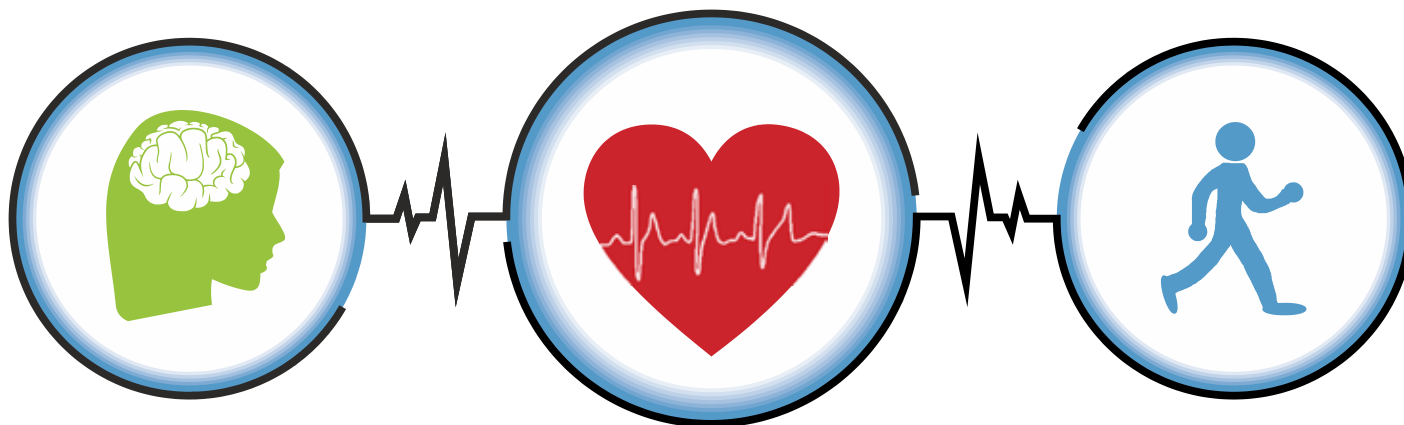




ZDRAVOTNÍ UKAZATELE OBYVATEL MORAVSKOSLEZSKÉHO KRAJE



SRPEN 2016

*Zdraví je stav úplné fyzické,
duševní a sociální pohody
a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady.*

WHO definice zdraví

Vážení čtenáři,

zákon o ochraně veřejného zdraví ukládá krajské hygienické stanici spolupracovat se správními úřady a s orgány samosprávy při tvorbě regionální zdravotní politiky ochrany a podpory veřejného zdraví, včetně prevence nemocí a zdravotních rizik, a v této souvislosti zajišťovat minimálně jednou za 5 let hodnocení zdravotního stavu obyvatelstva příslušného regionu. Krajská hygienická stanice Moravskoslezského kraje se sídlem v Ostravě Vás doposud s problematikou zdravotních ukazatelů seznamovala v příspěvcích na svých webových stránkách a v každoročně připravovaných ročenkách a zpravodajích. Tentokrát Vám předkládá samostatnou publikaci, v níž je podrobně prezentován vývoj jednotlivých zdravotních ukazatelů, které mají významný dopad na zdraví populace Mo-

ravskoslezského kraje, a to ve srovnání s Českou republikou.

Předkládaný materiál je zpracován v souladu se schválenou Národní strategií ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí a naplňuje program Světové zdravotnické organizace „Zdraví 2020“. Je již dávno prokázáno, že aktivní přístup k ochraně zdravotního stavu obyvatelstva za účelem zlepšování kvality života přináší prospěch nejen jednotlivcům, ale i celé společnosti. Ochrana veřejného zdraví je každodenním tématem nás všech. Jsem přesvědčena, že naše práce má smysl. Pevně věřím, že tato publikace, která je určena odborné i laické veřejnosti, přispěje, s odkazem na slova bývalého ředitele Světové zdravotnické organizace Halfdana Mahlera „Zdraví není všechno, ale všechno ostatní bez zdraví nestojí za nic.“,

k dalšímu rozvoji preventivních aktivit v našem kraji.

Možná budete překvapeni, ale z pohledu vývoje jednotlivých zdravotních ukazatelů obyvatel Moravskoslezského kraje zaznamenáváme ve srovnání s Českou republikou příznivý trend. To znamená, že zdravotní ukazatele jsou v řadě případů srovnatelné s ostatními kraji ČR. V některých případech je situace méně příznivá a tam je třeba zaměřit i naše úsilí ke zlepšení tohoto stavu.

Aktuální situace v Moravskoslezském kraji je zpracována v předkládaném materiálu.

