

---

# Podrobněji k VYŠETŘENÍ SLUCHU

MUDr. Šárka Střídová

Při posuzování způsobilosti k řízení motorových vozidel musí být u každého seniora praktickým lékařem vyšetřen sluch hovorovou – hlasitou řečí. Klasická sluchová zkouška řeči je důležitým orientačním kritériem při posuzování poruch sluchu.

Pro běžné řidiče (skupina 1 – tedy neprofesionálové řídící vozidlo skupiny oprávnění A, B) není kontraindikací ani hluchota. Kontraindikací jsou pouze nemoci středního ucha nebo bradavkového výběžku, a to pouze pokud omezují schopnost řídit motorové vozidlo.

Pro skupinu 2 (tedy řidiči vozidel ve skupině C, T atd., nebo profesionální řidiči) platí, že žadatele nebo řidiče lze uznat za zdravotně způsobilé k řízení motorového vozidla, pokud jsou schopni rozumět hovorové řeči alespoň do vzdálenosti 5 m, a to i pomocí zdravotnického prostředku (sluchadla). Pokud senior toto nesplní, praktický lékař pošle pacienta na specializované vyšetření na ORL ambulanci.

Ačkoli je nově upraveno tak, že žadatele nebo řidiče se ztrátou sluchu vyšší než 30% lze uznat za zdravotně způsobilé k řízení motorového vozidla, pokud jsou schopni vnímat zvuky prezentované do volného pole průměrně o intenzitě 40 dB HL a méně na frekvencích 500, 1 000, 2 000 a 4 000 Hz, a to i pomocí sluchové nebo komunikační pomůcky, doporučujeme provést orientační vyšetření (vzdálenost 5 m a hovorová řeč) a teprve pokud dopadne neúspěšně, tak poslat na odborné ORL vyšetření.

## Zkouška řeči

Zkouška řeči umožňuje rychlou orientaci o stupni sluchové poruchy. Vyšetření pomocí řeči se provádí plným hlasem, vox magna (V) v nehlučné, nejméně 6 m dlouhé místnosti.

V ORL ambulanci se vyšetřuje i řeč šepotem, vox sibilans (vs).

Vyšetřuje se každé ucho zvlášť. Začínáme lépe slyšícím uchem. Pacient je otočen k lékaři a sestra mu jednou rukou ohlušuje opačné ucho pomocí Baranyiho ohlušovače nebo rytmickými pohyby prstů pevně přitlačeného na tragu ve vchodu zvukovodu a druhou dlaní stíní pohled na vyšetřujícího.

Odvracené ucho se musí odhlušit, aby nedošlo k přeslýchání. Vyšetřující předříkává nahlas slova a postupně zvětšuje vzdálenost od vyšetřovaného, až nalezne nejvzdálenější bod rozumění.

Tak se určí největší vzdálenost, ze které pacient slova slyší, rozumí a bezchybně opakuje.

Když vyšetříme lépe slyšící ucho, poté vyšetřujeme stejně i druhé, hůře slyšící ucho. Výsledek udáváme v metrech, které odhadujeme.

Vzdálenost, ze které vyšetřovaný bezchybně opakuje, určuje stupeň sluchové ztráty.

Čím je tato vzdálenost větší, tím je porucha sluchu menší.

Jako normální sluch hodnotíme rozumění hlasité řeči 6 m a více.

Podle vzdálenosti, ze které vyšetřovaný slyší hlasitou řeč, rozeznáváme:

Lehká nedoslýchavost ...	4–6 m
Středně těžká nedoslýchavost ...	2–4 m
Těžká nedoslýchavost ....	1–2 m
Velmi těžká nedoslýchavost ...	Pod 1 m
Praktická hluchota ...	Slyší zvuk, slova nerozumí.
Úplná hluchota ....	Neslyší žádný zvuk.

---

---

Zkratka pro hlasitou řeč:

V (vox magna)

Záznam hlasité zkoušky řeči:

Pravé ucho – V 6 m

Levé ucho – V 6 m

Na specializované vyšetření na ORL je nutné seniory poslat, pokud slyší sluchovou zkouškou řeči na hlasitou řeč hůř než 5m (i se sluchadlem).

