

ných údajů v letech 2020–2022 potvrdil rozdíly v riziku hospitalizace, ale i smrtelnosti mezi jednotlivými věkovými skupinami dětí a mladistvých do 20 let. Nejvyšší závažnost byla zjištěna ve věkové skupině 0–4 let, mj. bylo v tomto věku hlášeno 8 úmrtí. Bohužel do současnosti bylo ve věku 6 měsíců – 4 roky očkováno pouze 68 dětí. Při propagaci vakcinace je žádoucí využívat dostupná tuzemská data.

Řešeno s podporou programu Cooperatio.

<https://doi.org/10.21101/hygiena.b0106>

Rozvoj Informačního systému infekčních nemocí a souvisejících aplikací po období pandemie covidu-19

Development of the Infectious Disease Information System and related applications after the covid-19 pandemic

Jakub Kubát

Ústav zdravotnických informací a statistiky, Praha, Česká republika

Prezentace popisuje základní funkce a moduly Informačního systému infekčních nemocí (dále také ISIN), a jejich využívání na jaře 2023, tedy v době po ukončení pandemie covidu-19. Některé z modulů se již téměř nevyužívají (navolávací modul call center, příjezdový formulář), naopak některé moduly se dočkávají velkých obměn (očkovací modul). V rámci ISIN došlo na základě změny v legislativě (zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů), k rozšíření stávajícího očkovacího modulu o evidenci všech očkovaní provedených poskytovatelem zdravotních služeb. Očkovací modul ve své nové podobě začal fungovat od 1. 1. 2023. V dubnu 2023 bylo v očkovacím modulu ISIN uloženo přes 538 tisíc dávek očkovaní od více než 5 300 poskytovatelů zdravotních služeb. Oproti předchozímu registru očkovaní, který provozoval a spravoval Státní ústav pro kontrolu léčiv jako součást systému eRecept do 30. 11. 2022, došlo k významnému úbytku povinně vyplňovaných položek ze stran poskytovatelů zdravotních služeb, což vedlo k lepší kázní ve vykazování dat. V průběhu příštích měsíců je také plánováno napojení ISIN na systém eRecept, kdy dojde k přenosu dat o očkovaní, která se pak v případě udělení souhlasu pacienta stanou součástí lékového záznamu. Aby ale nedošlo jen k tomu, že data o očkovaní budou využívána pouze orgány státní správy pro zajištění ochrany a podpory veřejného zdraví či lékaři, připravuje Ministerstvo zdravotnictví zobrazení dat o očkovaní v mobilní aplikaci dříve nazývané jako „Tečka“, nově jako „EZ karta“. Tato mobilní aplikace pak poskytne občanovi informace o provedených očkováních včetně možnosti zobrazit si i očkovaní vlastních dětí.

<https://doi.org/10.21101/hygiena.b0107>

Tuberkulóza v České republice

Tuberculosis in the Czech Republic

Mírka Džingozovová

Klinika nemocí plicních a tuberkulózy LF MU a FN Brno, Brno, Česká republika

Tuberkulóza zůstává stále druhou nejčastější smrtící infekční chorobou světa (po AIDS), s výjimkou posledních let, kdy 1. místo zaujala infekce covid-19. Ročně se ve světě vyskytne více než 10 milionů nových případů aktivní TBC a na TBC zemře cca 1,6 miliardy lidí. 80 % případů je přítomno v rozvojových zemích Afriky a jihovýchodní Asie. Velkým problémem je výskyt multirezistentních forem TBC, které vznikají zejména pokud není důsledně dodržována pravidelnost a délka léčby. Tyto formy TBC se léčí obtížněji a mnohem delší dobu než TBC vyvolaná citlivými kmeny. ČR patří mezi země s velmi nízkou prevalencí TBC. Vděčíme za to jistě i důsledné epidemiologické kontrole nad tímto onemocněním. Agenda diagnostiky, léčby a dispenzarizace pacientů s TBC spadá do rukou lékařů specializace pneumologie – ftizeologie. V ČR existuje TBC registr, do kterého se povinně hlásí všechny nové případy TBC. Léčba TBC je plně kontrolovaná. Iniciální fáze probíhá 2 měsíce za hospitalizace, pokračovací fáze 4 měsíce ambulantně, s pravidelnými klinickými kontrolami. Důsledně jsou vyšetřovány i osoby, jejichž kontakt s nemocným byl vyhodnocen jako rizikový. Existuje screening latentní TBC u určitých skupin imunokompromitovaných pacientů a následné podávání chemoprophylaxe k prevenci přechodu do aktivní formy TBC. Předběžná data za rok 2022, kdy byla obava z nárůstu případů v souvislosti s válkou na Ukrajině, udávají, že došlo k mírnému nárůstu zachytů *M. tuberculosis* na území ČR, nicméně tento nárůst nepředstavuje významné zvýšení rizika TBC pro populaci ČR. Bylo hlášeno 362 nových případů, z toho 9 MDR TBC, zemřelo 17 pacientů. Sdělení dále pojednává o původci, způsobu přenosu, diagnostice, formách a klinických příznacích TBC. Zmíněny jsou rizikové skupiny, které jsou nejvíce ohrožené vznikem TBC a u kterých by každý klinický specialista měl na toto onemocnění myslet. Jedná se o bezdomovce, imigranty, i. v. narkomany, vězně, HIV pozitivní osoby.

