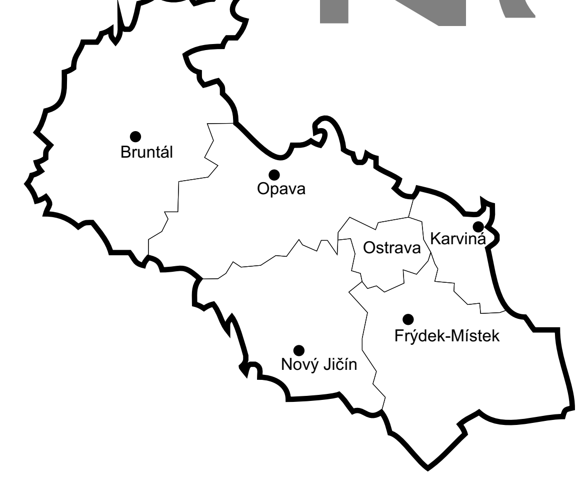
ZPRAVODAJ
2013

Krajské hygienické stanice
Moravskoslezského kraje
se sídlem v Ostravě



Některé údaje poskytly:
ÚZIS a ČSÚ Ostrava, ČHMÚ Ostrava, ZÚ Ostrava, SZÚ Praha

Upozornění:
Předložené údaje slouží pro informaci občanů Moravskoslezského kraje a nesmějí být využívány ke komerčním účelům. Při zveřejňování údajů obsažených v letáku požadujeme uvést autora.
Další informace naleznete v Ročence KHS MSK se sídlem v Ostravě na www.khsova.cz/01_o_nas/vyrocni_zpravy.php

Vydala:
Krajská hygienická stanice
Moravskoslezského kraje se sídlem v Ostravě
Na Bělidle 7, 702 00 Ostrava
tel: 595 138 111, fax: 595 138 109
www.khsova.cz, e-mail: podatelna@khsova.cz

Vážení čtenáři,

po roce opět předkládáme veřejnosti již tradiční zpravodaj s výsledky roční činnosti v oblasti ochrany a podpory veřejného zdraví.

Náš kraj je z pohledu orgánu ochrany veřejného zdraví velmi zajímavým a různorodým územím z hlediska problematiky životního a pracovního prostředí, životního stylu i socioekonomických ukazatelů, které mají významný dopad na celkovou úroveň zdravotního stavu populace v regionu.

Základním úkolem krajské hygienické stanice je výkon státního zdravotního dozoru, jak nám ukládá zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví. Ve zpravodaji proto naleznete přehled kontrolní činnosti v jednotlivých oborech působnosti orgánu ochrany veřejného zdraví. Průběžně sledujeme kvalitu pitné vody i koupacích vod využívaných pro rekreační účely. Ráda bych upozornila též na náročnou činnost při prevenci infekčních onemocnění. V loňském roce se podařilo zvládnout obtížnou situaci ve výskytu bacilární úplavice v některých ubytovnách v Ostravě a v okrese Karviná. Významnou složkou kontrolní činnosti je dozor nad kvalitou stravovacích zařízení a pracovního prostředí. Jednou z priorit je naše kontrolní činnost v oblasti zajišťování zdravých podmínek pro výchovu nejmladší generace.

Naši činnost v roce 2012 významně ovlivnila kauza metanol. Řešení této mimořádné situace si vyžádalo vysoké pracovní nasazení pracovníků KHS všech odborností. V plné šíři se projevila velmi dobrá spolupráce s jednotlivými složkami operativní skupiny, která pod vedením KHS pracovala ve složení Policie ČR, Celní správa ČR, Hasičský záchranný sbor MS kraje, Státní zemědělská a potravinářská inspekce, Česká obchodní inspekce, Krajský úřad Moravskoslezského kraje.

Občanům a odborné veřejnosti poskytujeme informační servis prostřednictvím všech typů zpravodajských médií. Průběžně aktualizované informace jsou uváděny na internetových stránkách www.khsova.cz.

MUDr. Helena Šebáková
ředitelka

OVZDUŠÍ

Ovzduší, jako významnou složku životního prostředí, bez které by nebyl možný život, většina lidí vnímá prostřednictvím jeho čistoty či znečištění. Z pohledu celkového složení vzduchu, kde asi 21 % tvoří kyslík a 78 % dusík, jsou přitom v pouhém 1 % objemu obsaženy vzácné plyny, vodní páry a další příměsi, o kterých je vedena hlavní diskuse ve vztahu k možnému vlivu na zdraví a které jsou předmětem výzkumu i monitorování.

Největší podíl na znečištění vzduchu představují prachové částice, které v závislosti na své velikosti, tvaru a složení mohou působit na zdraví buď svými vlastnostmi, nebo přispívají ke zvýšení zdravotních rizik tím, že slouží jako nosiče dalších látek s nebezpečnými vlastnostmi (chemické látky, alergeny, plísně, mikroorganismy). Míru rizika lze tedy hodnotit ve srovnání s referenčními koncentracemi (limitními nebo doporučenými) podle úrovně koncentrací, ve kterých se vyskytují. Podle tohoto přístupu je obsah prachových částic, jejichž referenční koncentrace jsou udávány v mikrogramech, méně rizikový než obsah specifických organických látek, u nichž pro jejich nebezpečnost jsou referenční koncentrace stanoveny v nanogramech (benzo(a)pyren) či dokonce v pikogramech (dioxiny). Velkou nejistotou při posuzování vlivu škodlivin v ovzduší na zdraví lidí je spolupůsobení různých látek a jejich následné reakce. Významným činitelem je také rozdílná citlivost osob. Z pohledu délky působení, možných účinků, množství dostupných informací či ovlivňování široké populace lze vliv prachových částic považovat za prioritní. Při hledání možností, jak zlepšit kvalitu ovzduší, by tudíž měl být na prvém místě žebříčku.

Z pohledu dlouhodobého sledování kvality ovzduší došlo v průběhu 90. let k prudkému poklesu emisí prachových částic (TZL – tuhých znečišťujících látek) zejména z velkých zdrojů znečištění ovzduší. Tento pokles se však neprojevil na imisní situaci, ve které byla pozornost zaměřena na problematiku menších zdravotně významných částic (PM10). Vývoj imisní situace přímo nesouvisí s pouhou produkcí emisí TZL, ale je ovlivňován i dalšími faktory – zejména meteorologickými a klimatickými jevy.

Přes příznivější klimatické podmínky roku 2012 zůstává dalším trvalým problémem v kvalitě ovzduší MSK benzo(a)pyren, jehož koncentrace překračovaly nejvyšší přípustnou limitní koncentraci 1 ng/m3 na všech stanicích, kde je tato škodlivina měřena.

V roce 2012 byl proti předchozím rokům zaznamenán pokles průměrné roční koncentrace problematické škodliviny se specifickým výskytem v rámci ČR – benzen v Ostravě – Přívoze.

Za příznivou skutečnost pro náš region lze považovat výskyt kovů, který zde splňuje limitní hodnoty dané zákonem č. 201/2012 Sb., o ochraně ovzduší a vyhl. č. 330/2012 Sb., o způsobu posuzování a vyhodnocení úrovně znečištění, rozsahu informování veřejnosti o úrovni znečištění a při smogových situacích, tj. nedochází k překračování přípustné roční koncentrace, která je stanovena pro arsen 6 ng/m3, pro kadmium 5 ng/m3, pro nikl 20 ng/m3 a pro olovo 0,5 µg/m3.

Zájem veřejnosti o čistotu ovzduší je patrný zejména v topné sezóně, kdy dochází k nárůstu koncentrací všech znečišťujících látek, které jsou produkty spalovacích procesů. Současně s každoročními klimatickými a meteorologickými vlivy, typickými pro Moravskoslezský kraj, vznikají tzv. smogové situace, tj. období se špatnými rozptylovými podmínkami, ve kterých koncentrace škodlivin, zejména prachových částic, až několikanásobně překračují přípustné limity. Pro tyto situace byl již v minulosti nastaven Krajským regulačním řádem systém vyhlašování signálů upozornění a regulace, jehož součástí byly i pokyny pro informování veřejnosti.

Systém provozovaný Krajským úřadem Moravskoslezského kraje byl v roce 2012 v souvislosti s novým zákonem o ovzduší změněn – nyní jsou tyto situace na základě prognózy ve vývoji rozptylových podmínek a aktuálního stavu koncentrací PM10 vyhlašovány přímo ČHMÚ. Úroveň koncentrací je stejná, tj. 100 µg/m3 PM10 jako informativní prahová hodnota (dříve signál upozornění) a 150 µg/m3 PM10 jako regulační prahová hodnota (dříve signál regulace). Pro podmínky vzniku a ukončení smogové situace dle přílohy č. 6 zákona č. 201/2012 Sb., o ochraně ovzduší například platí, že průměrná čtyřiadvacetihodinová koncentrace částic PM10 překročila ve dvou po sobě následujících dnech alespoň na jedné měřící lokalitě reprezentativní pro úroveň znečištění v oblasti min. 100 km2 hodnotu 100 µg/m3 a zároveň je za posledních 6 hodin alespoň na polovině měřicích stanic reprezentativních pro danou oblast rostoucí trend hodinových koncentrací částic.

Za nedílnou součást informací veřejnosti považuje KHS i doporučení jak přistupovat k ochraně svého zdraví (zvýšit přísun vitamínů v ovoci a zelenině, dodržovat pitný režim, upravit režim větrání ve svých domácnostech, omezit fyzické aktivity ve venkovním prostředí), ale i jak k nepříznivé situaci nepřispívat svým jednáním (omezení individuální automobilové dopravy, nepoužívání nátěrových hmot, lepidel a jiných těkavých organických látek, nespalovat odpady a nekvalitní paliva, v domácnostech nepoužívat otevřená krbová topeniště). Z poskytovaných informací vyplývá, že lidé by neměli zapomínat na kvalitu vnitřního prostředí, ve kterém pobývají i více než 90 % v průběhu celého dne.

V souvislosti s možnostmi prevence nejvíce ohrožené skupiny populace – dětí do 18 let je doporučováno v maximální míře pobývat v období smogových situací mimo znečištěné prostředí, kde i krátkodobé víkendové pobyty mohou přispět k regeneraci organismu. Zdravotní význam však mají delší, min. 10 denní ozdravné pobyty, pro které mají některá města našeho regionu vytvořeny dotační programy. Program podpory ozdravných pobytů dětí z oblastí se zhoršenou kvalitou ovzduší byl rovněž vytvořen v rámci Státního fondu životního prostředí ČR, předškolská a školská zařízení mají rovněž možnost využívat nabídky zdravotních pojišťoven.

