

Potřebujeme ohrožení nemocí z povolání a jejich seznam?

Brhel P.

Klinika pracovního lékařství LF Masarykovy univerzity a Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně, přednosta Prof. MUDr. P. Brhel, CSc.

(Článek byl publikován v Pracov. lék., 2008, roč. 60, č. 2, s. 79-83)

Ministerstvo zdravotnictví vytvořilo v únoru t. r. pracovní skupinu, která byla pověřena vypracováním seznamu ohrožení nemocí z povolání (onzp) a kritérii pro jejich uznávání. Zadání vyšlo ze znění § 347 odst. 1 zákona č. 262/2006 Sb., zákoníku práce, který uvádí, že vláda může nařízením stanovit, které změny zdravotního stavu jsou ohrožením nemocí z povolání a podmínky, za jakých se uznávají.

Je zřejmé, že problematika onzp se opět stává aktuální. Ohlédněme se nejdříve zpět, jak se situace ohledně onzp v minulosti vyvíjela [3]. Termín onzp se objevil v legislativě v roce 1965, a to v zákoně č. 65/1965 Sb., zákoníku práce, v němž byl uveden, zejména v § 37 odst. 1 písmeno a) citovaného zákoníku práce, jako jedna z příčin, kdy je zaměstnavatel povinen převést zaměstnance na jinou práci. Přitom pojem sám nebyl žádným závazným předpisem blíže vysvětlen, ani řádně definován. Hrnčír a Mikyska upozorňují, že za stavu, kdy neexistuje jednotná a celostátně stanovená závazná metodika pro posuzování a uznávání onzp, hrozí vznik případů, kdy srovnatelné zdravotní stavy zaměstnanců budou jedním zdravotnickým zařízením klasifikovány jako ohrožení nemocí z povolání a jiným nikoliv [7]. Zmiňovaná situace se skutečně stala v minulosti zdrojem mnoha problémů, což se např. odrazilo i v rámci administrativní reklasifikace onzp na nemoc z povolání v letech 1990–1991.

Politická změna v roce 1989 vedla k faktickému zrušení pojmu ohrožení nemocí z povolání u silikózy a uhlokopské pneumokoniózy, poruchy sluchu z hluku, onemocnění pohybového aparátu a periferních nervů končetin z přetěžování a také onemocnění pohybového aparátu, periferních nervů a cév končetin. Stalo se tak v roce 1990 dopisem náměstka ministra zdravotnictví, který byl doplněn čtyřmi metodickými návody. Zdůvodnění spočívalo zejména v tom, že hranice mezi onzp a nemocí z povolání je mnohdy neurčitá, nepřesná, a hodnocení tak může být ovlivněno jak rozdílnými odbornými zkušenostmi, tak osobními subjektivními postoji posuzujícího lékaře. Dále bylo poukazováno na skutečnost, že v řadě případů neexistují kontrolovatelná objektivní kritéria ani diagnostické metody, na jejichž základě by bylo možné odlišit stav označovaný jako onzp od stavu, který je již nemocí z povolání. Dalším argumentem pro zrušení onzp byla skutečnost, že u nejčastější hornické nemoci z povolání – zaprášení plic – je efekt onzp problematický, protože onemocnění má tendenci k progresi i přes vyřazení z rizika volného krystalického oxidu křemičitého, a tím onzp zcela ztrácí svůj preventivní smysl. Provedená administrativní reklasifikace v letech 1990 a 1991 u téměř 9 000 osob způsobila, že na ně bylo pohlíženo jako na osoby trpící nemocí z povolání, ačkoliv netrpěly tak závažným postižením zdraví, které by odpovídalo platnému seznamu nemocí z povolání a obecně přijatým lékařským zásadám. Sociální a ekonomické důsledky provedené reklasifikace trvají dodnes a budou zatěžovat státní rozpočet cca do roku 2012 [6]. Původně poskytovalo, kromě ochrany zdraví „ohroženého“ převedením na jinou práci, uznání onzp ještě další výhody: Pokud byl pro onzp zaměstnanec převeden na jinou práci, pro niž byla stanovena nižší mzda, příslušela mu mzda ve výši vykonávané práce, nejméně však ve výši původního průměrného výdělku, kterého dosahoval před převedením, ale nejdéle po 12 po sobě následujících měsících. Doba 12 měsíců měla být využita u reverzibilních stavů k terapii a komplexní rehabilitaci před návratem k původní práci, anebo u ireverzibilních stavů k rekvalifikaci a následnému vhodnému opětovnému zařazení do pracovního procesu.