<https://doi.org/10.21101/hygiena.b0108>

Poranění zdravotníků a postexpoziční profylaxe HIV v České republice

Health care worker injuries and HIV post-exposure prophylaxis in the Czech Republic

Anna Kubátová

Státní zdravotní ústav, Praha, Česká republika

Postexpoziční profylaxí HIV (PEP) rozumíme zajištění HIV negativní osoby antiretrovirovými léky po rizikovém kontaktu s HIV pozitivní osobou (jejími tělními tekutinami), která má v době rizika měřitelnou nebo neznámou hladinu viru v krvi, nebo s biologickým materiálem obsahujícím HIV. Indikací je i rizikový kontakt s osobou, u níž není znám HIV status, ale HIV pozitivita je možná. O zahájení PEP rozhoduje lékař HIV centra v době co nejkratší od rizikového kontaktu, nejpozději do 72 hodin.

Základní legislativou, upravující problematiku HIV, je zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně souvisejících zákonů, v platném znění, a vyhláška č. 473/2008 Sb., o systému epidemiologické bdělosti pro vybrané infekce. Na úrovni doporučení řeší proble-

matiku Metodický návod k řešení problematiky infekce HIV/AIDS v České republice (Věstník MZ ČR, 1/2023) a Doporučený postup péče o dospělé infikované HIV a postexpozici profylaxe infekce HIV (SIL, 25. 6. 2019).

Postup při poranění ostrým kontaminovaným předmětem nebo nástrojem je legislativně dán zákonem č. 258/2000 Sb., § 75b.

Zdrojem dat o hlášených počtech poranění 2014–2016 je MZ ČR, o počtu aplikovaných dávek PEP jednotlivá HIV centra (data 2018). V letech 2014–2016 bylo hlášeno v průměru 3 106 poranění zdravotníků ročně, 55 % připadalo na střední zdravotnický personál, 17 % na lékařské profese, 8 % na nižší zdravotnický personál, 7 % byli studenti, 2 % pracovníci laboratoří, 4 % pracovníci úklidu a 7 % ostatní profese. V průměru 71 % byla poranění o injekční jehlu, o chirurgické nástroje a skalpel 13 %, manipulace s inzulinovým perem 6 %, s biologickým materiálem 4 %, ostatní poranění 6 %. Největší četnost poranění hlásily nemocnice – 86 %, ambulantní pracoviště 5 %, ostatní zařízení celkem 9 %. Nejčastější věk poraněných byl 20–29 let, další nárůst byl kolem 40. roku věku. PEP byla v roce 2018 aplikována 29 zdravotníkům (0,93 % poraněných, vycházíme-li z dat předchozích let).

Odhad nákladů na vyšetřování zdravotníků po poranění se v r. 2016 pohyboval mezi 7,7–13,7 mil. Kč, v závislosti na nákladech na vyšetření markerů VHB. Náklady na PEP se v roce 2018 pohybovaly odhadem mezi 32–435 tis. Kč v závislosti na podaném léku.

Pokud budeme tvrdit, že ke každému pacientovi máme přistupovat jako k HIV pozitivnímu z hlediska ošetřování, máme tak přistupovat i ke zdravotníkům při poranění a vždy indikovat postexpozici profylaxi HIV (nežádoucí účinky, cena, stigmatizace zdravotníků)? Užíváme jednotnou terminologii? HIV u zdrojové osoby, až na jednotlivé situace dané zákonem, lze vyšetřit jen s jejím souhlasem. Je při poranění zdravotníka vždycky dostatek času? Jsou nastavena vnitřní pravidla a způsob komunikace s HIV centry?