O informace o kvalitě ovzduší a související aktivity je ze strany občanů rostoucí zájem a je snahou KHS přispívat k jejich šíření. Mimo informací z vlastních zdrojů využívá při informování veřejnosti zdroje pořizovatelů dat – ČHMÚ, Zdravotního ústavu Ostrava, Státního zdravotního ústavu, ale i dalších orgánů a institucí. Ze zajímavých zdrojů lze doporučit např. webové stránky www.dychamproostravu.cz. Další možností pro občany, kteří nemají běžný přístup k internetu je získávání informací formou SMS zpráv, k jejichž odběru se mohou přihlásit např. přes www.infokanal.cz nebo prostřednictvím svých obecních úřadů.

Přestože hlavním gestorem v problematice venkovního ovzduší je Ministerstvo životního prostředí, podílela se KHS i na některých jeho aktivitách. Jednalo se o zdůraznění zdravotního aspektu například v rámci Týdne za zdravé ovzduší, který byl zaměřen zejména na vliv lokálních topenišť a význam správného topení, připomínkování informačních materiálů či prezentace na konferenci k problematice ovzduší v Ostravě. Významnou skutečností roku 2012 jsou i jednání s polskou stranou, která mohou mít význam v oblasti snižování emisí u velkých průmyslových podniků.

PITNÁ VODA

Obyvatelé Moravskoslezského kraje využívají k zásobování pitnou vodou ve více než 95 % veřejné vodovody. V roce 2012 bylo na území kraje provozováno 21 velkých vodovodů (zásobujících více než 5 000 obyvatel) a 170 malých vodovodů. Většina obyvatelstva je zásobována vodou z povrchových zdrojů (74 % obyvatel). Voda z podzemních zdrojů tvoří 12 % dodávky, zbývajících 16 % obyvatel má k dispozici vodu smíšenou (povrchová + podzemní). Dozorujeme rovněž individuální zdroje, které slouží k zásobování veřejnosti pitnou vodou. Jedná se o 279 komerčních či veřejných studní, zásobujících objekty školských, ubytovacích, restauračních zařízení apod.

V roce 2012 bylo provedeno 285 kontrol zásobování pitnou vodou, z toho 29 kontrol velkých vodovodů, 175 kontrol malých vodovodů, 27 kontrol veřejných studní a 54 studní využívaných v rámci komerční činnosti.

Trend bezproblémovosti velkých vodovodů i nadále přetrvává. Nejčastěji překračované limity bývají v ukazateli železo, a to zejména v koncových částech starých rozvodů. U malých, převážně obecních vodovodů, byly ze 175 provedených kontrol zjištěny nedostatky v 5 případech. V jednom případě byl vydán zákaz používání vody jako vody pitné pro nevyhovující mikrobiologický nález. V ostatních případech se jednalo zejména o neplnění jiných povinností provozovatele (rozsah a četnost kontroly, nepodání informace o překročení limitní hodnoty apod.).

V rámci 27 kontrol veřejných studní byly zjištěny nedostatky ve 4 případech. Ve třech z nich bylo nutno vydat zákaz používání vody k pitným účelům do doby odstranění závady. Dále bylo provedeno 54 kontrol kvality pitné vody z komerčních studní. Nedostatky byly zjištěny v 19 případech. V souvislosti s nevyhovujícími výsledky bylo vydáno 6 zákazů používání vody k pitným účelům. Za neplnění povinností v oblasti zásobování pitnou vodou bylo uloženo celkem 28 pokut ve výši 86 500 Kč.

V roce 2012 byly vzorky pitné vody odebírány i v rámci epidemiologických šetření průjmových onemocnění. Ve všech případech byly výsledky laboratorních rozborů vody vyhovující, souvislost mezi kvalitou pitné vody a průjmovým onemocněním nebyla prokázána.

Občané mají možnost získat informace o kvalitě pitné vody u dodavatele, nebo i na územních pracovištích krajské hygienické stanice, a to na oddělení hygieny obecné a komunální.

PŘENOSNÁ ONEMOCNĚNÍ

V roce 2012 bylo v Moravskoslezském kraji hlášeno celkem 13 898 infekčních nemocí, z nichž 679 byly nemoci parazitární. Hlášení infekčních nemocí signalizuje epidemiologovi vznik ohniska nákazy a je podnětem a podkladem pro konkrétní protiepidemické opatření v ohnisku. Pracovníci protiepidemických oddělení KHS MS kraje provedli 10 347 šetření v ohniscích nákaz, tj. rodinách, kolektivech či pracovištích, kde se infekční onemocnění vyskytlo. Epidemiologické šetření spočívá v aktivním vyhledávání potenciálních zdrojů nákazy, včetně dalších potenciálně nakažených osob, a zjištění cesty přenosu nákazy. Cílem je získat podklady pro účinná opatření směřující k zamezení dalšího šíření nákazy. Zvláštní pozornost je věnována osobám činným v epidemiologicky závažných profesích. Jedná se například o osoby zaměstnané v potravinářství při výrobě, zpracování, přípravě a prodeji nebalených poživatin nebo činné ve společném stravování. Speciálním opatřením se musí podrobit osoby dlouhodobě vylučující původce infekčních onemocnění. Při epidemii či nebezpečí jejího vzniku a pokud to situace vyžaduje, nařizuje KHS MSK mimořádná opatření, spolupracuje při řešení mimořádných situací s orgány zapojenými do systému krizového řízení a integrovaného záchranného systému.

Výskyt vybraných nákaz v MS kraji v roce 2007 a 2012

Onemocnění	2007	2012
Salmonelózy	2 000	1 134
Bacilární úplavice	57	164
Kampylobakterióza	5 296	3 586
Virový zánět jater	112	140
Lymeská borelióza	387	212
Zánět mozku a mozkových blan	144	128
Spála	344	524
Zarděnky	4	0
Plané neštovice	6 420	4 202
Příušnice	346	77
Svrab	342	504
Ostatní infekční onemocnění	3 313	3 227
Celkem	**18 765**	**13 898**

Akutní průjmová onemocnění (APO) infekční etiologie patří mezi onemocnění, která jsou pečlivě sledována. Důvodem je jejich snadná přenositelnost a vysoká infekčnost, což může mít za následek vznik lokálních epidemií. Celkový počet nemocných s laboratorně prokázaným původcem onemocnění představoval 6 649 případů, což je ve srovnání s loňským rokem pokleso 2,5 %. Celkový počet hlášených salmonelóz vzrostl oproti předchozímu roku o 13 %, počet kampylobakterióz je v posledních 2 letech prakticky neměnný.

V roce 2012 došlo k výskytu epidemie bacilární úplavice, která se šířila v sociálně slabších rodinách s nižším hygienickým standardem. Postupně bylo nakaženo celkem 138 osob, zejména dětí. Vlivem této epidemie došlo k nárůstu počtu nemocných bacilární úplavicí o téměř 400 %. Bacilární úplavice se projevuje bolestmi a křečemi břicha, zvýšenou teplotou až horečkou, průjmem často s příměsí hlenu, někdy i krve. V některých případech může onemocnění probíhat i bezpříznakově. Inkubační doba je 1-5 dní, zdrojem nákazy je člověk, původce onemocnění je vylučován stolicí. Infekce se do organizmu dostává ústy, šíří se fekálně orální cestou (stolicí kontaminovanýma rukama). Infekce se snadno přenáší znečištěnýma rukama na všechny předměty, se kterými ruce nemocného přicházejí do styku, jako jsou kliky u dveří, vodovodní kohoutky, ručníky, ruce jiných osob nebo kontaminované potraviny. Pro zamezení šíření je nutné důsledně dbát na osobní hygienu, zejména hygienu rukou.

Rotaviry způsobují lokální epidemie v dětských kolektivech (jesle, školka, kojenecké odd. apod.). V roce 2011 bylo v Moravskoslezském kraji hlášeno 803 laboratorně potvrzených rotavirových infekcí, v roce 2012 došlo k mírnému poklesu. Bylo hlášeno 579 onemocnění, přičemž nejvyšší výskyt byl zaznamenán ve věkové skupině 1- 4 roky.

Noroviry jsou hlavními původci epidemií v zařízeních pro seniory, ve zdravotnických zařízeních, na výletních lodích, v armádě apod. Počty hlášených norovirových infekcí v Moravskoslezském kraji jsou již 2 roky téměř neměnné. V roce 2011 bylo laboratorně potvrzeno 114 norovirových infekcí a v loňském roce 113. Nejvyšší výskyt byl zaznamenán ve věkové skupině nad 15 let.

Mezi **vzdušnými nákazami a nemocemi provázenými vyrážkou** byly nejčastěji hlášeny plané neštovice. Ve srovnání s loňským rokem došlo s poklesu hlášených onemocnění. Celkem bylo hlášeno 4 202 onemocnění, což představuje pokles o 37 %. Pokles počtu hlášených onemocnění byl zaznamenán rovněž u epidemického zánětu příušnic. V roce 2011 bylo hlášeno 111 případů, v roce 2012 již jen 77. O čtvrtinu poklesl počet hlášených onemocnění spálou. Onemocnění spalničkami ani zarděnkami nebylo hlášeno.

Celkový počet onemocnění **virovou žloutenkou** (hepatitidou) v roce 2012 poklesl na 140 případů. Z toho počtu nejvyšší podíl připadá na žloutenku typu C (VHC) – celkem 83 onemocnění, 14 akutních forem a 69 chronických forem. Situace ve výskytu VHC je již 2. rokem neměnná.

Virus hepatitidy C se přenáší především krevní cestou. Přenos sexuálním stykem je spíše ojedinělý, rovněž tak přenos z matky na dítě. Virová žloutenka typu C je nejčastější krví přenosnou infekcí ve skupině injekčních uživatelů drog. V akutním stádiu je VHC často nerozpoznána, z důvodu nekomplikovaného, bezpříznakového průběhu. Do chronicity přechází 50 - 75 % infikovaných. Chronická forma onemocnění bývá zpravidla diagnostikována při jiném typu vyšetření. Nerozpoznané a neléčené chronické infekce žloutenky typu C mohou v konečném důsledku negativně ovlivňovat kvalitu i délku života nemocných, neboť jsou často příčinou jaterní cirhózy a karcinomu jater.

Počet hlášených onemocnění virovou žloutenkou typu E (VHE) každoročně stoupá. Celkem bylo hlášeno 26 případů, což představuje nárůst o 290 %. Dříve byla VHE typickou importovanou nákazou cestovatelů do rozvojových zemí. V posledních letech je většina onemocnění získána na území České republiky. Příčinou je vysoká promořenost chovů prasat v Evropě i ČR. K odhalení zdroje nákazy spolupracují orgány ochrany veřejného zdraví s veterinární službou. U zvířat probíhá onemocnění bezpříznakově. Nejrizikovější je konzumace nedostatečně tepelně opracovaného vepřového a kančího masa (játra, svalovina). Prevencí je dostatečná tepelná úprava masa a masných výrobků, včetně odděleného zpracování syrových a hotových pokrmů, aby nemohlo dojít ke kontaminaci hotových potravin. Samozřejmostí je dodržování pravidel osobní hygieny, zejména mytí rukou. Mezilidský přenos je možný, neboť virus je vylučován stolicí, ale je méně častý. Onemocnění obvykle nezanechává následky, chronické formy nejsou známy. Rizikové je zejména pro těhotné ženy. Proti VHE neexistuje v současné době vakcína.