Nová situace nastala od 1. ledna 2001, kdy nabyl účinnosti zákon č. 155/2000 Sb., kterým se změnil zákon č. 65/1965 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony. Zněním jeho § 271 bylo onzp poprvé jasně definováno a současně bylo stanoveno, kdo je oprávněn onzp uznat a v této věci vydat lékařský posudek. Zákoník práce stanovil: „Ohrožením nemocí z povolání se rozumí takové změny zdravotního stavu, jež vznikly při výkonu práce nepříznivým působením podmínek, za nichž vznikají nemoci z povolání, avšak nedosahují takového stupně poškození zdravotního stavu, který lze posoudit jako nemoc z povolání, a další výkon práce za stejných podmínek by vedl ke vzniku nemoci z povolání. Lékařský posudek o ohrožení nemoci z povolání vydává zdravotnické zařízení příslušné k vydání lékařského posudku o nemoci z povolání...“

Mzdové nároky zaměstnance převedeného na jinou práci, za niž přísluší nižší mzda, byly pro onzp nově upraveny novelou zákona o mzdě a platu provedenou zákonem č. 217/2000 Sb. Citovaný zákon zrušil poskytování doplatku na časově omezenou dobu 12 měsíců. Důvodem pro zrušení časového omezení poskytování doplatku byla podle písemného vyjádření ministerstva práce a sociálních věcí skutečnost, že pokud zdravotní podmínky pro převedení na jinou práci, bez souhlasu zaměstnance, za niž přísluší nižší mzda, trvají nebo mohou trvat i delší dobu než jeden rok, měl by být nárok zaměstnance zachován. Jedná se však pouze o ty důvody, které bezprostředně souvisejí s výkonem práce u daného zaměstnavatele. V případě, že důvody převedení na jinou práci pominou, např. dojde ke zlepšení zdravotního stavu, není důvod nadále tento doplatek poskytovat.

V současné době tedy dostávají zaměstnanci doplatek do původního výdělku, a to po celou dobu převedení na jinou práci z důvodu ohrožení nemocí z povolání bez časového omezení. Pokud shrnu, nároky ohroženého nemocí z povolání nyní spočívají v ochraně jeho zdraví převedením na jinou práci, v ochraně před ukončením pracovního poměru výpovědí danou zaměstnavatelem a mzdových nárocích zaměstnance převedeného na jinou práci [5, 8].

V letech 1998–2000 provedli odborníci pro nemoci z povolání rozbor všech onzp uznaných v předchozích letech [4] a podíleli se nejen na přípravě návrhu definice onzp, ale po odborné diskusi připravili a publikovali návrh kritérií pro uznávání onzp [2]. Uvedené aktivity byly zahájeny celostátním odborným setkáním a panelovou diskusí v listopadu roku 1998 na lékařském kongresu MEFA v Brně [1].

Ohrožení nemocí z povolání bylo tehdy odborníky pro nemoci z povolání chápáno jako „předstupeň“ nemoci z povolání, při jehož verifikaci a po následné eliminaci „ohroženého“ z pracovní expozice etiologické noxe dojde buď k úplné restituci *ad integrum* (tedy návratu do plného zdraví), nebo prokazatelně zabráníme rozvoji takových nemocí z povolání, které mají charakter onemocnění těžkých s významným omezením dalšího pracovního, sociálního a ekonomického uplatnění postiženého.

Smysl onzp lze dobře naplnit a restituci *ad integrum* lze dosáhnout např. u působení mnoha chemických faktorů, kdy se pracovník může dříve či později na původní pracoviště vrátit. Eliminací ohroženého z působení některých fyzikálních pracovních faktorů (hluk, jednostranné nadměrné a dlouhodobé přetěžování pohybového aparátu a nervů končetin, nadlimitní vibrace působící na ruce aj.) již v mnoha případech plné restituce *ad integrum* nedosáhneme, ale zabráníme alespoň další progresi v závažné onemocnění.