MUDr. Helena Šebáková

Ředitelka

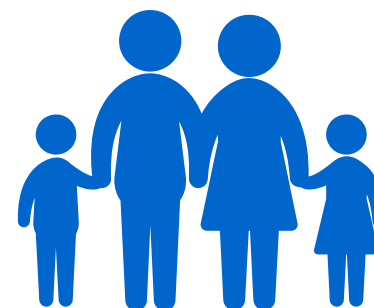
ÚVOD

Lidské zdraví dle odborníků Světové zdravotnické organizace (WHO) v zásadě ovlivňují tyto klíčové aspekty, tzv. determinanty zdraví:

- způsob života,
- socioekonomické faktory (vzdělání, zaměstnání, příjem, úroveň bydlení),
- genetické předpoklady,
- okolní prostředí (kvalita vody, půdy, ovzduší, hluk, pracovní prostředí),
- úroveň zdravotnických služeb.

Za nejvýznamnější lze považovat 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 %. Následují socioekonomické faktory (30 %), genetické dispozice a úroveň zdravotnických služeb a lékařské péče (10 %). Vliv životního prostředí (včetně pracovní expozice a kvality vnitřního prostředí budov) se odhaduje také na 10 %. Zdravotní stav tedy zahrnuje fyzické, psychické i sociální charakteristiky kvality života.

Hodnocení zdravotního stavu populace se zaměřuje převážně na nemocnost a vychází ze specializovaných informačních systémů, registrů a výkazů ze zdravotnických zařízení či od praktických lékařů.



ÚMRTNOST A STŘEDNÍ DÉLKA ŽIVOTA

Jedním z nejvýznamnějších zdravotních ukazatelů je tzv. standardizovaná úmrtnost (SDR). Je charakterizována jako teoretická intenzita úmrtnosti v reálné populaci přepočítávaná na

100 000 osob ve vztahu k věkové struktuře populace.

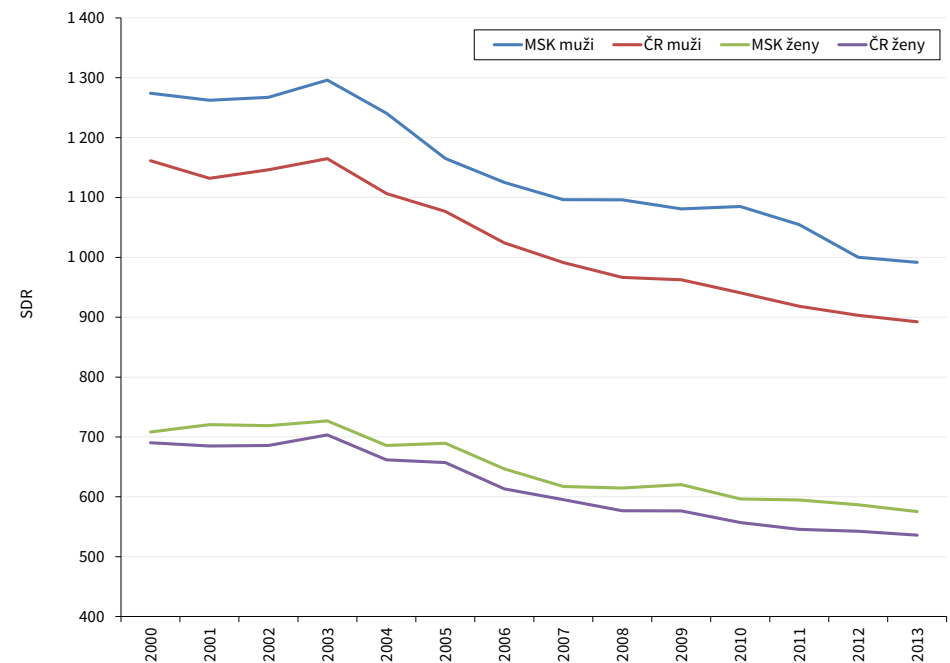
Jak vyplývá z tabulky a grafu hodnota standardizované úmrtnosti

má od roku 1999 klesající, tedy pozitivní, trend, a to jak v našem kraji, tak v rámci celé České republiky. Hodnoty SDR v MS kraji jsou však stále vyšší než činí

průměr ČR, což platí zejména u mužské části populace, kde lze pozorovat poměrně výrazný rozdíl na úrovni 100 případů/100 tis. osob.