Ve skupině **neuroinfekcí** bylo v roce 2012 hlášeno 7 onemocnění vyvolaných meningokoky, z tohoto počtu bylo 5 meningokokových sepsí, 1 osoba zemřela. Onemocnělo 5 dětí předškolního věku a 2 osoby starší 15 let. Žádná osoba nebyla očkována. V roce 2012 bylo hlášeno 37 onemocnění klíšťovým zánětem mozku, což je o 13 případů méně než v předchozím roce. Onemocněly 2 děti předškolního věku, 3 školáci a 32 osob starších 15 let, 1 osoba byla očkována. Nejvyšší počet případů byl hlášen z Bruntálska, které patří mezi tzv. přírodní ohniska nákazy. Klíšťová encefalitida je přenášená klíšťaty a je způsobena virem klíšťové encefalitidy. Došlo k navýšení počtu hlášených onemocnění hnisavým zánětem mozku ze 17 na 24 případů, 4 osoby zemřely. Nejvyšší podíl mezi neuroinfekcemi představují zánětlivá nehnisavá onemocnění mozkových blan, kterých bylo hlášeno celkem 57, což je o 24 případů méně než v loňském roce.

Průběžně monitorujeme proočkovanost proti preventabilním nákazám. Proočkovanost proti žloutence typu B u dětí narozených v roce 1997 dosáhla 100 %. U dětí narozených v roce 2008 je proočkovanost 98,2%, u dětí narozených v roce 2009 – 96,1% proti spalničkám, zarděnkám a příušnicím. Proočkovanost proti záškrtu, tetanu a černému kašli je u dětí narozených v roce 2009 100%. Přestože se v okolních státech objevuje výskyt spalniček a zarděnek, v ČR a v našem kraji nedochází k epidemickému výskytu těchto onemocnění a to díky vysoké proočkovanosti proti těmto nákazám.

Příznivá epidemiologická situace, charakterizovaná relativně nízkou týdenní incidencí **akutních respiračních infekcí** (ARI) odpovídající běžnému sezónnímu navýšení v mimoepidemickém období trvala po celý rok 2012. Vyšší výskyt ARI byl již tradičně zaznamenán u předškolních a mladších školních dětí. Počet hlášených infekcí v 1. kalendářním týdnu 2012 dosahoval 1 316 případů/100 000 obyvatel, následně došlo k poklesu s dalším navýšením mezi 10. a 12. týdnem. Nejvíce nemocných bylo hlášeno v 11. týdnu, kdy jejich počet dosahoval 1 707 osob/100 000. V tomto období došlo rovněž k navýšení počtu hlášených onemocnění chřipkou, jejich celkové počty však byly relativně nízké s maximem v 11. kalendářním týdnu (233 nemocných). Po očekávaném poklesu nemocnosti v letním období došlo k jejímu opětovnému sezónnímu nárůstu koncem roku, avšak ani v tomto období nemocnost nepřekročila tzv. epidemický práh. Záněty dýchacích cest způsobila celá škála jak virových, tak bakteriálních původců a také byla v populaci prokázána cirkulace virů chřipky A, zejména subtypu A(H1N1) ale také A(H3N2).

Česká republika patří mezi země s nejnižším výskytem **tuberkulózy** v Evropě, onemocnění má dlouhodobě klesající tendenci. Počty hlášených onemocnění v Moravskoslezském kraji tento trend potvrzují. Počet nově registrovaných onemocnění se snížil ze 153 v roce 2006 na 81 v roce 2012 (předběžná data k 31. 12. 2012), což představuje snížení incidence z 12,2 na 6,6 případů/100 000 obyvatel. Výrazně převažovala plicní forma onemocnění. U dětí do 14 let nebyl v roce 2012 zaznamenán žádný nový případ onemocnění tuberkulózou. Nejvyšší výskyt je u osob nad 65 let věku, u mužů se počty nově hlášených onemocnění zvyšují již od 45. roku. Nejnižší výskyt je v okresech Opava a Nový Jičín.

Z méně obvyklých nákaz bylo v kraji zaznamenáno 5 onemocnění **legionelózou**, onemocnění skončila úzdravou. Oproti loňskému roku se jedná o pokles o 4 případy.

V MS kraji bylo v letech 1988 - 2012 evidováno 132 **HIV pozitivních** osob, z nich již 16 zemřelo. V ČR je evidováno 1 887 HIV pozitivních osob, zemřelo 187 osob. V roce 2012 bylo hlášeno 15 nově diagnostikovaných osob, v loňském roce 8 osob. Nejvíce postiženými jsou mladí lidé ve věku 25 - 34 let, kteří představují 53,8 % nakažených. Nejstarší osobě v době zjištění nákazy bylo 67 let. V Moravskoslezském kraji evidujeme 5 osob, u kterých byla HIV pozitivita zjištěna ve věku 15 - 19 let. Rozdělení podle věku a sexuální orientace odpovídá celorepublikovému trendu. Mezi postiženými je 84 % mužů a 16 % žen. V roce 2012 bylo nejvíce případů nově diagnostikované infekce HIV v Ostravě - 10, následuje Karvinsko se 3 případy a v okrese Opava a Frýdek-Místek evidujeme po 1 případu.

Jelikož je HIV nákaza přenosná sexuálním stykem, je nejlepší prevencí dodržování zásad bezpečného sexuálního života (sexuální zdrženlivost, partnerská věrnost a chráněný pohlavní styk). Nemoc je v současné době stále nevyléčitelná a účinná vakcinace dosud není k dispozici. Léčba onemocnění potlačuje klinické projevy nákazy. Infikovaná osoba je nakažlivá prakticky okamžitě po vniknutí viru HIV do organismu a jeho replikaci ve vnímavých buňkách, tedy ještě v inkubační době před rozvojem akutní infekce. Nakažlivou zůstává až do konce svého života. Stupeň nakažlivosti se liší podle množství vylučovaného viru v závislosti na fázi infekce, ve které se infikovaná osoba nachází. Největší množství viru se vylučuje v akutním stadiu, méně v době latentní fáze a jeho množství opětovně stoupá v období klinického AIDS.

PROBLEMATIKA HYGIENY VÝŽIVY

Kauza metanol

Dne 6. září 2012, do 30 minut od přijetí zprávy z Nemocnice v Havířově o podezření na otravu 6 osob metanolem z lihovin, zahájila KHS šetření v nemocničním zařízení s cílem zjistit původ lihovin a následně zabránit jejich dalšímu prodeji. Byla získána informace o konkrétních provozovnách, kde postižené osoby údajně alkohol zakoupily. Jednalo se o stánek v Havířově-Šumbarku, kde byly objeveny barely s alkoholem a okamžitě zakázán jeho prodej. Z důvodu podezření na spáchání trestného činu případ převzala Policie ČR.

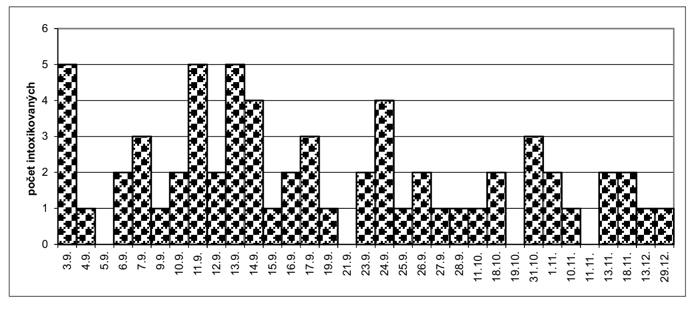
Kontrola původu alkoholu a zejména lihovin v zařízeních společného stravování byla dávno před vypuknutím metanolové aféry běžnou součástí státního zdravotního dozoru. KHS provádí kontroly v provozovnách, které stojí až na konci distribučního řetězce. Nekontroluje výrobu alkoholu ani mezičlánky v distribuci jako jsou sklady a malo či velkoobchody, kam vedly stopy případů otrav nebo nálezů metanolu v lihovinách.

Vzhledem k tomu, že došlo poškození zdraví konzumentů, byla koordinace postupu všech složek zúčastněných při řešení situace s metanolem v kraji svěřena ředitelce KHS. V exponovaném období se podařilo denně nasadit přes 170 pracovníků KHS a ve spolupráci s pracovníky Policie ČR, Celní správy ČR, Celně technické laboratoře, HZS MSK, SZPI, ČOI a Krajského úřadu MS kraje vytvořit přes 50 mobilních hlídek a kontrolami geograficky pokrýt všechny oblasti MS kraje při kontrolách dodržování mimořádného opatření ministra zdravotnictví, které omezovalo prodej některých lihovin.

Žádný z případů intoxikace metanolem v MS kraji nebyl spojen s konzumací lihovin v zařízeních společného stravování. Inkriminované značky lihovin, byly do oběhu uváděny především mimo oficiální distribuční síť. Tuto skutečnost naznačují informace o původu lihovin odebíraných v rámci bezplatného vyšetření vzorků lihovin v prosinci 2012, kdy občané jako nejčastější způsob nabytí uváděli nákup na tržnici či od podomního prodejce.

Postupně bylo v Moravskoslezském kraji intoxikováno 63 osob (13 žen a 50 mužů), z nichž na následky intoxikace 21 osob zemřelo (8 žen a 13 mužů). Hospitalizováno bylo 48 pacientů, u dvanácti došlo k trvalému poškození zdraví. Nejvíce postižené věkové skupiny byly skupiny 55-59 a 60-64 letých.

Počet intoxikovaných metanolem v čase (rok 2012)



Intoxikace metanolem dle obcí

Město/obec	Počet intoxikovaných	Počet zemřelých
Bílovec	1	1
Bohumín	3	0
Budišov n/B.	5	1
Český Těšín	4	1
Doubrava	2	0
Frýdek-Místek	2	0
Havířov	**15**	**8**
Horní Domaslavice	1	1
Karviná	4	2
Komorní Lhotka	2	1
Návsí	1	0
Opava	2	0
Orlová	1	0
Ostrava	**11**	**3**
Rychvald	1	0
Staré Město u FM	1	1
Sudice	2	1
Šenov	1	0
Třinec	4	1
Celkem	**63**	**21**

Během bezplatných kontrol lihoviny donesených na KHS občany bylo prověřeno více než 6 tisíc lahví, odebráno bylo téměř 1 300 vzorků. U 96 vzorků byl prokázán nadlimitní obsah metanolu a u 315 vzorků byla zjištěna přítomnost isopropanolu, který se používá zejména k technickým účelům a jeho přítomnost v lihovině indikuje použití denaturovaného lihu při výrobě. Výsledky laboratorních vyšetření tedy jen dokreslily realitu nákupu lihovin na černém trhu. Takové případy byly předány k dalšímu šetření Policii ČR a Celní správě ČR.