Problematika poranění zdravotnických pracovníků, jasná pravidla týkající se vyšetření pacientů po poranění zdravotníka a jasně stanovený způsob komunikace s HIV centry jsou témata, která je potřeba mít na pracovištích vyřešená v zájmu ochrany zdraví zaměstnanců.

<https://doi.org/10.21101/hygiena.b0109>

Difterie, aktuální informace, prevence Diphtheria, current information, prevention

Kateřina Fabiánová

Státní zdravotní ústav, Centrum epidemiologie a mikrobiologie, Oddělení epidemiologie infekčních nemocí, Praha, Česká republika

Cílem prezentace je seznámit s aktuální epidemiologickou situací u nás a v Evropě a „oprášit“ postupy při výskytu záškrtu neboli difterie. Záškrt nabývá na významu kvůli rostoucímu individuálnímu cestování a nárůstu hromadných relokací uprchlíků, žadatelů o azyl a přistěhovalců ze zemí, kde je záškrt stále endemický. Import v kombinaci s rostoucí vážností ohledně očkování v neendemických zemích, časté cestování do endemických zemí a vyvanutí imunity u očkované populace vede k tomu, že se záškrt znovu po dlouhé době objevuje, a to i v České republice. Je nutné udržet proočkovanost

celé populace na co nejvyšší úrovni i s ohledem na pokles ochranných hladin protilátek u dospělých. Prevence očkováním, v neposlední řadě zdravotníků a pracovníků sociálních služeb, rychlé rozpoznání onemocnění, včasná terapie a bezodkladná protiepidemická opatření jsou krucióální pro zastavení šíření této nákazy.

<https://doi.org/10.21101/hygiena.b0110>

2. Infekce spojené se zdravotní péčí – definice ECDC, prevalenční studie – bodové a kontinuální sledování, standardizace IT technologií v nemocnicích, právní a etické aspekty zdravotnické péče

Infekce spojené se zdravotní péčí Healthcare associated infections

Petr Smejkal

Institut klinické a experimentální medicíny, Praha, Česká republika

Dobré řešení problematiky infekcí spojených se zdravotní péčí vyžaduje nejen zájem nemocnic a zdravotníků o zlepšení kvality poskytované péče, ale i stimul ze strany zdravotních pojišťoven a akreditačních komisí. Není možné, aby pojišťovny nadále proplácely nemocnicím veškeré preventabilní infekční komplikace nemocniční péče. Mnohé hospitalizace související s infekcemi spojenými se zdravotní péčí by neměly být hrazeny v plné výši. Jistě by se potom zájem managementu nemocnic o tuto problematiku zvýšil. Akreditační komise by se měly do budoucna daleko více zaměřit na tuto problematiku při posuzování kvality péče v nemocnicích.

Daleko jsme nepokročili v očkování zdravotníků. V západních zemích je běžnou praxí kontrolovat dostatečnou imunitu zdravotníků nejen proti viru hepatitidy B, chřipce, covidu, ale i spalničkám, planým neštovicím, zarděnkám, příušnicím, pertusi a TBC. Přitom mytí rukou a očkování jsou základní preventivní opatření proti šíření infekcí spojených se zdravotní péčí. Prospělo by též obecné zkrácení délky hospitalizace (máme ji nejdelší v Evropě), s čímž souvisí větší důraz na ambulantní léčbu pacientů v infuzních centrech a domácí péči, budování maximálně dvoj/trojložkových pokojů v nemocnicích, kde budou lépe pacienti izolováni, a screening multirezistentních bakterií při překladech na riziková oddělení (výtěry z nosu, úst, rektu).

Českým nemocnicím stále chybí jasně formulované jednoduché definice čtyř základních HAI, tedy infekcí močových cest spojených s močovými katétry, katéetrových sepsí, infekcí chirurgických ran a ventilátorových pneumonií, na jejichž sledování se podílejí informační technologie. Chybí nám proto srovnávání nemocnic mezi sebou a sledování těchto infekcí v čase, bodové prevalenční studie (jako právě probíhající bodová prevalenční studie ECDC) nám poskytnou jen bodový obrázek.

Preventivní balíčky infekcí spojených se zdravotní péčí by měly obsahovat jen doporučení založená na důkazech. Stále vidíme, že se před operačními výkony vyšetřuje moč na kultivaci, což nemá žádnou souvislost s infekcí chirurgické rány (vyjma urologických výkonů). To samé platí pro rentgeny vedlejších dutin nosních