

Překlad Z. Kabelka

PROHLÁŠENÍ EVROPSKÉHO KONSENSU TÝKAJÍCÍ SE SCREENINGU SLUCHU PŘEDŠKOLNÍCH A ŠKOLNÍCH DĚTÍ

Během 10. kongresu EFAS (European Federation of Audiology Societies) ve Varšavě, Polsku, 22. 6. 2011, konaném na pozvání Henryka Skarżyńskiego, ředitele Institutu fyziologie a patologie sluchu ve Varšavě, byl uspořádaný diskusní panel týkající se screeningu sluchu školních dětí. Odborníky různých oborů, včetně audiologie, otolaryngologie, komunikačních onemocnění, patologie řeči, výchovy a biomedicínského inženýrství bylo vypracováno konsensuální prohlášení.

1. Ve většině evropských zemí jsou dobře zavedeny efektivní programy novorozeneckého screeningu sluchu ⁽¹⁾. Ovšem ne všechny sluchové poruchy dětí mohou být zjištěny po narození.

2. Prevalence sluchové poruchy se zvyšuje s věkem a zahrnuje převodní sluchovou ztrátu, sensorineurální sluchovou ztrátu a poruchy zpracování zvukové informace. Děti s převodní sluchovou poruchou mohou mít vrozené nebo získané vady oblasti středouší. Některé patologické stavy středouší, jako lehké středoušní anomálie s nevýraznou sluchovou ztrátou a sekretorická otitida jsou obvykle záluďné a rodiče nebo pečovatelé si jich nemusí všimnout. Sensorineurální sluchová porucha může vzniknout při poruše vnitřního ucha, nebo porušení sluchového nervu. Znamé příčiny sensorineurální sluchové ztráty v dětství zahrnují virové a bakteriální infekce, ototoxické látky a traumata při úrazu hlavy, nebo vystavení nadměrnému hluku. Některé dědičné sluchové poruchy, nebo vrozené anomálie se manifestují při narození dítěte. Vážný zdravotní problém u dětí ovšem vytváří i poškození sluchu hlukem ⁽²⁾. Poruchy zpracování zvukové informace, které vidíme u dětí, mohou být důsledkem neuromorfologických poruch, opožděného vyzrávání centrálního auditorního nervového systému a postižení neurologického ⁽³⁾.

3. Existují solidní důkazy, že neléčená sluchová ztráta > 20 dB může mít negativní vliv na rozvoj řeči, jazyka a kognitivních schopností a následně na výši dosaženého vzdělání. Navíc studie jasně ukazují, že školní děti s lehkou sluchovou poruchou, které se jeví v každodenních situacích normálně, jsou ohroženy problémy v oblasti vzdělávání, sociální a chování ^(4, 5, 6, 7, 8, 12). To znamená, že zachycení sluchové ztráty screeningovým programem má největší potenciál v uplatnění efektivní diagnostiky a léčby ohrožených dětí a odstranění škodlivých následků pro jednotlivce i společnost ⁽⁹⁾. Všude, kde byl takový program správně zaveden, se prokázala jeho ekonomická návratnost.

4. Screening sluchu je efektivní metoda pro identifikaci podmínek „sluchového zdraví“ u dětí. U dětí by měl být sluch testován kdykoliv je vyjádřena obava ohledně sluchových schopností.

5. Screeningové programy ve školách nejsou v Evropě běžné a měly by být integrální součástí školních preventivních zdravotních programů.

6. Cíle celoplošného screeningového programu vyšetřování sluchu u školních dětí jsou:

- ✓ Časná detekce a identifikace sluchových problémů;