Od počátku kauzy metanol byly zřízeny informační linky obsluhované odbornými pracovníky se zdravotnickým vzděláním, kteří odpovídali dotazy veřejnosti. Dotazy se nejčastěji týkaly příznaků otravy metanolem a možností vyšetření vzorků zakoupených lihovin. Na internetových stránkách KHS MSK byl vytvořen zvláštní odkaz s denně aktualizovanými údaji o vývoji situace v kraji, výsledcích kontrolních aktivit a informacemi o rizicích spojených s metanolem v lihovinách.

Nebezpečné kosmetické prostředky

Při provádění státního zdravotního dozoru byly zjištěny sady plastových nehtů, v jejichž složení byla uvedena zakázaná látka dibuthylftalát. Dibuthylftalát může při používání výše uvedených výrobků přestupovat do organizmu, kde představuje riziko pro reprodukční schopnosti jedince, nebo může nepříznivě ovlivňovat zdraví citlivých skupin obyvatel.

Dále byl zjištěn výskyt přípravku k modeláži nehtů, který obsahoval methylmethakrylát (MMA). Tato látka může způsobit ve vysoké koncentraci dlouhodobé poškození nehtů, má silně dráždivé účinky při vdechování a pro kůži.

Bylo zjištěno celkem 116 výrobků, které nevyhověly z hlediska značení, případně přítomnosti zakázaných látek, což činí 7,3 % z celkového počtu 1 569 kontrolovaných výrobků. Všechny výrobky, které nevyhověly požadavkům platné legislativy, byly v průběhu kontrol staženy z prodeje. Za zjištěné nedostatky bylo v roce 2012 uloženo celkem 22 sankcí formou peněžitých příkazů v celkové výši 77 000 Kč, průměrná výše sankce činila 3 500 Kč.

OCHRANA ZDRAVÍ PŘI PRÁCI

Kategorizace prací je součástí systému ochrany zdraví před nepříznivým působením práce. Prostřednictvím kontroly expozice pracovníků faktorům pracovního prostředí vyjadřuje souhrnné hodnocení úrovně zátěže zaměstnanců faktory, které ze zdravotního hlediska rozhodují o kvalitě pracovních podmínek. Provádí se na základě zhodnocení výskytu a rizikovosti faktorů, které mohou ovlivnit zdraví zaměstnanců a úroveň zabezpečení jeho ochrany.

Výsledky kategorizace slouží jako objektivní podklad pro stanovení opatření k ochraně zdraví při práci a k omezení rizik poškození zdraví. Jedná se především o stanovení minimální náplně a četnosti preventivních lékařských prohlídek v rámci závodní preventivní péče a zajištění průběžného sledování expozice zaměstnanců faktorům pracovních podmínek měřením. Dále se jedná o opatření technická, organizační a náhradní (režim práce a odpočinku, určení vhodných osobních ochranných pracovních prostředků). Zaměstnavatel je povinen rizika na pracovišti vyhledávat. To znamená vyhledávat rizikové faktory pracovního prostředí, které se na daném pracovišti vyskytují nebo mohou vyskytovat při provozování strojního vybavení a technologických procesů.

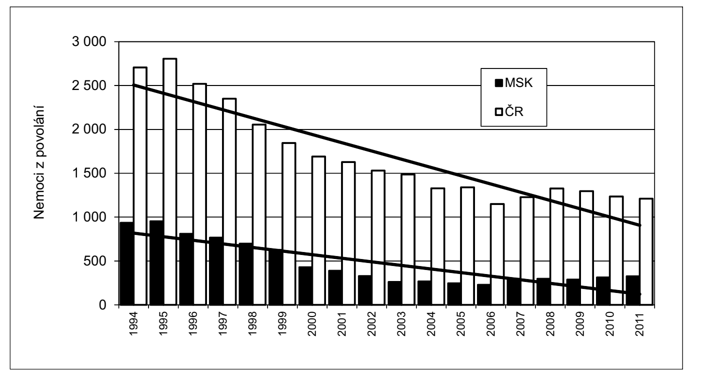
Objektivizace rizik se provádí zejména měřením rizikových faktorů. Na základě provedených měření je zaměstnavatel povinen míru rizika jednotlivých faktorů pracovního prostředí vyhodnotit. Při hodnocení se vychází z doby, po kterou je pracovník hodnocenému rizikovému faktoru vystaven (doba expozice), a z výsledků měření jednotlivých faktorů, popř. hodnocení faktorů, u nichž se měření neprovádí (psychická zátěž, zraková zátěž). Hodnotí se expozice v tzv. charakteristické směně, což je směna, která probíhá za obvyklých provozních podmínek a představuje skutečnou míru zátěže pracovníka faktory pracovního prostředí v běžném provozu.

Z hlediska zařazení prací do rizika je u mužů naprosto dominantním faktorem hluk, který se na celkové situaci podílí téměř 40 %. Mezi další významně se projevující faktory patří nadále vibrace přenášené na ruce (hornictví, strojírenství), které se podílejí 18 %, a fyzická zátěž se 14 % podílem. Ve zřejmé souvislosti s útlumem hornictví se snižuje podíl prací v riziku fibrogenního prachu (12 %). U žen se významně uplatňuje faktor biologických činitelů (podíl 22 %), což souvisí s převahou žen pracujících ve zdravotnických zařízeních, a fyzická zátěž (vesměs horních končetin), která souvisí zejména s prací v montážních závodech vznikajících hlavně v průmyslových zónách, a tvoří již 27 % žen v riziku. U žen ztratil dominanci rizikový faktor hluk (24 %).

Nemoci z povolání

Vývoj nemocí z povolání je z dlouhodobého hlediska jak v rámci České republiky, tak v rámci Moravskoslezského kraje příznivý, i když od roku 2004 se pokles zastavil. V MS kraji, ve kterém vzniká více než čtvrtina republikového počtu nemocí z povolání, však opět dochází k pozvolnému nárůstu.

Vývoj nemocí z povolání v ČR a MS kraji - zdroj SZÚ



Vyhlášení diagnostikovaného onemocnění za nemoc z povolání předchází poměrně složitý proces ověřování profesionality onemocnění – šetření podmínek výkonu práce, které provádí orgán ochrany veřejného zdraví.

Aby diagnostikované onemocnění mohlo být vyhlášeno jako nemoc z povolání, musí po prokázání profesionality odpovídat požadavkům nařízení vlády č. 290/1995 Sb., kterým se stanoví seznam nemocí z povolání, ve znění pozdějších předpisů. V tomto seznamu jsou jednotlivé choroby rozděleny do šesti kapitol:

1 – nemoci způsobené chemickými látkami
2 – nemoci způsobené fyzikálními faktory
3 – nemoci dýchacích cest a plic
4 – nemoci kožní
5 – nemoci přenosné a parazitární
6 – nemoci způsobené ostatními faktory

Za nejvýznamnější nemoci z povolání lze v Moravskoslezském kraji považovat onemocnění horních končetin z vibrací a z nadměrné jednostranné zátěže a onemocnění s ohledem na expozici fibrogennímu prachu.

Nemoci horních končetin při práci s vibrujícími nástroji a zařízeními doposud vykazovaly až do roku 2006 stálý pokles. Výsledky posledních let však určitě vedou k zamyšlení. K extrémnímu nárůstu počtu případů až na hodnotu 149 došlo v roce 2008. Počty případů v letech 2007, 2010 a 2011 (123, 119 a 111) ale ukazují, že se nejedná pouze o ojedinělou epizodu. Jedná o rizikový faktor pracovních podmínek, který je po stránce prevence nejobtížněji řešitelný. Technicky zatím nejsou dostatečně řešena opatření, která by ovlivňovala míru přenosu z nástroje na ruku. Osobní ochranné pracovní prostředky prakticky neexistují. Proto zůstává hlavním opatřením omezování doby expozice.

Práce spojená s přetěžováním pohybového ústrojí (např. nadměrná zátěž drobných svalových skupin, vysoká četnost vykonávaných pohybů, nevhodná pracovní poloha) je obdobně jako práce spojená s expozicí vibracím přenášeným na horní končetiny jedním ze současných závažných pracovně lékařských problémů. Toto onemocnění je rozšířeno od výrobních závodů až po obchody, zejména pak velké obchodní jednotky. Dalším problematickým odvětvím se v poslední době ukazují být montážní závody vznikající v průmyslových zónách, zejména s ohledem na zaměstnávání žen. Po výrazném poklesu v roce 2000 počet případů v posledních 10 letech kolísá s minimem 52 případů v roce 2003 a maximem 114 v loňském roce.

Od roku 2001 se počet pneumokonióz přiznaných v Moravskoslezském kraji ustálil na průměrné úrovni cca 50 případů za rok. Od roku 2007 lze pozorovat mírný nárůst až na 68 případů v roce 2009 a 63 případů v roce 2011. Počet pneumokonióz se snižuje zejména u horníků. V tomto pozitivním vývoji se projevil nejen útlum hornické činnosti, ale zejména se plně osvědčilo zavedení preventivního přeřazování horníků mimo riziko fibrogenního prachu po dovršení nejvýše přípustné expozice.

DOZOROVÁ ČINNOST

KONTROLNÍ ČINNOST V ROCE 2012

V rámci výkonu státního zdravotního dozoru bylo v roce 2012 provedeno celkem 29 789 kontrol a šetření – více než 5 000 kontrol bylo provedeno v rámci kauzy metanol ve 4. čtvrtletí roku. Bylo vydáno 4 543 rozhodnutí k zajištění ochrany zdraví. Za zjištěné nedostatky byly uloženy finanční sankce v celkové výši 4 267 400 Kč. V rámci součinnosti s jinými orgány státní správy bylo vydáno celkem 10 395 odborných stanovisek. Většinu tvořila závazná stanoviska k územním řízením, k projektovým dokumentacím staveb, ke změnám v užívání a ke kolaudacím staveb. Dále bylo též vydáno například 161 stanovisek v rámci procesu IPPC a EIA, 201 stanovisek k zařazení do rejstříku škol. Bylo schváleno 1 255 provozních řádů zařízení služeb péče o tělo, ubytovacích služeb, koupališť a saun, 1 115 provozních řádů zdravotnických zařízení, bylo projednáno 648 písemných pravidel pro zacházení s nebezpečnými chemickými látkami a přípravky.

Poskytování služeb péče o tělo

V Moravskoslezském kraji bylo v roce 2012 evidováno 4 343 subjektů, poskytujících tyto služby. U nejrizikovějších činností (tetováže, permanentní make-up, piercing) jsou kontroly prováděny u všech evidovaných subjektů každoročně. U ostatních činností jsou četnosti kontrol podle míry rizik u těchto činností v intervalu 2 – 4 roky. V roce 2012 bylo provedeno 1 112 kontrol, v rámci kterých byly zjištěny nedostatky v 74 případech (7 %). Za zjištěné nedostatky byly uloženy sankce v celkové výši 78 100 Kč.

