



CÍL 7: PREVENCE INFEKČNÍCH ONEMOCNĚNÍ

PODSTATNĚ SNÍŽIT NEPŘÍZNVÉ DŮSLEDKY INFEKČNÍCH NEMOCÍ PROSTŘEDNICTVÍM SYSTEMATICKY REALIZOVANÝCH PROGRAMŮ NA VYMÝČENÍ, ELIMINACI NEBO ZVLÁDNUTÍ INFEKČNÍCH NEMOCÍ, KTERÉ VÝZNAMNĚ OVLIVŇUJÍ ZDRAVÍ VEŘEJNOSTI

Cíl je rozdělen do 5 dílčích úkolů, zaměřených konkrétně na:

- Eliminaci dětské obrny z evropského regionu SZO a z globálního pohledu na její úplnou eradikaci. Původní termín byl nyní pro problémy v některých státech subsaharské Afriky a jihovýchodní Asie posunut do roku 2005. Z hlediska ČR je dílčí úkol již splněn, samozřejmě bude třeba v zadaných úkolech (surveillance polio včetně očkování, surveillance akutních chabých paréz, eliminace divokých poliovirů v laboratořích, sledování cirkulace poliovirů z odpadních vod) pokračovat až do úplné globální eradikace.
- Eliminaci novorozeneckého tetanu. I tento úkol byl na našem území již splněn, dokonce v důsledku celonárodního očkování proti tetanu v letech 1973-5 již před cca 30 lety. I zde však bude třeba v surveillance tetanu, včetně očkování pokračovat a příznivou situaci udržet.
- Eliminaci nezavlečených spalniček. Zde patří dosavadním vývojem nemocnosti ČR mezi zatím neúspěšnější státy Evropy. K splnění stanoveného dílčího úkolu bude třeba dokončit novou surveillance spalniček, seznámit s ní zdravotnickou veřejnost a začít podle ní postupovat. Nosnými úkoly přitom budou vysoká proočkovanost, kompletnost hlášení, včetně suspektních spalniček a jejich sérologické vyšetřování.
- Snížení nemocnosti dalšími závažnými infekcemi, proti kterým se očkuje, tj. záškrtu, hepatitidy B, dávného kašle, příušnic, zarděnek a vrozeného zarděnkového syndromu a konečně i agresivních chorob, vyvolaných *Haemophilus influenzae* b. I zde budou používány osvědčené prvky surveillance, tj. očkování, hlášení, laboratorní diagnostika a samozřejmě nezbytná zdravotní výchova, kterou bude zřejmě nezbytné využívat především v prevenci syfilis, kde očkování není k dispozici a kde je možnou cestou využívání pravidel bezpečného sexu.
- Snížení nemocnosti dalšími významnými a závažnými infekcemi regionu, jakými jsou malárie, HIV/AIDS a další pohlavní nemoci, tuberkulóza, akutní respirační a akutní průjmová onemocnění. I zde půjde o to, pokračovat v dosud přijatých opatřeních a podle možností je dále rozšiřovat.

Z uvedeného vyplývá, že ČR je schopna a připravena cíl 7 v požadovaném rozsahu a čase splnit. Jak vyplývá z dílčích úkolů, řada aktivit, s nimiž dílčí úkoly počítají, již splněna byla a nyní půjde o to, dosažený příznivý stav udržet. U ostatních aktivit by mělo být v silách našeho zdravotnictví předpokládané dílčí cíle včas dosáhnout.

Dílčí úkol č. 7. 1.

Eliminovat z území evropského regionu SZO případy dětské obrny a nejpozději do roku 2003 toto věrohodně potvrdit

Současný stav:

Od roku 1961 nebyl na území ČR zjištěn žádný případ paralytické poliomyelitidy. Proočkovanost je ve všech krajích vyšší než 95 %, v okresech neklesá pod 92 %. Výsledky sérologických přehledů potvrzují vysokou proočkovanost (prevalence pozitivních titrů nad 90 %). Výsledky sledování cirkulace poliovirů v odpadních vodách ukázaly, že od roku 1992 až do současnosti (cca 450 vzorků ročně) z izolovaných poliovirů se ani v jednom případě nejednalo o divoký poliovirus. V roce 1992 byl zaveden systém sledování akutních chabých paréz a jejich vyšetřování u dětí do 15 let věku a od roku 1999 se daří dosahovat parametrů, které SZO vyžaduje k certifikaci eradikace polio. Národní referenční laboratoř pro polio od roku 1999 dosahuje plné akreditace od SZO. Byl zaveden systém spolupráce a kontroly kvality vyšetřování ve spolupracujících terénních laboratořích, s využíváním metod doporučených SZO. Byla provedena opatření k tomu, aby se s cíli a metodami, směřujícími k dosažení eradikace a její certifikace v podmínkách ČR, seznámili pracovníci, kterých se problematika týká (epidemiologové, virologové, neurologové, infekcionista, pediatři - s využitím odborných článků, konzultačních dnů, osobních jednání atd.). Jsou vytvářeny podmínky k splnění úkolů eradikace, zaměřených na zničení divokého polioviru nebo materiálů, které by jej mohly obsahovat v laboratořích (bylo osloveno 144 laboratoří, ke konci října 2001 žádná z nich neměla divoký poliovirus). ČR již předložila dokumentaci, vyžadovanou k certifikaci polioeradikace na národní úrovni. Tato dokumentace byla projednána v roce 1999 na zasedání SZO EURO, v prosinci 2001 byla doplněna o údaje za rok 1999-2001 a hodnocení bylo předáno SZO EURO jako podklad pro certifikaci polioeradikace. Národní certifikační komise zhodnotila ve své poslední zprávě pro SZO EURO současnou situaci v plnění cíle následujícím způsobem: „Vysoká úroveň a dobrá organizace zdravotní péče spolu s funkčním surveillance systémem jsou schopné detekovat všechny případy suspektní poliomyelitidy a včas reagovat na jejich eventuální záchyt.“

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

7.1.1: Pokračovat v plnění surveillance programu SZO k eradikaci poliomyelitidy v plném rozsahu tak jako dosud

odpovědnost: MZ

spolupráce: SZÚ, očkovací lékaři, lůžková dětská, neurologická a infekční oddělení, vybrané virologické laboratoře, HS

termíny: průběžně - ročně do r. 2005

sérologický přehled - vyhodnocení do 31.12.2002, další podle stanovených termínů

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- počty akutních chabých paréz u dětí do 15 let věku,
- procento proočkovanosti,
- počet hlášených poliomyelitid,
- výsledky sérologických přehledů,

- výsledky sledování cirkulace poliovirů z odpadních vod.

Dílčí úkol č. 7. 2.

Eliminovat novorozenecký tetanus

Současný stav:

V ČR se výskyt tetanu pohybuje od roku 1980 v hodnotách cca 1-2 případy ročně, tj. nemocnost 0,01-0,02 na 100 tisíc obyvatel, novorozenecký tetanus byl naposledy hlášen před cca 30 lety, od té doby se nevyskytuje. Dílčí úkol byl v ČR již dosažen díky strategii očkování, které zahrnuje vedle základního očkování a přeočkování v dětském věku ještě další přeočkování v indikovaných případech poranění a v dospělém věku vždy v intervalech každých 10-15 let. Vysokou proočkovanost dokládají i výsledky sérologických přehledů.

Aktivita ke splnění dílčího úkolu:

7.2.1: Pokračovat v očkování proti tetanu, i nadále dosahovat vysokou proočkovanost, provádět administrativní kontrolu pravidelného očkování dětí, provádět kontrolu výsledků očkování sérologickými přehledy, zajišťovat epidemiologické šetření každého případu tetanu, výsledky hlásit SZÚ

odpovědnost: MZ

spolupráce: očkovací lékaři, hlásící lékaři, Národní referenční laboratoř pro tetanus FN Olomouc, HS, SZÚ

termíny: průběžně - ročně

sérologické přehledy ve schválených termínech

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- nemocnost na novorozenecký tetanus,
- procento proočkovanosti proti tetanu,
- výsledky sérologických přehledů.

Dílčí úkol č. 7. 3.