Nyní můžeme po osmi letech používání onzp přistoupit k vyhodnocení našich zkušeností. Dovolte mi proto několik poznámek, které snad ozřejmí s časovým odstupem můj současný pohled na tuto problematiku.

Považuji onzp za naprosto nestandardní nástroj, který není jinde v EU používán. Domnívám se, že zcela oprávněně. Ani ministerstvo zdravotnictví, a ani ministerstvo práce a sociálních věcí zatím nezdůvodnilo, proč chce postupovat odlišně od běžné praxe v EU. Z mého pohledu onzp jako medicínský pojem nelogicky předjímá stav právní – nemoc z povolání. Přitom je zřejmé, že je lékaři v praxi onzp chápáno jako „nemoc z povolání mírnějšího stupně“. Je

nutno zdůraznit, že jako nemoc z povolání, která ovšem nesplňuje klinická kritéria stanovená seznamem nemocí z povolání a významným způsobem je podkračuje. Přitom současný stav je takový, že onzp má prakticky stejné pracovníprávní následky jako nemoc z povolání (např. § 41, § 52, § 67, § 384 zákoníku práce). Nejedná se vlastně o nic jiného než o umělé snížení a obejití kritérií stanovených pro nemoc z povolání.

Přitom náhradu mzdy při eventuálním poklesu na výdělků při převedení na jinou práci „ohroženým“ poskytuje formou doplatku původní zaměstnavatel, ale kupodivu ze své vlastní kapsy, protože se na tento doplatek nevztahuje zákonné pojištění odpovědnosti zaměstnavatele, které se vztahuje pouze na škodu při pracovním úrazu nebo nemoci z povolání. Doplatek přísluší i tehdy, přejde-li zaměstnanec k jinému zaměstnavateli.

U řady nemocí je v naší republice stanoven klinický stupeň závažnosti, po jehož dosažení se již může jednat o nemoc z povolání. Přitom jde většinou o středně těžký stupeň onemocnění. Zásadně si musíme uvědomit, že v případě stanovení kritérií pro onzp se tedy reálně pohybujeme jen v pásmu lehkých až velmi lehkých stadií onemocnění, která se většinou běžně vyskytují v populaci jako nemoci obecné povahy – osteoartrózy, neuropatie typu úžinových syndromů, tenzopatie aj., kdy přesné určení jejich etiologie bývá často nesnadné. Pokud bude zaměstnanec postižený lehkou artrózou kloubu, způsobenou převážně jeho mimopracovními sportovními aktivitami, pracovat za podmínek, za nichž vzniká nemoc z povolání (nadmírná vibrace, jednostranné dlouhodobé a nadměrné zatěžování), potom bude vzhledem k platnému seznamu onzp a uvedeným kritériím vyřazen z práce a zaměstnavatel mu bude muset ekonomicky sanovat následky jeho mimopracovní aktivity. Odlišit u lehkých a velmi lehkých stadií onemocnění, zda převažují etiologické faktory pracovní nebo mimopracovní, je mnohdy vyloučeno.

Musíme si také uvědomit, že při stanovení seznamu a měkkých kritérií pro onzp budeme muset onzp uznat a vyřadit naprosto všechny pracovníky, u nichž při periodických preventivních prohlídkách v rámci závodní preventivní péče takové lehké onemocnění zjistíme. Pokud tak neučiníme, můžeme se jako lékaři vystavit nebezpečí, že po několika měsících či letech se u postiženého rozvine nemoc z povolání a vznikne otázka, na kolik se lékař, který před jejím zjištěním posuzoval zdravotní způsobilost k práci, podílel na jejím rozvoji tím, že nebylo včas uznáno onzp a postižený nebyl vyřazen mimo expozici škodlivému pracovnímu faktoru.

Za této situace je dopad seznamu onzp pro praxi jasný – posuzování budou zbytečně ve stadiu lehkých i přechodných onemocnění vyřazování z práce a rozmnoží armádu uchazečů o práci v evidenci úřadů práce.