Ubytovací služby

Z celkového počtu 806 ubytovacích zařízení různého typu (hotely, penziony, motely, ubytovny, kempy aj.) bylo provedeno 169 kontrol. Drobné hygienické nedostatky byly zjištěny v 9,5 % případů. Jednalo se většinou o provozní nedostatky typu nevhodné manipulace s prádlem, nedostatečné provozní hygieny, nedodržování provozních řádů. Za zjištěné nedostatky byly uloženy sankce formou blokového nebo příkazního řízení v celkové výši 25 000 Kč.

I v tomto roce byly provedeny společné kontroly ve vybraných ubytovacích zařízeních v součinnosti s Cizineckou policií ČR a Hasičským záchranným sborem MSK. V souvislosti s nepříznivou epidemiologickou situací související s výskytem bacilární úplavice v ubytovnách na území města Ostravy a Bohumína se oddělení komunální hygieny cíleně zaměřilo na kontrolu ubytovacích zařízení pro sociálně slabší skupiny obyvatel.

Zařízení společného stravování

Provozoven společného stravování je v MS kraji kolem 6 000. Frekvence kontrol je stanovena podle rizikovosti jednotlivých typů provozoven, zejména s ohledem na cílovou skupinu spotřebitelů a charakter vyráběných pokrmů. Kontroly jsou směřovány zejména na stravování ve zdravotnictví a sociálních službách, dále na provozovny s výrobou epidemiologicky rizikových pokrmů, jako jsou zeleninové saláty, cukrářské výrobky a zmrzliny. Celkem bylo v roce 2012 provedeno 5 396 kontrol, z toho 2 119 kontrol lihovin.

Osobní hygiena pracovníků v potravinářství se trvale udržuje na dobré úrovni, postupně dochází ke zlepšování stavebně-technického stavu provozoven, provozovatelé více sledují původ potravin, dodržování skladovacích podmínek a data spotřeby nakoupených surovin.

Přibližně v jedné čtvrtině provozoven je zjišťováno porušování zásad provozní hygieny, křížení při manipulaci s potravinami a nedodržování teploty a doby výdeje hotových pokrmů. Zejména na tyto oblasti budou proto zaměřeny kontroly v roce 2013.

V roce 2012 bylo řešeno 199 podnětů, z toho 117 oprávněných, a to zejména na nízkou hygienickou úroveň provozoven, na nekvalitní pokrmy, ale i na zdravotní potíže po jejich konzumaci. Opakovaly se rovněž podněty na ředění alkoholu a na nedodržování „protikuřáckého zákona". Bylo vydáno celkem 58 opatření, která se týkala zejména zákazu nebo pozastavení činnosti a nařízení likvidace zjevně smyslově narušených potravin, uděleno 1 204 pokut ve výši 2 826 000 Kč. Bylo odebráno 376 vzorků potravin, včetně 101 stěrů z prostředí. Nevyhovující mikrobiologické nálezy byly zjištěny zejména u cukrářských a lahůdkářských výrobků, v několika případech i u zmrzlin.

Hromadné výskyty i jednotlivé případy průjmových alimentárních onemocnění byly šetřeny na základě 44 hlášení. Kontrolou stravovacích provozoven nebyla prokázána přímá souvislost vzniku onemocnění s konzumací potravin, rovněž vyšetření vzorků nepotvrdilo pozitivní nález patogenů v potravinách. Většina onemocnění byla virového původu.

K činnostem oddělení hygieny výživy patří rovněž posuzování projektové dokumentace potravinářských provozoven, vydávání stanovisek ke kolaudaci nebo ke změně v užívání. V roce 2012 bylo v této oblasti provedeno 1 277 výkonů. Tato část činnosti patří do oblasti prevence a umožňuje posoudit budoucí provozovnu z hlediska vytvoření vhodných podmínek pro výrobu bezpečných potravin.

Předměty běžného užívání

Bylo provedeno 970 kontrol předmětů běžného užívání (kuchyňské nádobí, potravinářské obaly, potravinářské stroje a zařízení, kosmetika, hračky a výrobky pro děti do 3 let). V rámci plnění plánu kontrolní činnosti bylo provedeno 389 kontrol, mimořádných kontrol bylo provedeno celkem 581. Mimořádné kontroly byly prováděny z důvodu prošetření výskytu výrobků notifikovaných v systému RAPEX, jednalo se o 492 šetření, dále bylo provedeno 11 šetření notifikovaných výrobků v systému RASFF a 78 kontrol ověřování výskytu nebezpečných výrobků. Na oddělení hygieny předmětů běžného užívání je registrováno celkem 2 212 provozoven, z toho 117 výrobců a dovozců předmětů běžného užívání a 2 095 prodejen v distribuční síti. U výrobců předmětů běžného užívání byla kontrola zaměřena na kontrolu správné výrobní praxe, kontrolu dokumentace, prohlášení a atestů k výrobkům. V distribuční síti bylo kontrolováno správné označení výrobků a prohlášení osvědčující, že výrobky vyhovují požadavkům platné legislativy.

Zařízení pro děti a mladistvé

V uvedených zařízeních bylo provedeno celkem 486 kontrol přičemž vyšší pozornost byla věnována tentokrát středním školám a domovům mládeže.

Ze 168 provozoven středních škol bylo zkontrolováno 51 zařízení, ze 48 domovů mládeže bylo zkontrolováno 32. Ve více než polovině středních škol a více než třetině ubytovacích zařízení mládeže byly zjištěny zejména stavebně-technické nedostatky, např.: zastaralé a nevyhovující umělé osvětlení, nedostatečné vybavení sanitárním zařízením, nefunkční sprchy, umyvadla bez přívodu teplé vody, chybějící úložné prostory na lůžkoviny, neodpovídající mikroklimatické podmínky, či neplnění provozních povinností, jako nedostatečně prováděný úklid, což je důsledek nedostatku finančních prostředků na provoz, obnovu a rekonstrukce stávajících a nyní již značně opotřebovaných objektů.

Provedené kontroly v základních a mateřských školách (209 zkontrolovaných provozoven) MSK prokázaly ve 116 zařízeních provoz a podmínky zcela bez závad. Ve 43 ze 106 zkontrolovaných mateřských škol bylo zjištěno nerespektování daných základních požadavků na prostorový komfort potřebný pro volný pohyb, hry, spánek dětí a na nezbytné vybavení hygienickým zázemím.

Část závad byla bezprostředně po kontrole odstraněna, v 21 případech byly uděleny sankce v celkové výši 32 500 Kč a stanoven termín nápravy, v ostatních případech bylo jednáno se zřizovateli o nezbytných úpravách či rekonstrukcích, které zabezpečí optimální prostředí pro děti a mladistvé nebo byly nalezeny náhradní způsoby řešení (např. zřízení nových oddělení pro předškoláky v prostorech ZŠ a tím snížení počtu dětí v MŠ na počet odpovídající danému stavu zařízení a to bez velkých finančních nákladů).

Znatelný nárůst požadavků na umístění dětí do mateřských škol a školních družin přetrvával i v r. 2012 a vyžadoval od zřizovatelů úpravy dalších prostor. K návrhům řešení bylo provedeno ohledání na místě a vydáno 201 stanovisek ke změnám v zařazení do rejstříku škol týkajících se navýšení kapacit.

Minerální a azbestová vlákna ve vnitřním prostředí škol

Vlastnosti azbestových vláken, zejména jejich odolnost a lámavost, jsou velmi nebezpečné lidskému zdraví. Při vdechnutí pronikají azbestová vlákna až do plicních sklípků, kde přetrvávají dlouhou dobu a brání organizmu, aby se jich rychle a účinně zbavil, což může vyústit v poškození plic a jejich obalů. Dětský, vyvíjející se organismus, je vůči všem škodlivinám citlivější než organismus dospělého jedince. Proto je také dětská populace chráněna důsledněji přísnějšími hygienickými limity a také přísnějšími opatřeními při jejich překročení.

Závěrem roku 2011, na podnět České školní inspekce, která vytipovala v MSK 29 škol, na jejichž výstavbu byl použit stavební materiál obsahující azbestová vlákna a současně u nich byla provedena rekonstrukce, provedli pracovníci KHS následné došetření zjištěných údajů, a to ve spolupráci s vedením škol, zřizovateli a stavebními úřady. U 9 z nich nebylo možné prokázat, že stavební firmy při zateplování budov či jiných rekonstrukcích dodržely legislativní povinnosti pro stavební a likvidační práce s materiály obsahující azbestová vlákna, proto bylo začátkem roku 2012 riziko kontaminace vnitřního prostředí pobytových místností minerálními a azbestovými vlákny v těchto 9 školských objektech ověřeno měřením.

Pracovníci akreditované laboratoře provedli požadovaná měření a zhodnocení nasátých respirabilních vláken v celkem 78 pobytových prostorách vytipovaných škol. Měřením v 8 objektech na všech měřených místech byla koncentrace respirabilních azbestových vláken pod mezí detekce použité metody. V šatně dětí jedné mateřské školy na Novojičínsku byla prokázána koncentrace respirabilních azbestových vláken 359 vláken/m3 (limit do 500 vláken/m3). Vzhledem k tomu, že v ostatních 5 měřených místnostech byl limit prokazatelně dodržen a nebyla prokázána přítomnost respirabilních azbestových vláken, pravděpodobně se jednalo o zanesení do šatny z venkovního prostoru (z oblečení a obutí dětí či rodičů). Kontrolní měření po provedeném řádném úklidu prokázalo azbestová vlákna pod mezí detekce a limit pro azbestová a minerální vlákna byl prokazatelně dodržen.

Výskyt azbestu v těchto školách tedy prokazatelně zjištěn nebyl. Dobrá zpráva však stavební firmy či stavební úřady při dalších plánovaných rekonstrukcích stávajících objektů nezbavuje povinnosti nakládat s materiály s obsahem azbestu v souladu s danou legislativou tak, aby nebylo ohroženo zdraví uživatelů staveb či vlastních stavebních dělníků.

Zařízení školního stravování

Stálou prioritou státního zdravotního dozoru pracovníků odboru hygieny dětí a mladistvých je dozor nad dodržováním podmínek pro přípravu bezpečných pokrmů pro citlivou dětskou populaci. V Moravskoslezském kraji bylo v roce 2012 dětem a mládeži poskytováno stravování ve 671 školních jídelnách, 526 výdejnách a v 15 stravovacích zařízeních pro děti do 3 let věku. Doplňkovou stravovací službu poskytovalo 222 školních kantýn/bufetů.

V roce 2012 bylo navštíveno 823 provozoven a provedeno celkem 880 kontrol včetně opakovaných nebo cílených – z toho 559 ve školních jídelnách, 244 kontrol ve školních výdejnách, 15 ve stravovnách pro děti do 3 let a 62 kontrol ve školních bufetech.

Podmínky pro přípravu a výdej stravy pro děti a mladistvé, kvalita a pestrost podávaných pokrmů, a také úroveň znalostí pracovníků těchto provozů jsou vesměs na velice dobré úrovni. Zcela bez zjištěných závad a nedostatků bylo 63 % zkontrolovaných školních jídelen, 69 % školních výdejen, 77 % stravovacích zařízeních pro děti do 3 let věku a 90 % školních bufetů.