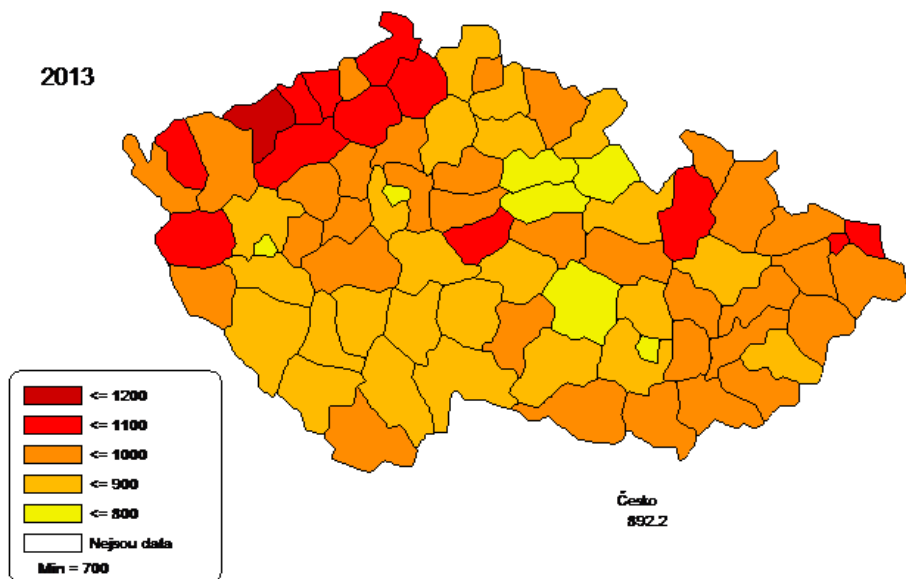
Rok	MSK		ČR		Ostrava	
	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy
2000	1274,0	708,4	1161,5	690,4	1261,5	728,1
2001	1262,3	720,4	1131,9	684,8	1250,2	743,7
2002	1267,1	718,7	1146,2	685,8	1269,9	729,9
2003	1296,1	726,9	1164,8	703,5	1262,0	723,1
2004	1240,8	685,7	1106,5	661,8	1244,3	678,1
2005	1165,0	689,3	1076,6	657,2	1184,2	718,8
2006	1125,0	646,6	1024,0	613,2	1116,4	656,8
2007	1096,3	617,3	991,2	595,4	1115,8	654,7
2008	1096,1	614,7	966,5	576,7	1073,0	622,6
2009	1080,9	620,4	962,5	576,5	1074,9	618,9
2010	1084,9	596,4	940,8	557,1	1114,7	587,3
2011	1054,7	594,8	918,4	545,5	1099,2	601,2
2012	1000,1	586,8	903,1	542,6	995,6	607,7
2013	991,6	575,3	892,2	535,8	1000,2	556,1

Tabulka 1 Standardizovaná úmrtnost – celkem (zdroj ÚZIS ČR)



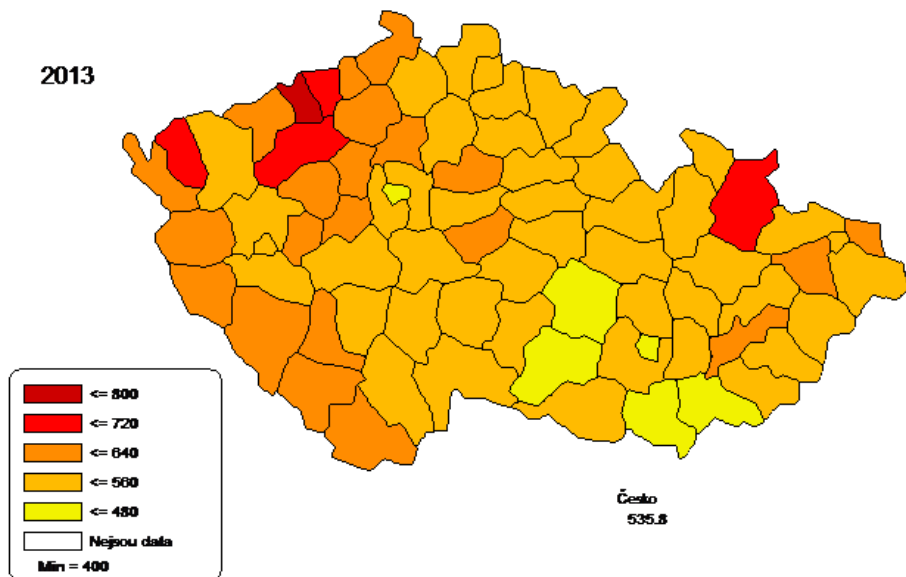
Graf 1 Celková standardizovaná úmrtnost (zdroj ÚZIS ČR)