### **Sluch ve stáří – presbykuzie (stařecká nedoslýchavost)**

Od třetího decennia dochází k postupnému snižování sluchové ostrosti. Objevuje se postižení sluchu v oblasti vysokých frekvencí a dochází ke zhoršování rozumění řeči. Člověk slyší méně a hůře.

U presbykuzie je známé, že pacienti mají výrazné problémy s rozuměním řeči, zejména v hlučném prostředí anebo při rušivých zvucích v okolí – např. při rozhovoru ve společnosti, dále rozumění na dálku.

Nedoslýchavost způsobená vnějšími civilizačními vlivy, je nazývána socioakuzií (sociální nedoslýchavostí). Na sluch působí hluková zátěž, chemické prostředky, infekce a nikotin.

Senioři mají oboustrannou souměrnou nedoslýchavost, může být i občasný tinnitus. Lidskou řeč slyší, ale špatně rozumějí. Na poklesu sluchu se podílí i stárnutí mozkových ústředí, kde jsou analyzovány složité zvuky i řeč. Na audiogramu zjišťujeme percepční nedoslýchavost s maximem ztrát ve vyšších frekvencích, otoskopický nález je normální.

Percepční hypakuze je při onemocnění vnitřního ucha, nervů a sluchové dráhy.

Ve stárnutí sluchového analyzátoru jsou velké individuální výkyvy. Kompenzační schopnost sluchových ztrát závisí do značné míry na psychickém stavu člověka.

Další příčiny dlouhodobé nedoslýchavosti u seniorů mohou být:

- Chronický zánět středouší
- Akutní otitis media může mít za následek trvalou poruchu sluchu
- Adhezivní proces ve středouší
- V rámci pracovního prostředí – dlouhodobá expozice hluku (profesionální hluk v době pracovního procesu)
- Hereditární vady sluchu – k těmto vadám patří i otoskleróza (jedná se o osteogenezu v pouzdru labyrintu)
- Stavby po úrazech ucha, toxické poškození ucha
- Onemocnění vnitřního ucha, např. Menierova choroba (vertigo, tinnitus, nedoslýchavost)

### **Hypakuze**

Dělíme na:

- 1) Nedoslýchavost percepční – při onemocnění vnitřního ucha, nervu a sluchové dráhy.
- 2) Nedoslýchavost převodní – při onemocnění Eustachovy trubky, bubínku, středního ucha a zevního zvukovodu
- 3) Nedoslýchavost smíšená – kombinace obou předchozích

### **Na ORL ambulanci**

Na ORL ambulanci se u seniorů komplexně vyšetřuje sluch, provede se otoskopie, vyšetření nosu, krku, tympanometrie a audiologické vyšetření.

Seniara je vhodné poslat na vyšetření na ORL ambulanci, pokud praktický lékař sluchovou zkouškou zjistí, že sluch je horší než jen lehká hypakuze.

U starších pacientů se často vyskytuje obturující cerumen, kdy je nutné na ORL ambulanci vyčistit uši.

---



---

# Podrobněji k DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

MUDr. Astrid Matějková

## **Nemoci, vady nebo stavy způsobující duševní onemocnění vylučující nebo podmiňující zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel**

V porovnání s minulým zněním vyhlášky došlo k přeformulování již obsolentních názvů diagnóz a nové změny je více zaměřeno na vyhodnocení intelektu posuzovaných osob.

1. Bez výjimky nesmí řídit pacienti se „symptomatickou“ schizofrenií (a obdobné poruchy), pacienti s mentální retardací a pervazivní vývojové poruchy s poruchou intelektu.
2. U pacientů v remisi schizofrenie (a obdobných poruch), deliriem v anamnéze (nealkoholové, nedrogové) a klinicky závažných specifických poruch osobnosti posuzovaných pro kategorii 1 je nepodkročitelné odborné vyšetření
3. U pacientů s pervazivními vývojovými poruchami bez poruchy intelektu je vyžadováno odborné vyšetření již před přijetím k výuce a výcviku – pro primární péči je tedy vysoce vhodné indikovat kromě odborného vyšetření i vyšetření dopravním psychologem
4. Skupina neurokognitivních poruch a specifické poruchy osobnosti s vážnými poruchami úsudku, chování a adaptability
  - A. Pokud posuzujeme pro skupinu 2, nesmí řídit nikdy
  - B. Pokud posuzujeme pro skupinu 1, nesmí řídit ten, jehož stupeň demence je závažnější než mírný (tedy středně těžký a těžký), totéž platí pro neuropsychiatrické příznaky, jejichž stupeň je závažný.
  - C. Pokud posuzujeme pro skupinu 1, vyhláška připouští možnost řídit pacientovi s mírnou kognitivními poruchou a mírnými neuropsychiatrickými příznaky.