V ostatních se jednalo o závady typu: zamrazování nespotřebovaných potravin (zbytky chlazeného masa, knedlíky, pečivo), nebo nevhodné rozmrazování potravin (ve stojaté vodě, na stole v kuchyni), nedodržení teplotního řetězce, společné skladování neslučitelných potravin, přesypávání potravin z originálního balení do jiných obalů bez značení, nedostatky v zavedení a dodržování postupů založených na zásadách HACCP. Závady stavebně-technického rázu (např. porušené povrchy, nedostatečné odvádění par a pachů, nefunkční zařízení k osobní hygieně atd.) byly zjištěny v 15 % zkontrolovaných školních stravovacích provozech. K jejich odstranění byl stanoven termín a provedena kontrola plnění (opakované šetření). Za nedo-držení hygienických požadavků daných právními předpisy bylo ve školních stravovacích provozech uděleno celkem 87 sankcí v celkové výši 53 900 Kč.

Dozor na rizikových pracovištích

Při práci je člověk vystaven faktorům pracovního prostředí, které mohou mít za určitých podmínek na jeho zdraví negativní vliv (projeví se vznikem nemoci z povolání nebo ohrožením nemocí z povolání).

V roce bylo 2012 provedeno celkem 3 519 kontrol, převažovaly kontroly provozoven s rizikovými pracemi. V kraji stále narůstá počet rizikových prací a s tím i počet pracovníků zařazených v riziku (stále častěji žen) zejména v souvislosti s rozvojem montážních závodů, často s vazbou na automobilový průmysl. V souvislosti s legislativními změnami se v roce 2012 již projevily snahy zaměstnavatelů o snižování počtu rizikových prací. V loňském roce bylo provedeno 380 kontrol práce s ručními vibrujícími nástroji. Celkem 105 kontrol bylo provedeno na základních a středních školách se zaměřením na ochranu vyučujících i žáků při nakládání s nebezpečnými chemickými látkami a přípravky. Dále byly kontrolovány např. práce ve stavebnictví, práce s balíky na poštách, rizikové práce na důlních pracovištích.

Během kontrol byly zjišťovány zejména nedostatky v používání osobních ochranných pracovních prostředků a v nedostatečném vyhodnocení míry rizika působení sledovaných škodlivin pracovního prostředí na zdraví zaměstnanců. Běžným typem závad je stále nedodržování požadavků na stavebně-technické zabezpečení pracovišť, na čistotu oken, světlíků, povrchu stěn a stropů a na zajišťování úklidu na pracovištích. Z důvodu zjištěných závad, které by mohly ve svém důsledku vést až k poškození zdraví zaměstnanců, byly ve 21 případech uloženy finanční sankce v celkové výši 199 000 Kč.

DOZOROVÁ ČINNOST

V roce 2012 došlo v MS kraji, po několikaletém strmém nárůstu, k poklesu počtu šetření podmínek vzniku onemocnění pro účely posouzení nemoci z povolání (363 šetření). V tomto parametru figuruje Moravskoslezský kraj stále na 1. místě v rámci ČR.

Tak jako v předchozích obdobích jednoznačně převažují šetření u diagnóz vyžadujících objektivizaci buď lokální svalové zátěže, nebo vibrací přenášených na horní končetiny, případně obou faktorů. Přibývá profesí, u nichž je velmi obtížné definovat charakteristickou směnu (zejména se jedná o zámečnické činnosti charakteru údržby, práce servisního charakteru, většina profesí ve stavebnictví). V této souvislosti lze pozorovat nárůst žádostí o přezkum (odvolání) jak ze strany pacientů, tak i zaměstnavatelů. Narůstá počet šetření v montážních závodech (zejména u žen).

Posuzování podmínek vzniku onemocnění je v podmínkách MS kraje náročné i z ekonomického hlediska, neboť tvoří výrazný podíl požadavků na expertízy ZÚ (v roce 2012 více než 2 400 000 Kč). Složité případy jsou projednávány jednou měsíčně na konzultačních dnech za účasti zástupců oddělení nemocí z povolání.

Kontrolováno bylo i zajištění závodní lékařské preventivní péče (1 094 kontrol). Závodní pracovnělékařská péče je u velkých zaměstnavatelů zajišťována na dobré úrovni, menší a malé firmy mají, obdobně jako v minulých letech, určité problémy se získáváním smluvních lékařů pro poskytování PLS, zejména v okresech Opava a Bruntál. U malých zaměstnavatelů poskytují PLS zejména praktiční lékaři zaměstnanců. Činnost smluvních lékařů PLS je však mnohdy zatížena formálním přístupem (neprobíhají kontroly pracovišť). Tyto potíže se zatím podařilo zvládnout, pouze ve 4 případech neměly kontrolované subjekty závodní lékařskou preventivní péči zajištěnu. Za závady zjištěné při kontrolách byly uloženy finanční sankce v celkové výši 45 000 Kč. Jednalo se zejména o nezajištění vstupních a periodických lékařských prohlídek u zaměstnanců zařazených do rizikové kategorie.

V oblasti preventivní činnosti bylo vydáno 1 612 stanovisek k projektové dokumentaci staveb, 859 stanovisek ke kolaudacím staveb a 1 067 dalších stanovisek, zejména ke změně v užívání objektů a k provozním řádům v problematice odpadů. Celkový počet vydaných stanovisek v roce 2012 byl o cca 300 případů vyšší než v roce 2011, což může naznačovat určité oživení ve stavebním sektoru. Oproti roku 2010 došlo k nárůstu o téměř 900 případů. Při posuzování projektů i při kolaudování staveb však stále převažují drobné a středně velké stavby, zejména ze sféry obchodu a služeb. Výjimečná svým rozsahem byla v tomto ohledu výstavba Obchodně zábavního centra Forum Nová Karolína. Velmi častá a pozitivně hodnocená je přitom spolupráce s příslušnými stavebními úřady.

Zdravotnická zařízení

V roce 2012 jsme provedli 2 160 kontrol v ambulantní i lůžkové složce. Důraz byl kladen zejména na dodržování hygienického režimu v souladu se schválenými provozními řády. Při zvýšeném výskytu nemocničních nákaz v lůžkových zařízeních a při výskytu multirezistentních kmenů jsme se zaměřili na dodržování bariérového ošetřovacího režimu a provádění přijatých protiepidemických opatření. Na základě zjištěných nedostatků bylo ve správním řízení uděleno 42 pokut v celkové výši 171 000 korun, 1 bloková pokuta ve výši 500 korun a 9 příkazů s nepeněžitým plněním.

V rámci priorit byly na 12 vytipovaných novorozeneckých odděleních a porodních sálech nemocnic MSK provedeny hygienicko-epidemiologické-laboratorní prověrky, jejichž součástí byly bakteriologické stěry z prostředí. Celkem bylo odebráno 360 vzorků z rukou, oděvu personálu, pracovních ploch a zdravotnických pomůcek k bakteriologickému zpracování a 12 vzorků pracovních roztoků určených k povrchové dezinfekci, a to ke stanovení účinné látky a její koncentrace. Hygienická úroveň vybraných kontrolovaných pracovišť je na dobré úrovni.

V rámci preventivního hygienického dozoru bylo vydáno 296 stanovisek, z toho 87 stanovisek ke změně užívání, 116 k projektové dokumentaci a 93 ke kolaudacím.

HLUK, NEIONIZUJÍCÍ ZÁŘENÍ

Maximální pozornost problematice hluku je věnována v tzv. preventivním dozoru, kdy při posuzování projektových dokumentací různých staveb a záměrů jsou vyžadovány hlukové garance, že v následném provozu nebude stavba překračovat přípustné hygienické limity hluku. Investor musí garance dokládat nejen slovní formou, ale zejména výpočty, technickými parametry a nejlépe hlukovými studiemi, které vycházejí z dostupných měření obdobných staveb nebo modelovaných hodnot. Garance jsou ověřovány měřením hluku ve zkušebním provozu dané stavby a na základě vyhovujících výsledků měření je udělován souhlas s kolaudací stavby.

Přes rozsáhlou prevenci se KHS každoročně zabývá množstvím podnětů na hluk v životním prostředí – ročně v Moravskoslezském kraji je šetřeno až 170 podnětů, z nichž většina je řešitelná na základě jednání s provozovatelem zdroje hluku. Pokud není jednání účinné, provádí KHS státní zdravotní dozor spojený s měřením a v případě prokázání porušení zákona zahajuje správní řízení k uložení pokuty. Další možností je udělení časově omezeného povolení provozování nadlimitního zdroje hluku, kdy je provozovateli dána možnost, aby provedl nákladná opatření na snížení hluku, když například příprava a realizace protihlukových stěn vyžaduje období 3 – 5 let.

V průběhu roku 2012 bylo vydáno celkem 13 časově omezených povolení pro překročení hygienického limitu hluku, z nichž většina se týkala provozu na významných komunikacích. Při postupném odstraňování nadměrné hlukové zátěže v dopravě postupovala KHS podle Harmonogramu zdravotní naléhavosti a na něj navazujícího Plánu realizace protihlukových opatření. Tyto materiály požadovala KHS zpracovat po správci silnic I. třídy v MS kraji – ŘSD, Správě Ostrava, již v r. 2011. Zdravotní naléhavost je hodnocena dle míry překročení hlukového limitu a počtu osob exponovaných nadměrnému hluku. Harmonogram a Plán opatření jsou průběžně aktualizovány a jsou zásadním podkladem pro stanovení termínů časově omezených povolení vydávaných KHS pro provoz nadlimitně hlučných úseků silnic, a to nejen termínů konečného odstranění hlukové zátěže, ale i nezbytné projektové přípravy konkrétních stavebních opatření.

Aktuálním problémem období posledních dvou let je rostoucí počet instalací tepelných čerpadel, která jsou využívána jako primární zdroje tepla staveb. Jedná se jak o stavby rodinných domů tak i provozovny nebo bytové domy. Tepelná čerpadla typu vzduch-voda, která získávají tepelnou energii z okolního vzduchu mohou být, v závislosti na konfiguraci a umístění, často výrazným zdrojem hluku působícího nejen na chráněné prostory vlastního objektu, u kterého jsou instalována, ale i chráněné prostory okolních domů. KHS řeší tuto problematiku ve spolupráci se stavebními úřady v rámci preventivního dozoru při posuzování projektové dokumentace, kdy je např. v případě problematického umístění zařízení požadováno další doložení garancí dodržení hlukových limitů hlukovou studií, případně měření hluku ve zkušebním provozu. V případě podnětů na již provozovaná zařízení postupuje orgán ochrany veřejného zdraví rovněž v součinnosti se stavebními úřady.