2013



Kartogram 1 Celková úmrtnost, muži, okresy ČR, 2013 (zdroj DPS ÚZIS)

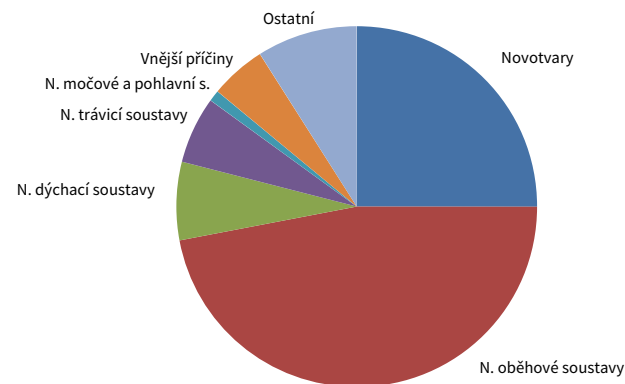
2013



Kartogram 2 Celková úmrtnost, ženy, okresy ČR, 2013 (zdroj DPS ÚZIS)

Z kartogramů 1 a 2 je zřejmé, že u mužské populace MS kraje je nejvyšší standardizovaná úmrtnost v okresech Karviná a Ostrava, u žen v okrese Bruntál.

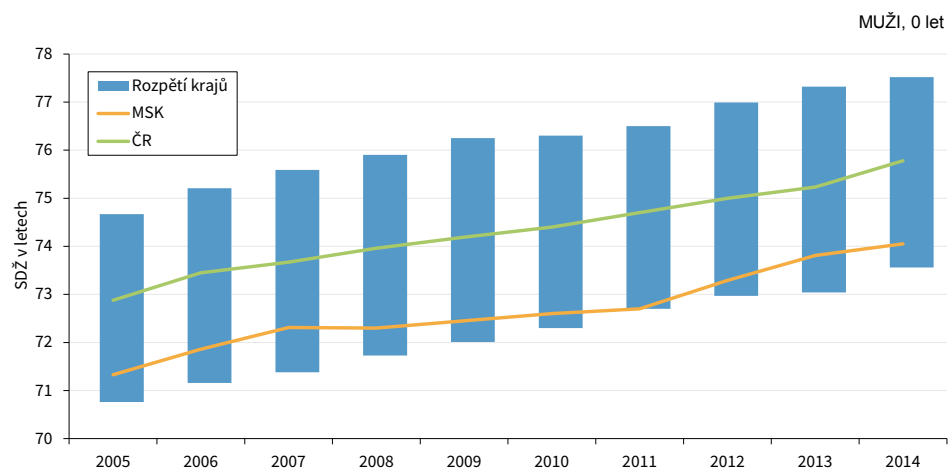
Rozložení standardizované úmrtnosti v MS kraji v roce 2013 dle příčin znázorňuje následující graf.



Graf 2 Standardizovaná úmrtnost podle příčin, MS kraj, rok 2013

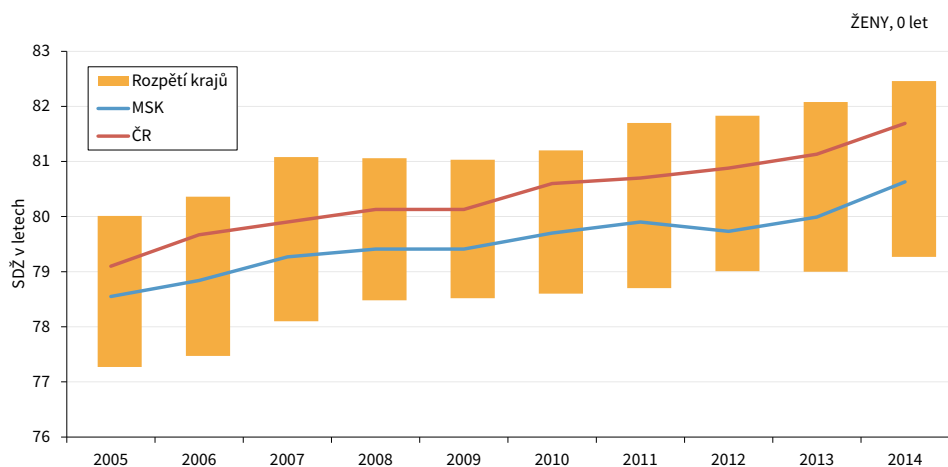
Dalším sledovaným ukazatelem zdravotního stavu je střední délka života (naděje dožití). Je charakterizovaná střední hodnotou počtu let zbývajících do smrti x -letému člověku za předpokladu zachování úmrtnostní situace z období jejího výpočtu. Naděje dožití se může vypočítat pro různý věk. Byly zvoleny hodnoty pro střední délku života pro muže a ženy při narození a ve věku 65 let (viz následující grafy 3 a 4).

