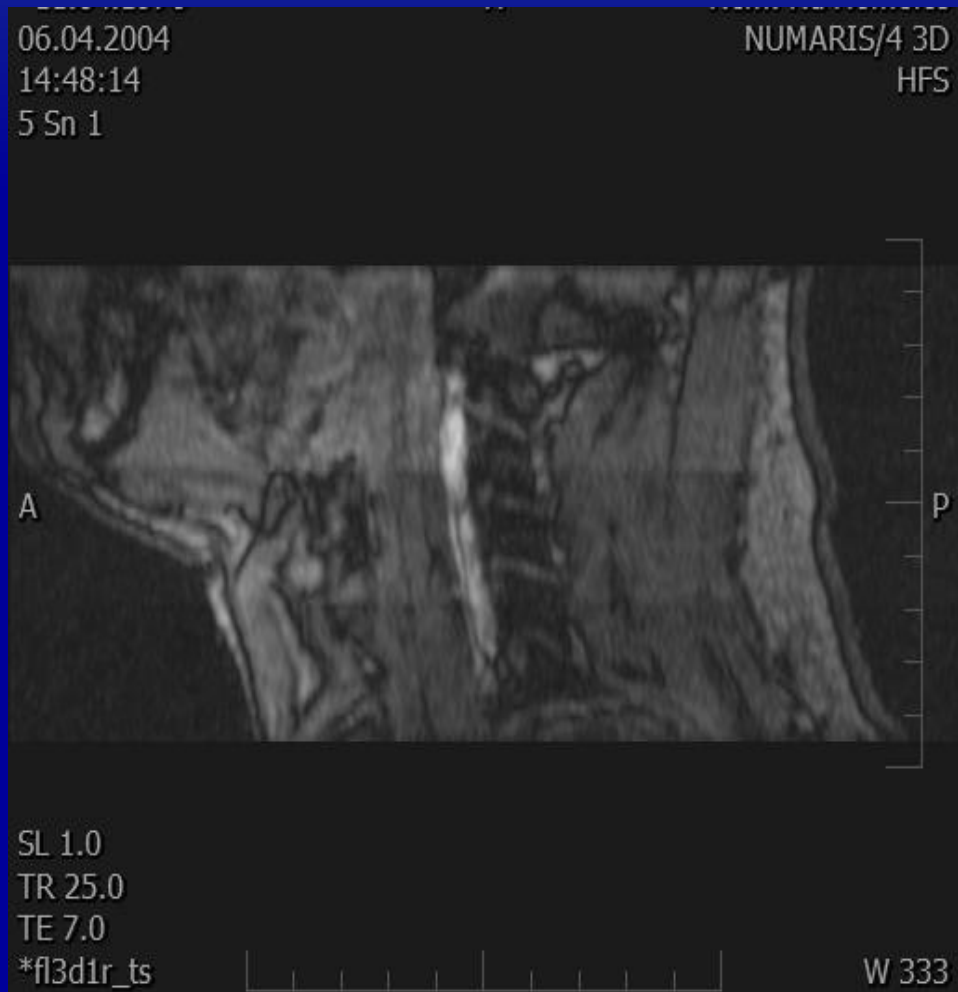
Virologie, sérologie vše negativní

I varianta Marfanova sy, FMD

Vše negativní



MR angiografie



Diagnóza

- Disekce art. vertebralis v rozsahu 7 cm a embolizační příhoda do mozečkového povodí, kontaktováno i neurochirurgické oddělení
- Heparinizace plná, klid na lůžku
- Komplikace - předávkování heparinem
- Pokles hb o 30-40 g/l



Disekce krčních tepen

- intramurální (subintimální nebo subadventiciální) a transmurální disekce
- Ložiskové neurologické příznaky se mohou rozvíjet bezprostředně po vzniku disekce nebo v důsledku rozvoje trombotické formace a distální embolizace v průběhu několika hodin i dnů.
- Dfdg: aterosklerotické pseudookluze, postradiační angiopatie, FMD bez disekce aj. STRESOVÉ podmínky
- Diagnostika : MR+ AG , CT+ AG , AG
- Prognóza : dobrá až u 60 % v závislosti na rozsahu a brzké diagnostice



Další vývoj

- Vývoj následně příznivý
- Reparace disekce úplná, kontrolní MR AG bez průkazu patologie
- Warfarinizace a 6 M pracovní neschopnost
- Etiologie - nebyla odhalena - KROMĚ 1 týden má 168 hodin, 91 hod práce, spánek cca 40 hod, zbývá 37 hodin....
- Vše by se dalo svést na únavu....



Závěr

- ❖ zdravotnický personál má „překvapivě“ na únavu právo
- ❖ centrální vestibulární syndrom - měl být rychle indikován k MR nebo CT angiografii
- ❖ to že došlo k úplné reparaci při velkém rozsahu disekce a že je tento kliento-pacient bez následků je více i nicméně náhoda....
Andělská pomoc ????
- ❖ Myslet neznamená vždy vědět !!!!!!!!!!!!!!!

Předmětná osoba
této kasuistiky byla
nemilosrdně
zachycena v Hradci
Králové u krásné
sochy od Olbrama
ZOUBKA....
FOTO za 4 roké
poté !

a pak již se stal jen
malířem.....