Je-li stanoven seznam onzp a nastaven již na úrovni lehkých onemocnění, nezbyvá zaměstnavateli nic jiného, než uložit svému lékaři závodní preventivní péče, aby nastavil přísněji kritéria a nároky na zdravotní stav posuzovaných v rámci vstupních prohlídek. Přitom je zřejmé, že velmi lehkými a lehkými stadii obecných onemocnění mohou trpět i mladí lidé po absolvování různých typů škol, kteří dosud zaměstnání ani nebyli. Pokud by byli bez podrobné vstupní prohlídky přijati do práce vystavující je pracovní noxe, která může mimo jiné vyvolat toto onemocnění, stane se z obecného onemocnění automaticky onzp a zaměstnavatel bude platit ze své kapsy. To povede ve svém důsledku k výraznému zpřísnění vstupních prohlídek s rozšířenou náplní a prováděním elektromyografických vyšetření, kožních testů, bronchoprovokačních testů, pletyzmografických vyšetření apod. Následkem toho bude řada uchazečů o práci zcela zbytečně odmítnuta.

Také krajské hygienické stanice a zdravotní ústavy se musí nepochybně připravit na zvýšený počet šetření a měření v rámci ověření podmínek vzniku onemocnění pro účely posuzování nemocí z povolání a ohrožení nemocí z povolání, což v jejich personální a ekonomické situaci nebude jednoduché.

V jednotlivých letech, od roku 2001 do roku 2007, střediska nemocí z povolání v ČR uznala 50-69-72-59-60-66-63 onzp. Tento nízký počet je způsoben situací, že lékaři závodní preventivní péče nebyli zatím přinuceni institut onzp příliš používat, protože dosud neexistovala jasná kritéria pro jeho uznání, a raději při posuzování zdravotní způsobilosti upřednostňovali své vlastní medicínské zkušenosti, znalosti zdravotního rizika konkrétních prací a praxí ověřené názory. Onzp zatím používala převážně střediska nemocí z povolání za situace, kdy závažnost posuzované nemoci dosud neumožňovala zjištěné onemocnění uznat za nemoc z povolání. Přijetím seznamu onzp se však situace radikálně změní, jak jsem již uvedl, a onzp budou muset využívat především lékaři závodní preventivní péče. Řadě odborníků pro nemoci z povolání proto připadá sám institut ohrožení nemocí z povolání zbytečný.

Samo zdůvodnění, proč ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV) zatím na onzp trvá, považuji za této situace za poněkud diskutabilní. MPSV se odvolává na čl. 14 rámcové směrnice Rady 89/391/EHS, o zlepšování úrovně bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, kde je uvedeno, že stát má povinnost zajistit sledování zdravotního stavu pracovníků s ohledem na konkrétní pracovní rizika, která je ohrožují. To je vyjádřeno slovy „sledování zdravotního stavu u jednotlivých ohrožených osob“, čemuž údajně neodpovídá systém poskytování závodní preventivní péče podle zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů. Ve snaze zapracovat tento přístup do českého právního řádu proto byla podle MPSV zvolena metoda zavedení institutu onzp. Po řadě jednání s ministerstvem zdravotnictví byl tento pojem následně vydefinován a zákonem č. 155/2000 Sb., kterým se měnil zákon č. 65/1965 Sb., zákoník práce, zaveden do právního řádu s tím, že ministerstvo zdravotnictví zpracuje příslušný prováděcí předpis.

Pracovní skupina, ve složení P. Brhel, M. Nakládalová, D. Pelclová jmenovaná náměstkem ministra zdravotnictví, vytvořila návrh seznamu ohrožení nemocí z povolání a také kritérií pro jejich uznání, a to v maximalistické podobě, protože ani názory členů pracovní komise nebyly v řadě bodů jednotné. O návrhu by měla odborná veřejnost diskutovat a za situace, že by se skutečně uvažovalo o jeho přijetí, musí být seznam zkrácen, upraven a dopracován. Proto nyní předkládám pracovní návrh, který v zásadě vychází z původního návrhu z roku 2000, k odborné diskusi.

Doufám, že tento můj příspěvek i přiložený návrh vyvolá na stránkách Pracovního lékařství, v odborné veřejnosti i na kongresu nemocí z povolání v Luhačovicích v říjnu 2008 diskusi, v níž zazní řada cenných zkušeností, připomínek a názorů. Další poznatky jistě vyplynou z analýzy onzp uznaných v naší republice v uplynulých letech, kterou připravujeme ve spolupráci s Registrem nemocí z povolání Státního zdravotního ústavu v Praze, jehož pilnými a pečlivými přispěvateli jsou všechna naše střediska nemocí z povolání.