Neionizující záření ve venkovním prostředí

V souvislosti s vysokým počtem základnových stanic mobilních operátorů a obavami osob z možného ovlivnění jejich zdraví v bytech i dalších prostorách, umístěných v jejich blízkosti, bylo v rámci státního zdravotního dozoru provedeno kontrolní měření elektrického pole v okolí anténních systémů 15 základnových stanic mobilních operátorů. Jednalo se o anténní systémy umístěné na střechách obytných budov, základní školy, ubytoven vysoké školy, na stožáru u rekreační chalupy v intravilánu obce a v interiérech obchodních a kancelářských prostor. Měření bylo provedeno v okolí základnových stanic, v bytech, chodbách, školních třídách, prodejnách a kancelářských prostorech.

Základnové stanice vysílají dle konfigurace ve frekvenčních pásmech 450MHz, 900MHz, 1800MHz a 2100MHz. Pro vyhodnocení měření byly použity referenční úrovně intenzity elektrického pole pro nepřetržitou expozici ostatních osob (obyvatel) dle nařízení vlády č. 1/2008 Sb. o ochraně zdraví před neionizujícím zářením ve znění nařízení vlády č. 106/2010 Sb. Naměřené úrovně intenzity elektrického pole byly v měřicích místech pro ostatní osoby (obyvatelstvo) podlimitní. Z výsledků měření je zřejmé, že provozování kontrolovaných základnových stanic nepředstavuje pro ostatní osoby žádné zdravotní riziko.

KOUPACÍ VODY

V průběhu letní rekreační sezóny patří k prioritám činnosti hygienické služby vedle prováděného státního zdravotního dozoru i monitorování kvality vody v koupacích oblastech. Jedná se o vodní plochy, kde jakost vody není uměle upravována a v průběhu koupací sezóny se mění v závislosti na klimatických podmínkách a ovlivnění případnými lokálními zdroji znečištění v jejich povodí. U těchto vod je zvlášť významným ukazatelem jakosti výskyt fytoplanktonu (sinic a řas), který může mít vliv na zdraví koupajících se.

Informace o jednotlivých koupacích místech, včetně aktuální jakosti vody, jsou v době letní rekreační sezóny dostupné na webových stránkách ministerstva zdravotnictví a jednotlivých krajských hygienických stanic (www.mzcr.cz, pro MSK na www.khsova.cz). Jakost vody je znázorňována v podobě piktogramů - tzv. „sluníček", která svou barvou označují odpovídající zdravotní riziko koupání.

Informace o kvalitě vody jsou zveřejňovány rovněž v blízkosti koupacího místa. Na informačních tabulích jsou vedle informace o nádrži uvedeny i obecné informace o jakosti vody ke koupání a jejím hodnocení, klasifikace vody za předcházející 4 sezóny a aktuální kvalita vody.

Při zhoršení kvality vody je vydáváno upozornění pro občany. V případě překročení limitů, kdy hrozí ohrožení zdraví, vydává KHS zákaz koupání, který musí být zveřejněn na úřední desce místně příslušné obce a příslušné KHS. Kromě toho je informace o zákazu poskytnuta sdělovacím prostředkům a umístěna na informační tabuli. Je pak věcí občana, zda vezme na vědomí údaje o nevhodnosti vody ke koupání a bude zákaz respektovat. V tomto bodě je nutné upozornit na právní důsledky, kterým se mohou vystavit v případě nerespektování vydaného zákazu organizátoři dětských táborů, vedoucí vodáckých kurzů, učitelé s dětmi na výletech a pod.

Na území Moravskoslezského kraje bylo v roce 2012 kontrolováno 24 koupacích oblastí. Sledování kvality vody bylo prováděno podle monitorovacího kalendáře, obvykle ve čtrnáctidenních intervalech (kromě lomu Svobodné Heřmanice, kde se nepřepokládá výskyt sinic) a v případě zhoršené kvality vody byl interval zkrácen na týden.

Celkem bylo v průběhu loňského léta provedeno 190 kontrol spojených s odběrem vzorků k laboratornímu vyšetření. Na dvou sledovaných místech (VN Brušperk, VN Slezská Harta – Nová Pláň) vydala KHS MSK zákaz koupání pro zhoršenou kvalitu vody v mikrobiologických ukazatelích (Escherichia coli, enterokoky). Tyto zákazy byly po zlepšení kvality vody odvolány po několika dnech.

U dvou nádrží – Olešná a Budišov nad Budišovkou byla voda pro vysoký obsah toxických sinic označena jako nevhodná ke koupání. V druhé polovině srpna byl zaznamenán mírně zvýšený výskyt sinic na všech místech Těrlické přehrady a na jednom ze tří míst v Žermanicích – lokalita Dolní Domaslavice. Na ostatních sledovaných vodních plochách voda vykazovala po celou sezónu vyhovující kvalitu.

Vedle koupacích oblastí, dozorovaných na náklady státu, byla dále provozována i tzv. přírodní koupaliště. V Moravskoslezském kraji se jedná o rekreační areál na štěrkovně v Hlučíně (volné jezero, bazén B1), nádrž pro plavce v areálu Letního koupaliště v Porubě a nádrže ke koupání v rekreačním areálu Krkoška na Frýdeckomístecku. S výjimkou jednoho nevyhovujícího odběru v nádrži B1 v Hlučíně byla kvalita vody na všech ostatních přírodních koupalištích po celou sezónu vyhovující.

Obdobně jako u přírodních koupališť došlo i u umělých koupališť v souvislosti s novou legislativou ke změně terminologie. Nově se jedná o plavecký bazén, koupelový bazén, bazén pro kojence a batolata, brouzdaliště a ochlazovací bazén sauny.

Provozovatelé umělých koupališť jsou povinni koupaliště provozovat podle schváleného provozního řádu, vhodnou úpravou udržovat jakost vody v předepsaných ukazatelích a laboratorními vyšetřeními zajišťovat kontrolu jakosti vody v koupališti ve stanoveném rozsahu a četnosti. Nově podle § 18 odst. 3 zák. č. 258/2000 Sb. mají povinnost sledovat kvalitu bazénové vody rovněž provozovatelé léčebných bazénů ve zdravotnických zařízeních a ústavech sociální péče. Výsledky sledování jakosti jsou rovněž povinni zasílat do centrálního registru, kde jsou k dispozici orgánu ochrany veřejného zdraví.

V rámci prováděného dozoru provedli pracovníci KHS MSK v roce 2012 celkem 446 kontrol umělých koupališť. Nedostatky byly zjištěny ve 45 případech a byly uloženy pokuty v celkové výši 71 600 Kč.

ZDRAVOTNÍ STAV

Podle odborníků lidské zdraví v zásadě ovlivňují tyto klíčové aspekty: způsob života, socioekonomické faktory (např. vzdělání, zaměstnání, příjem, úroveň bydlení), genetické předpoklady, okolní prostředí (kvalita vody, půdy, ovzduší, hluk aj.) a úroveň zdravotnických služeb. Nejvýznamnější jsou faktory, které utvářejí způsob života. Jedná se například o výživu, kouření, konzumaci alkoholu, pohybové aktivity, psychické napětí nebo stres. Tyto faktory ovlivňují zdraví asi ze 40 %, socioekonomické faktory asi z 30 %, genetické dispozice asi z 10 %. Vliv životního prostředí (včetně pracovní expozice a kvality vnitřního prostředí budov) se odhaduje přibližně na 10 %. Poslední klíčový aspekt, úroveň zdravotnických služeb a lékařské péče, má dopad na kvalitu zdraví rovněž asi z 10 %.

Zdravotní stav zahrnuje fyzické, psychické a i sociální charakteristiky kvality života. Hodnocení zdravotního stavu populace v dostupných publikacích ÚZIS ČR se zaměřuje převážně na nemocnost a vychází ze specializovaných informačních systémů, registrů a výkazů o činnosti zdravotnických zařízení.

Z registrovaných pacientů je praktickým lékařem či specialistou sledováno pro hypertenzní nemoci 22 %, pro ischemické nemoci srdeční 10 % a pro cévní nemoci mozku 3 % pacientů.

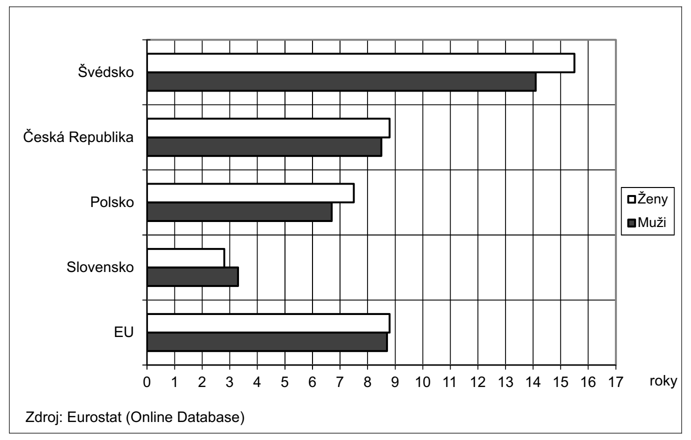
V ordinacích klinické imunologie a **alergologie** bylo v ČR sledováno 893 tisíc pacientů, nejčastějšími diagnózami, pro které jsou dispenzarizováni jsou pollinosa, astma, stálá alergická rýma a atopická dermatitis. V MS kraji bylo v roce 2011 léčeno 121 682 pacientů, což představuje nárůst od roku 2000 o 95 %.

Více než 825,4 tisíc osob (389,6 tisíc mužů a 435,8 tisíc žen) léčených pro **diabetes** mellitus (DM) v roce 2011 představuje oproti předchozímu roku nárůst o 2,4 %. Na pokračující epidemii diabetu se největší měrou podílí 2. typ (91,9 % případů). Léčba diabetu se přesouvá od specialistů diabetologů (81,6 % pacientů) do ordinací praktických lékařů (18,4 %); jedná se především o jednodušší případy. V průběhu roku byl diabetes nově zjištěn u 68 tisíc pacientů, z toho ve 258 případech u osob do 19 let. Průměr ČR vzrostl oproti roku 2010 o 5,9 % a činil 6,5 nových případů na tisíc obyvatel. Počet komplikací diabetu se zvýšil z 228 tisíc v roce 2010 na 240 tisíc, z toho bylo 40 % retinopatií, 42 % nefropatií a 18 % postižení dolních končetin tzv. diabetická noha. Amputace byla provedena ve 10 408 případech, z toho v 3 939 případech nad kotníkem. V MS kraji počet léčených diabetiků poklesl o 1 %. K 31.12.2011 bylo v kraji 98 714 léčených diabetiků. Na 100 000 obyvatel vychází relace 8 022 diabetiků (ČR 7 857). Výskyt cukrovky je dlouhodobě vyšší u žen, které tvořily 54 % z celku. Z celkového počtu diabetiků ubyli opět pacienti léčeni jen dietou, kteří zaujímají 14,5 % z celku, zvyšuje se počet léčených PAD (perorální antidiabetika) 62,6 % a také inzulínem – 21,5 %.