Střední délka života při narození v roce 2014 v ČR i v MS kraji vzrostla: v ČR u mužů na 75,8 let, u žen na 81,7, v MS kraji u mužů na 74,1 let, u žen na 80,6. Prodloužení střední délky života při narození od roku 2005 dosahuje 2,9 roku u mužů a 2,6 roku u žen v ČR, v MS kraji pak 2,6 roku u mužů a 2,1 roku u žen.



Data: ÚZIS, ČSÚ

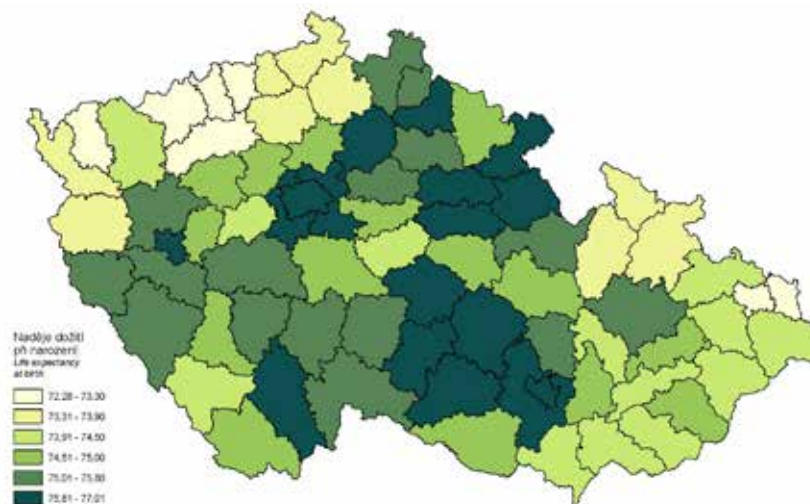
Graf 3 Střední délka života při narození, muži



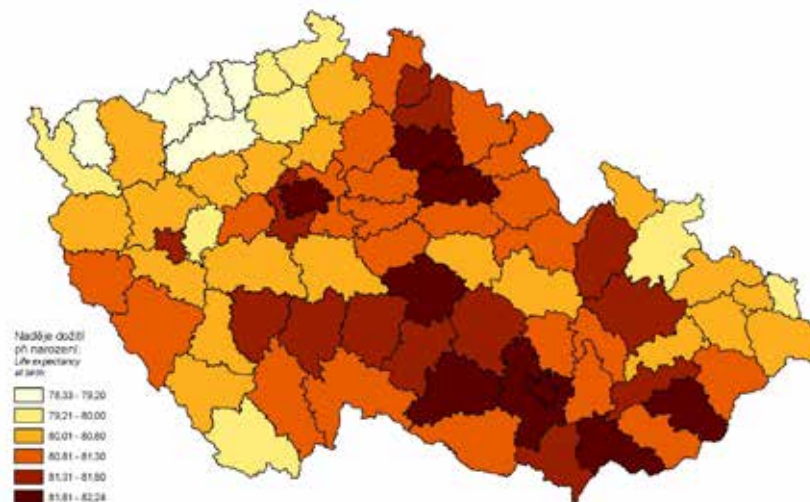
Data: ÚZIS, ČSÚ

Graf 4 Střední délka života při narození, ženy

Srovnání střední délky života při narození v jednotlivých okresech České republiky v období 2010 až 2014 nabízejí následující kartogramy.



Kartogram 3 Naděje dožití mužů při narození v okresech v období 2010 – 2014 (zdroj ČSÚ)



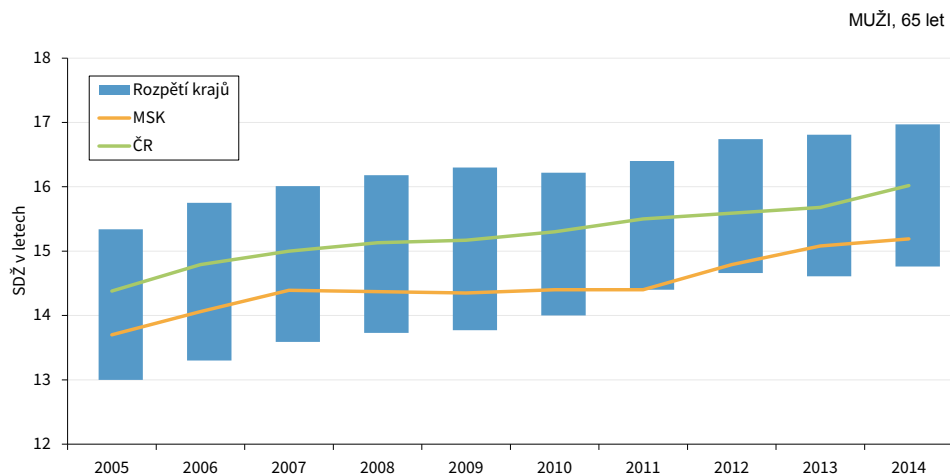
Kartogram 4 Naděje dožití žen při narození v okresech v období 2010 – 2014 (zdroj ČSÚ)