Dovolte mi také několik dílčích námětů k diskusi:

a) Vzhledem k dlouhodobému charakteru progresse sluchové ztráty u poškození sluchu z hluku bychom měli při správném a pravidelném provádění audiometrických kontrol zachytit v rámci periodických preventivních prohlídek značnou část poruch sluchu z hluku ve stadiu onzp a nemocí z povolání by pak musely vznikat jen sporadicky. Z pochopitelných důvodů lze za takové situace předpokládat, že bude „úrazovou pojist'ovnu“ ve všech případech poškození sluchu z hluku uznaných za nemoc z povolání zajímat, zda neměl být poškozený již dříve převeden mimo nadměrný hluk pro onzp.

b) Sekundární Raynaudův syndrom z vibrací je onemocnění většinou svým charakterem lehké a po vyřazení z expozice nadlimitním vibracím dochází zpravidla k jeho regresi i spontánně bez léčby. Zavedení onzp považuji za velmi sporné, a to s ohledem na skutečnost, že sama klinická i hygienická kritéria pro uznání sekundárního Raynaudova syndromu za nemoc z povolání jsou v současnosti v České republice velmi mírná. Přitom Raynaudův fenomén je v obecné populaci poměrně častý a většinou s působením vibrací nesouvisí.

c) U periferních neuropatií typu úžinového syndromu bude potřeba v úzké spolupráci s neurologem stanovit stupeň, od kdy se jedná o onzp. V dohledné době je to možné jen pro syndrom karpálního tunelu. Podle mých zkušeností jsou mnozí pracovníci za onzp považováni léze periferních nervů ve stadiu jen velmi lehké léze. Přitom lehké léze periferních nervů horních končetin typu úžinových syndromů jsou v obecné populaci velmi časté, většina z nich je neprofesní etiologie.

d) Při zavedení onzp s navrhovanou definicí pro průduškové astma se obávám, že nutně vyvstane otázka vyšetřování a zjišťování senzibilizace při vstupních prohlídkách na některé druhy práce, např. do pekárny aj. Astmatem postižení pekárenští dělníci se zjištěnou polyvalentní alergií a senzibilizací, mimo jiné i na pracovní noxu, budou muset být vyřazeni přinejmenším pro ohrožení nemocí z povolání.

e) Nelze vyloučit, že bude laicky a právníky opakovaně otevírána otázka, zda a za jakých podmínek může uznané onzp progredovat do nemoci z povolání.

Protože jsem přesvědčen, že od sebe nelze uměle oddělovat otázky medicínské, právní, sociálních dávek, ekonomické aj., domnívám se, že správné řešení problému je následující. Je potřeba, aby se společně sešli zástupci zaměstnavatelů, zaměstnanců (odborů), MPSV, MZ, úrazových pojišťoven, odborníci pro nemoci z povolání, lékaři závodní preventivní péče a pokusili se vymezit hlavní problémové okruhy související s onzp. Asi bychom si primárně měli odpovědět na otázku: „Proč v ČR musíme používat nestandardní „ohrožení nemocí z povolání“ a nemůžeme postupovat obdobně jako v ostatních státech EU?“ Jinak: „Čeho chceme zavedením onzp dosáhnout a proč to u nás nejde stejnými prostředky jako v ostatních zemích EU?“ Přitom je potřeba si uvědomit, že se nacházíme v situaci, kdy je incidence nemocí z povolání dlouhodobě od roku 1990 sestupná. Pokud by snad měl institut onzp přece jenom fungovat, nebylo by správnější upřednostnit komplexní péči o „ohroženého“, tj. např. zaměřit úsilí především na jeho vhodnou rekvalifikaci, prohloubení metod bezpečné práce, přizpůsobení práce pracovníkovi s následným povinným zajištěním vhodného pracovního místa po časově omezeném období doplácení mzdy?

