Ačkoli jsou v absolutních číslech počty NSS v dětském věku nízké (v ČR spíše jednotky jedinců ročně), k více NSS dochází u nesportovců, a u sportovců mimo závodní aktivity (jsou ale KVO, u kterých je zátěž spouštěčem potenciálně život ohrožujících arytmií, např. syndrom dlouhého QT intervalu typu 1), stal se PPS poměrně robustním systémem, který na jedné straně vede k identifikaci jedinců s potenciálně život ohrožujícím KVO, na druhé straně je spojen s nemalou zátěží pro všechny zúčastněné (posuzující i posuzované). Za léta fungování PPS v ČR byly do péče Dětského kardiocentra ve FN v Motole referovány vyšší stovky dětí s potenciálně život ohrožujícím KVO, samozřejmě za cenu velkého celkového množství vyšetřených jedinců v rámci primární péče u PLDD resp. u spádových dětských kardiologů, a dále při vědomí skutečnosti, že řádově více jedinců postupuje opakovaná vyšetření, aby prvotní podezření na KVO nakonec nebylo potvrzeno. Zásady komunikace s jedinci s již prokázaným KVO spojeným s rizikem potenciálně závažné arytmie/NSS a/nebo s prokázaným vztahem mezi dlouhodobou intenzivní fyzickou zátěží a rozvojem onemocnění (typicky např. arytmogenní kardiomyopatie), u kterých se domníváme, že je nutné v nějaké míře limitovat dosavadní sportovní aktivity, jsou předmětem postupného vývoje směřujícího v zásadě ke konceptu tzv. společného rozhodování (shared decision making), vedeného myšlenkou na upuštění od více či méně „direktivního" přístupu vůči pacientům ve prospěch větší míry zahrnutí rodiny (v případě dětí) do rozhodovacího procesu. Cílem je dosáhnout společného konsenzu, samozřejmě za podmínky, že výsledek neodporuje odborné evidenci. V dlouhodobém horizontu je zřetelná snaha v rámci doporučených postupů spíše uvolňovat restrikce, pokud to je možné (problémem v pediatrické populaci bývá většinou poměrně nízká úroveň důkazů, založená často na shodě názorů odborníků a/nebo menších studiích, retrospektivních studiích či registrech), případně apelovat na efektivní využití prostředků, které jsou k dispozici (vybavení sportovišť automatickými defibrilátory, vytvoření plánu postupu v krizových situacích apod.) (32).

Diagnostickou výzvou jsou KVO s možným intermitentním fenotypem (některé arytmické jednotky), fyziologické adaptační změny (atletické srdce), dosažení shody na hraničních hodnotách měřených parametrů (QT interval, antegrádní převodní kapacita manifestní přídatné síňokomorové spojky u pacientů s Wolff – Parkinson – White (WPW) obrazem), nebo postupně se rozvíjející fenotyp (typicky kardiomyopatie, u kterých v dětském věku přicházíme do kontaktu s těmi, kteří mohou utrpět NSS, aniž by byl dostupnými metodami jednoznačně stanovitelný fenotyp onemocnění). Samostatnou kapitolou je výrazně narůstající počet jedinců pozitivně genotypizovaných na závažná KVO (většinou na podkladě pozitivní rodinné anamnézy), kteří nemají (zatím?) vyjádřený obraz onemocnění.

Otázku asociace vystavení dlouhodobé intenzivní sportovní aktivity a zvýšeného rizika výskytu některých KV komplikací (arytmogeneze, patologická přetavba myokardu, fibrotizace, hypertrofie, koronární kalcifikace, dilatace srdečních oddílů, aj.) je v zásadě možné pro vzácnost výskytu v dětském věku pro potřeby tohoto článku pominout, nicméně jedná se rovněž o jedno z důležitých témat sportovní kardiologie.

V každodenní praxi nejen praktických lékařů se vyskytují pacienti referující určité varovné příznaky, které by mohly svědčit pro KVO. Problémem je, že se potenciálně maligní symptomy prolínají s těmi benigními, a to stran intenzity, kvality, charakteru, prožívání pacienta apod., což – kombinaci s velkou absolutní četností podobných případů – může výrazně ovlivnit specificitu příznaků a samozřejmě není pak jednoduché pro praktického lékaře ve všech případech adekvátně rozhodnout o doporučení vyšetření specialistou. V každém případě, porucha vědomí, bolesti na hrudi, neustupující dušnost, abnormální (zátěži neodpovídající či výrazně po zátěži přetrvávající) bušení srdce, opakované/chronické potíže apod. by měly být shledány důvodem pro další odborné vyšetření.

Závěr

Pohybové aktivity jsou v široké dětské populaci obecně nedostatečné a v adolescenci se tento deficit ještě prohlubuje. Problémy v dospívání se budou v narůstající míře přenášet do populace dospělých a budou na sebe stále více vázat přidružené problémy zdravotní, ekonomické, společenské a další. Řešení situace je nelehké, dlouhodobé, a zjevně se neobejde bez rozsáhlých podpůrných programů, které ale musí reflektovat aktuální (mentální i jiné) „nastavení" dětí/mladých lidí, rozvoj technologií a další specifika moderní doby, protože jinak tyto snahy nebudou úspěšné. Úkolem praktických lékařů, specialistů v oboru TVL, dětských kardiologů a dalších je v maximální možné míře PA u dětí podporovat, což vyžaduje čas, energii, finanční (mj.) podporu ze strany zdravotního systému, motivaci a spolupráci rodin, a další. Apelem na dětské kardiology je racionální posuzování způsobilosti účasti na sportovních aktivitách, podpořeného publikovanou evidencí (zohledňující typ KVO a charakter/intenzitu provozovaných PA) a zahrnujícího v dnešní době již neopominutelný koncept sdíleného rozhodování se sportujícím jedincem, rodinou a případně dalšími specialisty, a to i při vědomí skutečnosti, že v individuálních případech se z logiky věci někdy nelze vyhnout jisté míře klinické nejistoty a přirozeným obavám všech zúčastněných (posuzovaných i posuzujících) z potenciálně nepříznivého vývoje některých abnormálních nálezů, které v první fázi nemusí přímo vést k omezení sportovních aktivit. Preparticipační skrínink sportovců přes řadu výhrad funguje, minimálně v tom smyslu, že vede k identifikaci rizikových jedinců (byť za cenu nezanedbatelného množství falešně pozitivních nálezů, jejichž četnost se ale v dlouhodobém horizontu postupně snižuje). Moderními trendy jsou 1. vyřešit, co je možné (např. nízký práh pro katetrizační elektrofyziologické vyšetření u pacientů s WPW obrazem), 2. racionální zvážení možnosti návratu ke sportu po ukončení diagnostického procesu (např. některé případy vrozených arytmických syndromů, vždy ale za podmínky pravidelného kardiologického sledování), 3. osvěta v rámci společnosti a sportovních klubů (kurzy kardiopulmonální resuscitace, zajištění sportoviště automatickým defibrilátorem aj.). Naším společným cílem je děti k PA vést a překážky díky odbornému přístupu pomoci odstraňovat, nikoli stavět.