Z uvedených kartogramů je patrné, že v případě mužské části populace patří ve sledovaném období okres Karviná mezi okresy ČR s nejmenší nadějí dožití při narození (72,6 roků). Nejlépe na

tom jsou v rámci MS kraje muži z okresů Opava, Nový Jičín a Frýdek-Místek. V případě ženské části populace je situace o něco příznivější, žádný okres MS kraje nefiguruje mezi nejhoršími okresy

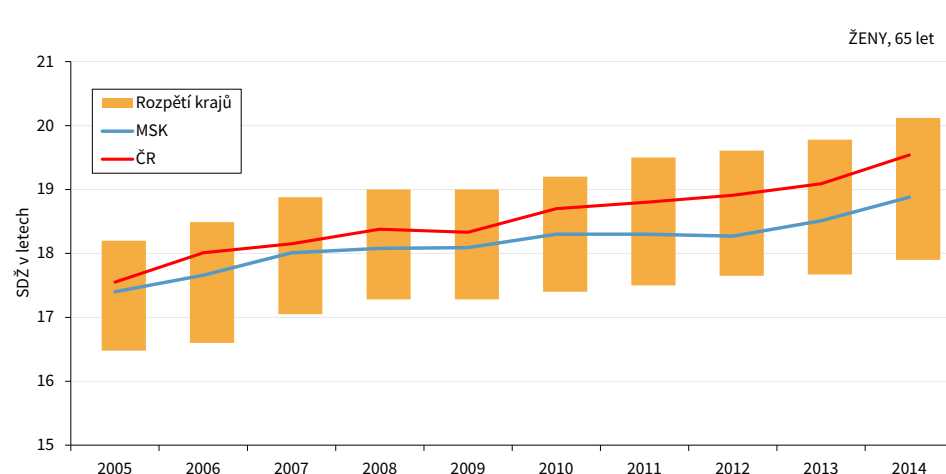
v naší republice. Nejmenší naděje dožití při narození je, podobně jako u mužů, v okrese Karviná (79,3 roků), nejvyšší v okresech Frýdek-Místek a Nový Jičín. Naděje dožití ve věku 65 let v roce 2014

v ČR činila u mužů 16,0 let, u žen 19,5 let, v našem regionu u mužů 15,2 let, u žen 18,9 let. I v této věkové kategorii je trend stoupající, tedy příznivý.



Data: ÚZIS, ČSÚ

Graf 5 Naděje dožití v 65 letech, muži



Data: ÚZIS, ČSÚ

Graf 6 Naděje dožití v 65 letech, ženy

CHARAKTERISTIKA MORAVSKOSLEZSKÉHO KRAJE

Zdroj: Statistická ročenka Moravskoslezského kraje 2015

MS kraj leží na severovýchodě České republiky a tvoří jednu z nejvíce okrajových částí. Je vymezen okresy – Bruntál, Frýdek-Místek, Karviná, Nový Jičín, Opava a Ostrava-město a je rozdělen na 22 správních obvodů obcí s rozšířenou

působností, do kterých spadá celkem 300 obcí, z toho je 42 měst. Svou rozlohou 5 427 km² zaujímá 6,9 % území celé České republiky a řadí se tak na 6. místo mezi všemi kraji. Se svým počtem necelých 1 220 tisíc obyvatel je

třetí nejlidnatější v ČR. Většina obyvatel (téměř 60 %) žije ve městech nad 20 tisíc obyvatel.

Nízká porodnost je základním rysem současné populační situace nejen našeho regionu, ale i celé ČR, proto do-

chází k pozvolnému stárnutí populace. Vedle pokračujícího přirozeného úbytku obyvatel dochází v MS kraji, na rozdíl od zbytku republiky, od roku 1993 k nepřetržitému poklesu počtu obyvatel migrací.