- ✓ Adekvátní dostupnost odborné péče u všech dětí s podezřením na sluchovou ztrátu a na onemocnění spojená s poruchou zpracování sluchové informace, bez ohledu na ekonomické uvažování.
7. Jako základní test pro screening sluchu školních dětí se doporučuje tónová audiometrie⁽¹⁰⁾. U dětí, kde je podezření na poruchu zpracování sluchové informace se doporučuje forma dotazníku⁽¹¹⁾.
 8. Předškolní a školní screening sluchu bude vytvářet množství doporučení k dalšímu vyšetření. Vzhledem k benefitu screeningu pro děti je významnější negativní výsledek než falešně pozitivní. Rodiče vyšetřovaných dětí by měli být informováni o limitech screeningu sluchu.
 9. Základní součástí systému screeningu sluchu u školních dětí je systém kontrol kvality. Všechny osoby provádějící screening musí mít adekvátní výcvik a instrukce. Je potřeba podporovat všechny, kteří se programu účastní, aby školením získali a udrželi odpovídající dovednosti.
 10. Primární cíl předškolního a školního screeningu sluchu jsou děti ve věku 4 - 7 let. Další screening lze zařadit ve vyšších ročnících.
 11. Předškolní a školní screening není povinný u dětí, které mají diagnostikovanou sluchovou vadu a jsou v profesionální péči.
 12. Zákonní zástupci všech dětí by měli dostat potvrzení o výsledku screeningu. Pokud dítě ve screeningovém programu neprojde, měl by být zákonný zástupce informovaný, že je potřebné odborné vyšetření ORL lékařem či audiologem a měl by být vybaven doporučující zprávou, která by se po doplnění příslušným odborníkem vrátila do screeningového programu.
 13. Protože se evropské zdravotnické systémy liší jak organizačně, tak ekonomicky, zaměřuje se Evropský konsensus ohledně screeningu sluchu u předškolních a školních dětí na odpovídající mocenské orgány evropských zemí, aby se ujaly organizace povinného screeningového programu školních a předškolních dětí. Takto lze vytvořit podstatný příspěvek idey rovných vzdělávacích možností pro evropské děti, které trpí komunikačními poruchami.

Literatura:

1. Lutman ME, Grandori F. Screening for neonatal hearing defects: European consensus statement. Eur J Pediatr 1999; 158:95-96
2. Niskar AS, Kieszak SM, Holmes AE, Esteban E, Rubin C, Broody DJ. Estimated Prevalence of Noise-Induced Hearing Threshold shifts among children 6 to 19 years of age: the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994, United States. Pediatrics, 2001; 108:40-3
3. Chermak GD, Musiek FE. Central Auditory Processing Disorders. New perspectives. Singular Publishing Group, San Diego, California, 1997
4. Skarzynski PH, Kochanek K, Skarzynski H et al. Hearing Screening Program in School-Age Children in Western Poland. Int. Adv. Otol. 2011; 7:(2) 194-200
5. Crandell CC. Speech Recognition in Noise by Children with Minimal Degrees of Sensorineural Hearing loss. Ear & Hearing 1993; 14(3): 210-216
6. Hall JW, Grose JH, Drake AF, Pillsbury HC. Developmental consequences of mild hearing loss. Current Opinion in Otolaryngology Head and Neck Surgery 2000; 8:431-435

7. Bess FH, Dood-Murphy J, Parker RA. Children with minimal sensorineural hearing loss: prevalence, educational performance, and functional status. *Ear & Hearing*, 1998; 19(5): 339-354
8. Tharpe AM, Sladen DP, Dodd-Murphy J, Boney SJ. Minimal hearing loss in children: minimal but not inconsequential. *Semin Hear* 2009; 30:80-93
9. Watkin PM, Baldwin M *Identifying deafness in early childhood: requirements after the newborn hearing screen*, *Archives of Disease in Childhood*, Jan 2011, vol./is 96/1(62-6) 0003-988;1468-2044
10. Sliwa L, Hatzopoulos S, Kochanek K, Piłka A, Senderski A, Skarzynski PH. A comparison of audiometric and objective method in hearing screening of school children: A preliminary study. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2011; 75(4):483-8
11. American Speech-Language-Hearing Association. (Central) Auditory Processing Disorders [Technical Report]. (2005) Available from www.asha.org/policy.
12. Skarzynski H, Kochanek K, Senderski A, Skarzynski PH, Ludwikowski M, Kopaczewski M, Bruski L. Organization of the Hearing Screening Examinations in Polish Schools in Rural Areas and Small Towns. *Cochlear Implants International* 2010; 11 (s 1): 143-147.