Návrh seznamu ohrožení nemocí z povolání a podmínky pro vydání lékařského posudku v případech, kdy nemoc splňuje podmínky ohrožení nemocí z povolání
(uspořádáno podle nařízení vlády č. 290/1995 Sb.)

I. Ohrožení nemocí z povolání způsobené chemickými látkami

Položky 1.–55.:

– opakovaně hraniční nebo lehce patologické výsledky laboratorních či pomocných vyšetření nebo překročení limitu biologických expozičních testů, potvrzující změny zdravotního stavu, které odpovídají účinku chemické noxy, avšak nedosahují stupně, při kterém by bylo možno uznat nemoc z povolání.

Ohrožení nemocí z povolání vzniká při práci, při níž je prokázána taková expozice chemickým noxám, která je podle současných lékařských poznatků příčinou nemoci z povolání.

II. Ohrožení nemocí z povolání způsobené fyzikálními faktory

Položka 4 – Ohrožení poruchou sluchu způsobené hlukem:

– u osob mladších 30 let při celkové ztrátě sluchu dosahující 30 % binaurální ztráty podle Fowlera,

– u osob nad 30 let se hranice 30 % zvyšuje o 0,5 % za každý rok věku,

– u osob nad 50 let celková ztráta sluchu, dosahující hranici 40 % podle Fowlera,

– u osob nad 50 let věku postupujeme individuálně podle závažnosti poruchy, její dynamiky, charakteru rizika a možnosti používání ochranných prostředků.

Ohrožení nemocí z povolání vzniká při práci, u níž je prokázána nadměrná expozice hluku. Za nadměrnou se zpravidla pokládá taková expozice, při které ekvivalentní hladina po běžnou dobu trvání pracovní směny překračuje 85 dB nebo špičková hladina frekvenčně neváženého akustického tlaku překračuje 200 Pa (140 dB).

Položka 6 – Ohrožení nemocí cév rukou při práci s vibrujícími nástroji a zařízeními

Objektivně prokázané zblednutí trvající po dobu delší než 60 sekund jednoho až tří článků prstů v chladu ověřené pletyzmografickým vyšetřením s úplným rozkladem křivek.

Ohrožení nemocí z povolání vzniká při práci s pneumatickým náradím ručně ovládaným nebo při práci s vibrujícími nástroji s takovými hodnotami zrychlení vibrací, které jsou podle současných lékařských poznatků příčinou nemoci.

Položka 7 – Ohrožení nemocí periferních nervů horních končetin charakteru ischemických a úžinových neuropatií při práci s vibrujícími nástroji a zařízeními:

– ischemické poškození *n. mediani*, *n. ulnaris* nebo obou nervů s klinickými iritačními a zánikovými příznaky a patologickým nálezem v EMG vyšetření, které však nedosahují středně těžkého stupně poškození [9].

Ohrožení nemocí z povolání vzniká při práci s pneumatickým náradím ručně ovládaným nebo při práci s vibrujícími nástroji s takovými hodnotami zrychlení vibrací, které jsou podle současných lékařských poznatků příčinou nemoci.

Položka 8 – Ohrožení nemocí kostí a kloubů rukou nebo zápěstí nebo loktů při práci s vibrujícími nástroji a zařízeními:

– izolovaná artróza kloubů ručních, zápěstních nebo loketních středně těžkého, tj. II. stupně podle Kellgrena a Lawrence, s funkčním omezením pohybu v postiženém kloubu a pracovním omezením z toho vyplývajícím.

Ohrožení nemocí z povolání vzniká při práci s pneumatickým náradím ručně ovládaným nebo při práci s vibrujícími nástroji s takovými hodnotami zrychlení vibrací, které jsou podle současných lékařských poznatků příčinou nemoci.

Položka 9 – Ohrožení nemocí šlach, šlachových pochev nebo úponů nebo svalů nebo kloubů končetin z dlouhodobého nadměrného jednostranného přetěžování:

– objektivními vyšetřovacími metodami potvrzené recidivující (opakující se) nemoci, kdy se zatím nejedná o chronická onemocnění s výrazným omezením pracovní schopnosti;

– izolovaná artróza kloubů končetin z dlouhodobého nadměrného jednostranného přetěžování středně těžkého, tj. II. stupně podle Kellgrena a Lawrence, s funkčním omezením pohybu v postiženém kloubu a pracovním omezením z toho vyplývajícím;

– impingement syndrom II. stupně.