Od 19. století kraj patřil, a také v současnosti patří, mezi nejdůležitější průmyslové regiony střední Evropy. Jádrem je ostravsko-karvinská průmyslová a těžební pánev, jejíž industrializace byla úzce spojena s využíváním místního nerostného bohatství, zejména kvalitního koksovatelného černého uhlí a s navazujícím rozvojem těžkého průmyslu a hutnictví. Kraj je tak celostátním centrem hutní výroby, současně je sem soustředěna i těžba téměř celé produkce černého uhlí ČR, i když dochází k poklesu vytěženého množství. Vedle těchto tradičních odvětví se v kraji dále prosazuje výroba a rozvod elektřiny, plynu a vody, výroba dopravních prostředků a chemický a farmaceutický průmysl.

Hlavními zdroji pitné vody jsou vodárenské nádrže Šance a Morávka v Moravskoslezských Beskydech a Kružberk v Nížkém Jeseníku.

Od počátku devadesátých let minulého století dochází k podstatnému zlepšení stavu životního prostředí vlivem poklesu průmyslové výroby, používání šetrnějších technologií a značným investicím do ekologických opatření. I přes tato uvedená zlepšení patří kraj nadále mezi nejzatíženější oblasti v ČR, protože v minulosti byly znečištěny všechny složky životního prostředí. Dnes se jako nejzávažnější jeví kontaminace půdy a podzemních vod v důsledku průmys-

lové činnosti, důlní poklesy a znečištění povrchových vod a ovzduší.

Odvětvová struktura MS kraje přináší v současnosti nemalé problémy zejména s vyšším podílem nezaměstnaných osob. Relativně nejlépe je na tom okres Frýdek-Místek, vysoký podíl nezaměstnaných osob naopak vykazují okresy Bruntál a Karviná, které zauímají jedny z posledních míst mezi všemi okresy v ČR.

Kraj je nejvíce vzdálen od přímých kontaktů s metropolí státu a s hospodářskými podněty z vyspělých zemí EU. Dálnice D1 mezi Lipníkem nad Bečvou a Bohumínem o délce téměř 80 km řeší dopravní obslužnost a ekonomické oživení. Silniční a komunikační systém dále doplňují hlavní mezinárodní silnice I/11 (E75): Opava – Ostrava – Český Těšín – Mosty u Jablunkova a I/48 (E462): Nový Jičín – Frýdek-Místek – Český Těšín, které procházejí východní částí kraje. MS kraj protínají dva železniční tahy evropského významu, elektrifikované tratě č. 270 a č. 320. Trať č. 270 je významným úsekem hlavní železniční trasy ČR Praha – Bohumín. Dosažitelnost regionu letecky je zabezpečována prostřednictvím mezinárodního letiště v Mošnově.

MS kraj je vybaven kvalitním systémem školního vzdělávání. Na 442 základních



Obrázek 1 Geografická mapa Moravskoslezského kraje (zdroj ČSÚ)

školách plní povinnou školní docházku 100 074 žáků. Oborově širokou škálu 139 středních škol (z toho 42 gymnázií) a 2 konzervatoří doplňuje 13 vyšších odborných škol a 5 vysokých škol, které svými 16 fakultami zabezpečují výuku pro 35 000 studentů.

Na jednoho lékaře připadá v rámci kraje 241 obyvatel, v jednotlivých okresech tato hodnota kolísá mezi 171 (okres Ostrava-město) a 299 (okres Nový Jičín). V celém kraji je k dispozici 5 830 lůžek v 18 nemocnicích a dalších 2 910 lůžek

v odborných léčebných ústavech a léčebnách dlouhodobě nemocných. Zařízení sociálních služeb disponují více než 9 500 místy, především pro staré občany.

DEMOGRAFIE

V následující kapitole jsou uvedeny základní demografické ukazatele obyvatel ČR, MS kraje a jeho okresů, které jsou pravidelně uveřejňovány Českým statistickým úřadem (ČSÚ).

Na konci roku 2014 žilo v ČR 10 538 275 osob. MS kraj, který byl do konce roku

2008 nejlidnatějším, měl k 31.12.2014 1 217 676 obyvatel, je na třetím místě. Ve srovnání s rokem 2004 činí úbytek skoro 39 tisíc osob. Počet živě narozených dětí (11 999) v kraji je opět nižší než počet zemřelých celkem (13 117). Přirozený přírůstek byl absolutně – 1 118 a činil -0,9 na 1 000 obyvatel.