Ženy žijí v průměru o 6 let déle ve srovnání s muži. Jaký je však jejich zdravotní stav v těchto „přidaných letech"? Odpovědět na otázku nám může pomoci ukazatel „délka života ve zdraví" (Healthy Life Years, HLY), který vyděluje ze střední délky života část prožitou ve zdraví, resp. bez omezení v běžných činnostech. Jedná se o ukazatel spojující data o úmrtnosti a zdravotním stavu obyvatel. Jeho výpočet je založen, kromě úmrtnostních tabulek, na struktuře populace podle omezení běžných aktivit, zjišťovaného otázkou: „Byl(a) jste kvůli zdravotním problémům nejméně po dobu posledních 6 měsíců omezen(a) v činnostech, které lidé běžně dělají?" Zdrojem dat o výskytu omezení běžných aktivit ze zdravotních důvodů pro tento ukazatel je Šetření příjmu a životních podmínek (SILC) realizované od roku 2005 ČSÚ. Podle ukazatele celkové naděje dožití měl 65letý muž v roce 2011 naději dožití 15,5 roku, 65letá žena pak 19 let. Rozdíl mezi oběma pohlavími je v tomto věku tedy nižší než při narození, avšak stále značný (3,5 roku). I přesto je délka života ve zdraví u obou pohlaví zhruba stejná. Ve věku 65 let to bylo v roce 2010 u mužů 8,5 roku, u žen 8,8 roku a roky, které mají ženy oproti mužům navíc jsou prožité již s určitým zdravotním omezením.

Nejčastější skupinou příčin smrti zůstávají i nadále nemoci oběhové soustavy, které se v roce 2011 podílely na celkové úmrtnosti (standardizované) 46,8 % (45,0 % u mužů a 49,1 % u žen, v MS kraji 45,05 % u mužů a 50,7 % u žen), následovaly novotvary s podílem 27,0 % u mužů a 26,8 % u žen (v MS kraji 26,27 % u mužů a 25,67 % u žen).

Zdravá délka života ve věku 65 let, 2010



Zdroj: Eurostat (Online Database)

V posledních čtyřech letech stagnuje počet živě narozených dětí s **vrozenou vadou** mezi cca 4,6 a 5,0 tisíci za rok. V relativních počtech (v přepočtu na 10 000 živě narozených) hodnoty také kolísají – rok 2008 – 403,53, rok 2009 – 393,16 a rok 2010 pak 432,94. Pro jednotlivé skupiny vad či jednotlivé diagnózy se liší procento postižených dívek a chlapců, jsou diagnózy s převahou postižení dívek a s převahou postižení chlapců, celkově (za všechny diagnózy) je však převaha mužského pohlaví (v roce 2010 59,8 % postižených chlapců). Celkové incidence vrozených vad v posledních deseti letech v ČR nedoznaly významnějších změn, změny ročních incidencí jsou v rámci běžného kolísání četnosti. Některé závažné vrozené vady se v populaci novorozenců v ČR vyskytují minimálně díky celoplošně velmi dobrým výsledkům prenatální diagnostiky.

Zhoubné nádory (ZN) představují čtvrtinu všech úmrtí v ČR a druhou nejčastější příčinu smrti po kardiovaskulárních onemocněních. I přes rostoucí incidenci standardizovaná úmrtnost na ZN mírně klesá. V roce 2010 bylo do Národního onkologického registru ČR nově hlášeno 82 606 případů ZN včetně novotvarů in situ (dg. C00-C97 a D00-D09); z toho bylo 42 933 případů u mužů a 39 673 u žen. Počet nově zjištěných ZN na 100 tisíc obyvatel meziročně vzrostl u mužů z 794,2 na 831,9 a u žen z 710,4 na 740,7 případů. Standardizovaná míra incidence (dle evropského standardu) oproti roku 2009 celkově vzrostla (u mužů došlo k nárůstu z 700,2 na 720,9 a u žen z 517,2 na 535,6 případů). ZN se častěji vyskytují ve vyšším věku. U mužů je dlouhodobě hlášeno ve věku 65 a více let 60 % ZN, u žen 55 %.

V MS kraji bylo v roce 2010 nově hlášených 9 677 onemocnění ZN a novotvary in situ. Druhým nejčastějším nádorem u mužů byl ZN prostaty se 131,2 případy na 100 tisíc mužů, v MS kraji 122,3; a u žen ZN prsu se 121,3 případy na 100 tisíc žen, v MS kraji 113,4.

Nejvyšší úmrtností se i v roce 2010 vyznačoval ZN plic (C34) u mužů se 77,7 úmrtími na 100 tisíc mužů (MSK 76,3) a ZN prsu (C50) u žen se 30,1 úmrtími na 100 tisíc žen (MSK 26,9).

Rakovina plic

Nejčastějším nádorem plic je bronchogenní karcinom. Téměř jedinou příčinou jeho vzniku je kouření. Je velmi zhoubný, dlouhou dobu se nijak neprojevuje, a proto bývá odhalen až v pozdních stádiích. Plíce jsou také nejčastějším orgánem, ve kterém se vyskytují metastázy zhoubných nádorů jiných orgánů.

Rizikové faktory: Nejrizikovějším faktorem pro vznik rakoviny plic je kouření, souvisí také s působením kancerogenních vlivů radioaktivních látek, ionizujícího záření, azbestu, arzénu, vinylchloridu apod. Negativní vliv má extrémně znečištěné ovzduší, nevhodné složení potravy, prodělaná zánětlivá a fibrotická plicní onemocnění a rodinný výskyt rakoviny plic.

Prevence: Primární prevence je zaměřená na zabránění vzniku onemocnění, vyhýbání se výše zmíněným rizikovým faktorům. Ideální je kouřit vůbec nezačít, ale už i pětiletá abstinence riziko rakoviny plic snižuje. Nikdy se však nevyrovná nekuřákům. Pokud je úplná abstinence „nemožná", je lepší snížit denní množství vykouřených cigaret, kouřit cigarety s nízkým obsahem dehtu. Nepřipustit pasivní kouření a vyvarovat se profesionálních rizik. Dbát na důsledné doléčení onemocnění dýchacího ústrojí. Nemalou roli hraje zdravá strava, dostatek tekutin a pravidelný pohyb. Tzv. retinoidy dohlížejí na normální průběh buněčného růstu a diferenciace, antioxidanty zpomalují nádorovou přeměnu. Sekundární prevence je zaměřená na včasný záchyt onemocnění ve stádiu, které je léčitelné a mnohdy i vyléčitelné. Základem je tedy aktivní vyhledávání nádorových onemocnění, nejlépe plošně v celé populaci, tzv. screening. Terciární prevence předchází poškozením vzniklých v důsledku onemocnění nebo terapie. V onkologii to znamená následné sledování pacientů po terapii s cílem včasného záchytu případného navrácení choroby.

Nádory prostaty

Rakovina (karcinom) prostaty postihuje muže převážně po padesátém roce života a je nejčastějším nádorovým onemocněním mužů. Onemocnění zpočátku probíhá bez jakýchkoli příznaků. Počáteční stav karcinomu prostaty je však většinou právě jediným, který může být úplně vyléčen. Pokročilý karcinom prostaty lze také léčit, šance na úplné vyléčení je však podstatně nižší, než u karcinomu v počátečním stavu.

Karcinom prostaty je druhou nejčastější příčinou smrti na nádory u mužů. Řada vyléčených pacientů vděčí za včasné rozpoznání choroby a úspěšnou léčbu preventivnímu vyšetření, které podstoupili. Onemocnění postihuje nejčastěji muže vyššího věku, není však úplnou vzácností ani u jedinců mladších, například i u čtyřicátníků a padesátníků.

Přes intenzivní výzkum řady týmů po celém světě dodnes jednoznačnou příčinu vzniku rakoviny prostaty neznáme. Bylo sice prokázáno, že existuje určitá souvislost s dietními zvyklostmi, hlavně nadbytkem živočišných tuků, přesný mechanizmus, jak složky potravy působí, však zatím popsán nebyl. Z těchto důvodů rakovině prostaty účinně předcházet v současné chvíli nedokážeme.

Karcinom prsu

Karcinom prsu je označení pro skupinu několika typů zhoubných nádorů prsu. Obecně základní charakteristikou každého zhoubného nádoru je nekontrolovaný růst buněk, které pak napadají okolní tkáň a mají také schopnost vycestovat různým způsobem (např. krví nebo mízou) i do jiných tkání a vytvářet tam nová ložiska, tzv. metastázy. Většina nádorů prsu je nezhoubných (benigních). Pro tyto nádory je charakteristické, že rostou pouze v místě vzniku a nemají tedy schopnost zakládat nová ložiska v jiných oblastech (nemetastazují) – neohrožují proto člověka na životě. Mezi nezhoubné nádory prsu řadíme dutiny vyplněné tekutinou (cysty) nebo shluky žlázově – vazivové tkáně (fibroadenomy).

Rizikové faktory: ženské pohlaví, věk - nejčastější výskyt je mezi 50. a 60. rokem života, dědičné předpoklady, bílá rasa, léčba zářením v předchozím období, menstruační období - u žen, které začaly časně menstruovat (před 12. rokem) a u nichž menopauza (přechod) nastala po 50. roku, je riziko zhoubného nádoru prsu mírně vyšší. Totéž platí pro ženy, které neměly děti nebo které měly první dítě až po 30. roce svého života. Hormonální antikoncepce a podávání hormonů po menopauze, pití alkoholu, strava - může být určitá souvislost mezi nadváhou a rizikem zhoubného nádoru prsu, zvláště pro ženy po menoupauze (po přechodu).

Mluvíme-li o rizikových faktorech ve vazbě na vznik karcinomu prsu, je třeba také říci, že známe i některé tzv. **ochranné faktory**, které pravděpodobnost vzniku této choroby naopak snižují. Jsou to zejména: kojení a cvičení.

Prevence: Cílené předcházení (prevence) v pravém slova smyslu u nádorů prsu neexistuje, a proto je zatím jediným účinným prostředkem zajistit včasné zjištění a apelovat na dodržování zásad zdravého životního stylu. Zhoubný nádor prsu zpočátku nemusí způsobovat žádné potíže. Znovu je třeba zdůraznit, že včasná diagnostika je předpokladem k vyléčení. Zhoubný nádor prsu zjištěný v minimálním rozsahu má při včasné diagnostice a léčbě vysokou pravděpodobnost (až 95%) úplného vyléčení. Jakákoliv hmatná bulka nebo zatvrdnutí v prsu, změna tvaru a velikosti prsu, mokvání, jakýkoliv výtok, deformace nebo vtahování bradavky, změny barvy kůže – to vše jsou příznaky, které bývají častým projevem nenádorového onemocnění, ale mohou být i příznakem zhoubného nádoru. Proto je třeba neprodleně navštívit odborného lékaře při jakýchkoliv změnách v oblasti prsu. Pro každou ženu od 20 let věku by mělo být samozřejmostí pravidelné samovyšetřování prsů, a to jedenkrát měsíčně. Jde totiž o nejjednodušší metodu včasného záchytu zhoubného nádoru.