Ohrožení nemocí z povolání vzniká při práci, při které jsou příslušné svalové skupiny nebo nervy přetěžovány natolik, že přetěžování nebo tlak, tah nebo torze jsou podle současných poznatků příčinou nemoci.

Položka 10 – Ohrožení nemocí periferních nervů končetin charakteru úžinového syndromu z dlouhodobého nadměrného jednostranného přetěžování nebo tlaku, tahu nebo torze:

– klinická a současně EMG porucha, která však nedosahuje středně těžkého stupně poškození [9].

Ohrožení nemocí z povolání vzniká při práci, při které jsou příslušné svalové skupiny nebo nervy přetěžovány natolik, že přetěžování nebo tlak, tah nebo torze jsou podle současných poznatků příčinou nemoci.

III. Ohrožení nemocemi z povolání týkajícími se dýchacích cest, plic, pohrudnice a pobříšnice

Položka 10 – Ohrožení profesionálním astmatem a alergickými onemocněními horních dýchacích cest u osoby s bronchiálním astmatem nebo alergickou rinitidou, je-li prokázána senzibilizace na alergen z pracovního prostředí, nespecifická bronchiální hyperreaktivita (u bronchiálního astmatu) a snížení sledovaných parametrů ve specifických bronchoprovokačních nebo rinoprovokačních testech mírnějšího stupně, než je požadováno pro nemoc z povolání.

Ohrožení nemocí z povolání vzniká při práci, u níž je prokázána expozice prachu nebo plynným látkám s alergizujícími nebo iritujícími účinky.

VI. Ohrožení nemocemi z povolání způsobenými ostatními faktory a činiteli

Položka 1 – Hyperkinetická dysfonie, uzlíky na hlasivkách, nedomykavost hlasivek a fonastenie:

– pokud jsou spojeny s dočasnou pracovní neschopností a dočasně znemožňují výkon povolání kladoucího zvýšené nároky na hlas, ale nedosahují těžkého stupně.

Ohrožení nemocí z povolání vzniká při práci spojené s vysokou profesionálně podmíněnou hlasovou námahou.

Literatura

1. BRHEL, P. Ohrožení nemocí z povolání a dynamika vývoje pneumokoniózy (Návrhy z panelové diskuse na kongresu MEFA 98). *Pracov. Lék.*, 1999, roč. 51, č. 1, s. 34–35.
2. BRHEL, P. HEJLEK, A. Ohrožení nemocí z povolání (Závěry vnitroborové diskuze). *České pracov. Lék.*, 2000, roč. 1, č. 2, s. 124–125.
3. BRHEL, P., KUKLOVÁ, D. K nové definice ohrožení nemocí z povolání. *Prakt. Lék.*, 2001, roč. 81, č. 7, s. 380–302.
4. BRHEL, P., URBAN, P. Jak využíváme ohrožení nemocí z povolání. *České pracov. Lék.*, 2001, roč. 2, č. 1, s. 6–12.
5. BRHEL, P., KUKLOVÁ D. Ohrožení nemocí z povolání z pohledu lékařů závodní preventivní péče a lékařů středisek nemocí z povolání. *Bezpečnost a hygiena práce*, 2001, roč. 51, č. 9–10, s. 18–20.
6. HRNČÍŘ, E., MIKYSKA, M. Překlasifikované nemoci z povolání po deseti letech. *Pracov. Lék.*, 2000, roč. 52, č. 2, s. 96–99.
7. HRNČÍŘ, E., MIKYSKA, M. Ohrožení nemocí z povolání – lékařské a právní otázky. *Pracov. Lék.*, 2002, roč. 54, č. 2, s. 95–99.
8. PELCLOVÁ, D., FENCLOVÁ, Z., URBAN, P. Význam ohrožení nemocí z povolání a role středisek nemocí z povolání. *České pracov. Lék.*, 2002, roč. 3, č. 2, s. 79–80.
9. Věstník MZ ČR, částka 10, říjen 2003.

Kontaktní adresa:

*Prof. MUDr. Petr Brhel, CSc.
Klinika pracovního lékařství FN
Pekařská 53
656 91 Brno*