Neopomeňme:

    - Na správnou diagnózu syndromu demence. Selhání ve screeningovém miniCogu není jasná demence, nutné je využití podrobnějších testů, vyloučení akutního onemocnění dekompenzujícího aktuální kognitivní výkon, atp. (viz Doporučený postup demence SVL ČSLJEP)
    - Pokud se jedná o podezření/prokázaný syndrom demence a požadavek řízení motorového vozidla, je nezbytné vyžádat odborné vyšetření. Pro posouzení je dále podmínkou vyšetření dopravním psychologem.
    - Zvážit omezení doby platnosti. U pacienta se syndromem demence jsou nezbytné pravidelné kontroly příslušným odborníkem. Podrobné vyšetření kognice – tedy opakované vyšetření dopravním psychologem je vhodné každý rok.
    - Použít harmonizované kódy. Bývá vhodné omezit jízdu na dálnici, omezit jízdu za tmy, limitovat vzdálenost od místa bydliště.

## DP demence SVL ČSLJEP 2024

Tabulka 1

### Charakteristika stupňů demence u Alzheimerovy nemoci

(dle <https://www.alz.org/alzheimers-dementia/stages>, <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/alzheimers-disease/in-depth/alzheimers-stages/art-20048448>, <https://www.nzip.cz/clanek/1313-demence-ruzna-stadia>)

Stupeň demence Kognitivní funkce	Aktivity denního života	Behaviorální a psychologické příznaky (BPSD)
<b>lehký</b>		
lehké postižení kognitivních funkcí: zhoršená epizodická paměť, schopnost učení a ukládání nových informací do dlouhodobě paměti, zhoršená krátkodobá (pracovní), paměť, obtížné hledání slov při konverzaci, potíže s plánováním, zhoršená orientace v prostoru	pacient může ještě žít samostatně, ale jsou zhoršené instrumentální aktivity denního života (nakupování, používání telefonu, vaření, uklízení, užívání léků, cestování aj.), deficit se odkrývá zejména při změně rutiny (ztráta pečujícího, změna prostředí aj.)	úzkostná a depresivní symptomatika
<b>střední</b>		
středně těžké postižení kognitivních funkcí: výrazná porucha schopnosti učení a ukládání nových informací do paměti, dezorientace (časem, místem), neschopnost sdělit některé důležité údaje (jména vnoučat, adresa aj.)	zhoršení v některých základních aktivitách denního života (oblékání, jídlo, hygiena, používání toalety, chůze aj.); vhodné společné žití s rodinou, pobytové sociální služby aj.	agitovanost, depresivní projevy, bloudění, paranoidita, psychotické příznaky
<b>těžký</b>		
těžké postižení kognitivních funkcí: těžká porucha paměti, ztráta dřívějších znalostí a dovedností, nepoznávání blízkých osob, postupně se ztrácejí další schopnosti (řeč aj.)	selhávání ve většině aktivit denního života, potřeba trvalého dohledu a pomoci, popř. provedení činností druhou osobou, bývá inkontinence, rozvíjí se poruchy chůze	bránění se péči, apatie aj.
<b>terminální</b>		
úplná ztráta řeči a dalších kognitivních schopností, rozvoj neurologické symptomatiky (rigidita, imobilita, poruchy polykání aj.)	pacient je imobilní, inkontinentní, nutná komplexní ošetrovatelská péče	mohou nasedat delirantní stavy a/ nebo kvantitativní poruchy vědomí