Nejpozději do roku 2007 na území regionu eliminovat nezavlečené spalničky

Současný stav :

V ČR je zavedeno povinné očkování proti spalničkám od roku 1969 jako očkování jednou dávkou, od roku 1975 jako očkování dvěma dávkami (ČR je v této strategii první na světě). Očkovací schéma, resp. věk očkovaných se podle výsledků sérologických přehledů několikrát měnil, nynější strategie se používá od roku 1980 a spočívá v podání dvou dávek, přičemž první dávka se podává co nejdříve po dosažení 14 měsíců věku, druhá pak v intervalu 6-10 měsíců po podání dávky první. Provádí se i sérologický přehled spalniček (poslední v roce 2001). V roce 1984 byla zavedena surveillance spalniček, jejíž součástí je definice spalniček, systém hlášení, včetně systému ověřování spalniček sérologickými metodami. Před zavedením očkování se počet hlášených případů spalniček pohyboval okolo 60 000 případů a 50-60 úmrtí ročně, po zavedení očkování nemocnost postupně klesala a od roku 1982 do roku 1989 se počet případů pohyboval okolo 10 ročně, v letech 1990-1992 došlo k menšímu epidemiologickému vzplanutí především u dříve neočkovaných nebo nedostatečně očkovaných (cca 800 případů ročně). Od roku 1993 do roku 1999 bylo celkem hlášeno 72 případů, tj. cca 10 případů ročně. Těmito výsledky se ČR řadí mezi státy Evropy s nejlepší situací na úseku spalniček. Dosahovaná proočkovanost se pohybuje v průměru okolo 95 %. Je zaveden dvoudávkový systém očkování, který SZO pro dosažení cíle doporučuje. V SZÚ je Národní referenční laboratoř pro spalničky, která zpracovává sérologické přehledy a pokouší se o zavedení systému ověřování všech v terénu laboratorně ověřených případů spalniček. Existuje sice plán surveillance spalniček z roku 1984, ale v současných podmínkách organizace zdravotnictví již není aplikovatelný.

Aktivita ke splnění dílčího úkolu:

7.3.1: Zpracovat a vydat nový surveillance program spalniček, vycházející z harmonogramu

úkolu SZO ke splnění cíle - eliminace spalniček, který bude obsahovat podrobné rozvedení následujících opatření:

- pokračovat v očkování proti spalničkám, dosahovat proočkovanost minimálně 95 %,
 - provádět administrativní kontrolu proočkovanosti proti spalničkám,
 - provádět kontrolu výsledků očkování sérologickými přehledy metodikou, doporučenou SZO nebo EU,
 - zajistit, aby ve všech případech suspektních spalniček bylo prováděno epidemiologické šetření podle jednotné metodiky a všechny výsledky byly předávány k dalšímu zpracování SZÚ,
 - zajistit, aby ve všech případech suspektních spalniček byla odebírána krev k laboratornímu vyšetření a aby vždy jeden alikvot byl zaslán NRL pro spalničky k ověření,
 - v případě, že analýza proočkovanosti ukáže „kapsy“ nedostatečně očkovaných nebo že v případě výskytu spalniček budou v ohnisku zjištěni neočkovaní, zajistit jejich doočkování.
- odpovědnost: MZ
spolupráce: SZÚ, očkovací a hlásící lékaři, laboratoře, HS

termíny: vydání nového metodického návodu: do 31. 12. 2002

sérologické přehledy: vyhodnocení do 31. 12. 2002 a další ve stanovených termínech

sledování dalších ukazatelů - průběžně ročně do roku 2010

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- počet hlášených případů spalniček,
- procento proočkováných dětí,
- výsledky sérologických přehledů.

Dílčí úkol č. 7. 4.

Nejpozději do roku 2010 dosáhnout výskyt:

- záškrtu pod 0,1 případu na 100 000 obyvatel,

- snížení výskytu nových nosičů viru hepatitidy B o nejméně 80 % tím, že se vakcína proti hepatitidě B stane součástí imunizačního programu pro děti,

- nižší než 1 případ na 100 000 obyvatel v případě příušnic, dáivého kašle a agresivních chorob, vyvolaných Haemophilem influenzae b,

- vrozené syfilis nižší než 0,01 případů na 1 000 živě narozených dětí,

- vrozeného zarděnkového syndromu nižší než 0,01 případů na 100 živě narozených dětí.

Současný stav :

V ČR je výskyt:

- záškrtu vzácný, poslední případ byl registrován v roce 1995 (jednalo se o případ s největší pravděpodobností zavlečený, k dalšímu šíření na našem území nedošlo, tzn. že index 0,1 na 100 000 obyvatel nepřekračujeme a zřejmě ani překračovat nebudeme,
- výskyt nových případů nosičství virové hepatitidy B není zatím rutinně sledován, počet nových případů onemocnění činí cca 700 ročně, je pravděpodobné, že zavedením celoplošného očkování dětí do 1 roku věku a dvanáctiletých v roce 2001 se požadovaný ukazatel dosáhne,
- výskyt dáivého kašle činil od r. 1996 do r. 2001 v průměru 100 případů, tj. 1,0 na 100 000 ročně, výskyt příušnic činil ve stejném období v průměru 1,2 na 100 000 ročně, výskyt agresivních chorob, způsobených H. influenzae b od roku 1999, kdy byla zavedena surveillance této

nákazy, činil cca 100 případů, tj. 1 případ na 100 000. Je pravděpodobné, že pokračováním očkování proti pertussi, příušnicím a zavedením celoplošného očkování jednoletých dětí proti nákazám, vyvolaným H. influenzae b, v roce 2001, se podaří uvedené indexy dosáhnout,

- výskyt vrozené syfilis je hlášen až v posledních letech, v přepočtu na 1 000 dětí z 90 000 dětí, narozených ročně od roku 1999, to bylo 0,18, což je podstatně více než činí požadovaný index. Vzhledem k tomu, že k dosažení cílového indexu jsou k dispozici jen nespecifická opatření a s ohledem na vývoj v dané oblasti půjde o problém,
- hlášený výskyt vrozeného zarděnkového syndromu je nulový a s ohledem na výsledky očkování proti zarděnkám u nás (854 hlášených případů v roce 2001 především u neočkovaných starších hochů) je toto číslo zřejmě blízko skutečnosti.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

7.4.1: Pokračovat v očkování proti záškrtu a dávivému kašli, proti zarděnkám a příušnicím, i nadále dosahovat vysokou proočkovanosť, provádět administrativní kontrolu proočkovanosť, zajistit postup podle nové vyhlášky o očkování č. 439/2000 Sb.

odpovědnost: MZ
spolupráce: SZÚ, očkující lékaři, HS
termíny: průběžně ročně do roku 2010

7.4.2: Ověřit výsledky administrativní kontroly proočkovanosť v sérologických přehledech s cílem navrhnout včas event. doočkování skupin s poklesem imunity

odpovědnost: MZ
spolupráce: SZÚ, praktičtí lékaři zapojení do sběru sér, HS
termíny: vyhodnocení přehledu z r. 2001 do 31. 12. 2002, další přehledy ve stanovených termínech

7.4.3: Pokračovat v hlášení, epid. šetření a analýze případů difterie, pertusse, příušnic, zarděnek, virové hepatitidy B, nákaz vyvolaných Haemophilem influenzae b, vrozené syfilis, doplnit hlášení virové hepatitidy B o hlášení nosičství, vytvořit program exportu pohlavních nákaz do systému EPIDAT

odpovědnost: MZ
spolupráce: hlásící lékaři, HS, SZÚ
termíny: průběžně ročně do roku 2010

program exportu PN do systému EPIDAT do 31. 12. 2002

7.4.4: Pokračovat ve zdravotně-výchovném působení, směřujícím k omezení dalšího šíření pohlavně přenosných nákaz včetně syfilis

odpovědnost: MZ
spolupráce: SZÚ, dermatovenerologové, HS
termíny: průběžně ročně do r. 2010

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- hlášená nemocnost na uvedené nemoci,
- procento proočkovanosti na uvedené nemoci,
- výsledky sérologických přehledů.

Dílčí úkol č. 7. 5.

Nejpozději do roku 2015

- **výskyt malárie omezit na méně než 5 případů na 100 000 obyvatel a zajistit aby v regionu nedocházelo k žádným úmrtím v důsledku neimportované malárie,**
- zajistit trvalé a pokračující snižování výskytu, úmrtnosti a negativních dopadů infekce HIV/AIDS, dalších pohlavně přenosných chorob, tuberkulózy a akutních respiračních a průjmových onemocnění

Současný stav :

V ČR je

- výskyt neimportované malárie možno považovat za nevýznamný. Počet hlášených případů se pohybuje okolo 0,3 případu na 100 000 obyvatel ročně, vesměs se jedná o importované případy ať již u našich občanů, vracejících se ze služebních nebo rekreačních cest ze zemí endemického výskytu, nebo cizinců, přicházejících z těchto oblastí. Vzhledem k našim pro šíření malárie nepříznivým podmínkám se nemusíme jejího šíření v našich podmínkách obávat. Nicméně bude třeba zlepšit úroveň hlášení, informovanost lékařů prvního styku o této nákaze a věnovat pozornost i tzv. letištní malárii jako novému fenoménu,
- infekce HIV/AIDS povinně hlášena, počet nových případů infekce HIV v posledních letech od roku 1998 začal po předchozím neustálém vzestupu jevit sestupnou nebo spíše setrvalou tendenci. Ve srovnání se situací v ostatních státech Evropy patříme stále mezi státy s relativně nízkou incidencí. Další infekce, přenášené pohlavním stykem jsou charakterizovány vzestupem incidence syfilis (v roce 1999 na cca 800 případů proti cca 300 případům na počátku devadesátých let) a poklesem incidence kapavky (v roce 2000 na cca 2 000 případů proti cca 7 000 případů na počátku devadesátých let),
- výskyt tuberkulózy je charakterizován od poloviny osmdesátých let po předchozím neustálém poklesu incidence setrváváním na prakticky stejné hladině do roku 1998 (okolo 20 případů na 100 000 osob tuberkulózy všech forem), od roku 1999 je po uvedené dlouhé době setrvalého výskytu zaznamenán opět pomalý pokles. Nadále je třeba zaměřit pozornost na rychlou bakteriologickou diagnostiku, na diagnostiku rezistentních a multirezistentních kmenů a při hlášení na kompletnost hlášených dat,

- výskyt akutních respiračních onemocnění nejeví změny, proti chřipce se očkují vybrané skupiny zdravotně stigmatizovaných osob. Procento očkovaných je celkově nízké, dosahuje cca 200 000 - 300 000 osob ročně, tj. 2-3 % naší populace,
- výskyt průjmových onemocnění infekčního původu je charakterizován poklesem infekcí, přenášených především interhumánně, a naopak výrazným nárůstem infekcí přenosných ze zvířat (např. salmonelóza nebo kamylobakteriíza v devadesátých letech). Výskyt cholery na našem území v posledních desetiletích zaznamenán nebyl.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

7.5.1: Zintenzivněním zdravotně-výchovných programů v oblasti pohlavně přenosných nemocí, především HIV/AIDS, zavedením výchovy k reprodukčnímu zdraví do obsahu vzdělávání posledních tříd základních a všech tříd středních škol, zaváděním „peer výchovy“ a metody „streetworku“ a zapojováním aktivit občanských sdružení, specializovaných na prevenci uvedených nákaz u cílových skupin s rizikovým chováním, příznivě ovlivňovat situaci, pokračovat v samostatném Programu řešení problematiky HIV/AIDS v ČR včetně jeho finanční dotace

odpovědnost: MZ

spolupráce: MŠMT, MPSV, dermatovenerologové, HS, pracovníci AIDS center, SZÚ, Česká společnost dorostového lékařství ČLS JEP, občanská sdružení specializovaná na problematiku HIV/AIDS

termíny: průběžně ročně do roku 2015

7.5.2: V oblasti tuberkulózy uplatňovat program SZO k zajištění řádné léčby a jeho kontrolu, v rámci hygienické služby pokračovat ve státním zdravotním dozoru v této oblasti

odpovědnost: MZ

spolupráce: pracovníci oboru TRN, HS, SZÚ

termíny: průběžně ročně do roku 2015

7.5.3: V oblasti akutních respiračních onemocnění prohloubit spolupráci s terénními laboratořemi v oblasti včasné diagnostiky, sledovat novou vyhláškou o očkování zavádění očkování proti pneumokokovým nákazám u pacientů léčených pro dlouhodobě nemocné, ústavů sociální péče a domovů důchodců, pokračovat v naplňování vládou přijatého „pandemického plánu“ pro případ nové shiftové varianty chřipkového viru

odpovědnost: MZ

spolupráce: očkující lékaři, HS, členové Pracovní skupiny pro „pandemický plán“, SZÚ

termíny: každoročně do roku 2015

pandemický plán - ve schválených fázích podle vývoje epid. situace

- 7.5.4: V oblasti prevence vzniku a šíření průjmových onemocnění infekčního původu klást důraz především na zdravotní výchovu „potravinařů“, ale i celé veřejnosti s cílem informovat na všech úrovních a s využitím masmedií především o zásadách hygieny a prevence infekcí z potravin (Deset zlatých pravidel SZO).
- odpovědnost: MZ
spolupráce: HS, SZÚ
termíny: průběžně ročně do roku 2015

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- nemocnost uvedenými infekcemi a HIV pozitivita,
- problematika HIV/AIDS v ČR pro období 2003 - 2007,
- počty preventivních sociálních komunitních programů pro osoby HIV pozitivní.