Celkový populační přírůstek -3,4 (absolutně -4 156) byl nejvíce ovlivněn migrací, region ztratil 3 038 osob (úbytek 2,5 na 1 000 osob středního stavu). Ve srovnání s ostatními kraji, nejvyšší celkový přírůstek měly kraje Hlavní město Praha a Středočeský kraj, stejný

celkový záporný přírůstek jako MS kraj byl v kraji Karlovarském.

	„Střední stav obyvatel“	Živě narození	Zemřelí	Přistěhovalí	Vystěhovalí	Přírůstek (úbytek)			Sňatky	Rozvody	Potraty
						přirozený	stěhováním	celkový			
Česká republika	10 524 783	10,4	10,0	4,0	1,9	0,4	2,1	2,5	4,3	2,5	3,5
Hlavní město Praha	1 251 075	11,7	9,7	32,2	21,5	2,0	10,7	12,7	4,7	2,3	3,3
Středočeský kraj	1 309 139	11,1	9,4	19,5	11,3	1,7	8,2	9,9	4,1	3,0	3,7
Jihočeský kraj	636 911	10,1	10,1	7,8	6,8	0,0	0,9	0,9	4,4	2,5	3,6
Plzeňský kraj	573 993	9,9	10,0	9,3	6,3	-0,2	3,0	2,9	4,4	2,4	4,0
Karlovarský kraj	299 880	9,2	10,5	10,0	12,0	-1,3	-2,1	-3,4	4,2	2,6	3,4
Ústecký kraj	824 789	10,1	10,7	8,8	9,5	-0,7	-0,7	-1,4	4,0	2,9	4,5
Liberecký kraj	438 813	10,1	9,9	10,4	10,0	0,2	0,3	0,6	4,2	2,8	4,4
Královéhradecký kraj	551 730	10,0	10,2	8,0	8,4	-0,2	-0,4	-0,6	4,5	2,5	3,5
Pardubický kraj	516 109	10,5	9,9	8,3	8,1	0,6	0,2	0,7	4,3	2,6	2,8
Kraj Vysočina	510 006	10,5	9,6	6,3	7,8	0,9	-1,5	-0,6	4,3	2,2	2,8
Jihomoravský kraj	1 170 678	10,9	9,7	8,6	7,4	1,2	1,2	2,4	4,4	2,5	3,3
Olomoucký kraj	636 109	10,1	10,2	6,5	7,4	-0,1	-0,9	-1,0	4,3	2,4	3,4
Zlínský kraj	585 829	9,6	10,4	5,5	6,4	-0,9	-0,9	-1,8	4,2	2,2	3,3
Moravskoslezský kraj	1 219 722	9,8	10,8	3,9	6,4	-0,9	-2,5	-3,4	4,3	2,6	3,2

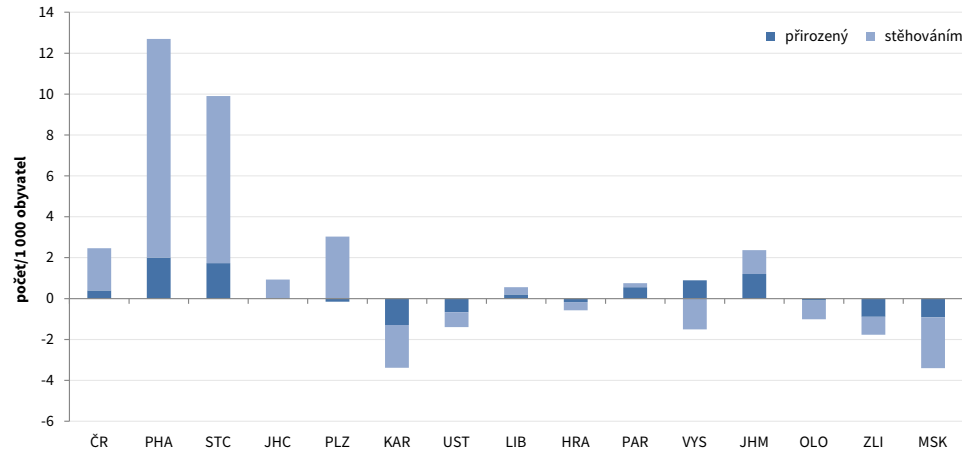
Tabulka 2 Pohyb obyvatelstva – územní srovnání krajů, období leden – prosinec 2014, relativní údaje (na 1 000 obyvatel); (zdroj: Veřejná databáze ČSÚ)

Vývoj přírůstku (úbytku) obyvatelstva v regionu v posledních deseti letech je znázorněn v grafu. Po mírných pří-

růstcích v letech 2007 až 2008 dochází k trvalému poklesu počtu obyvatel přirozeně i stěhováním.

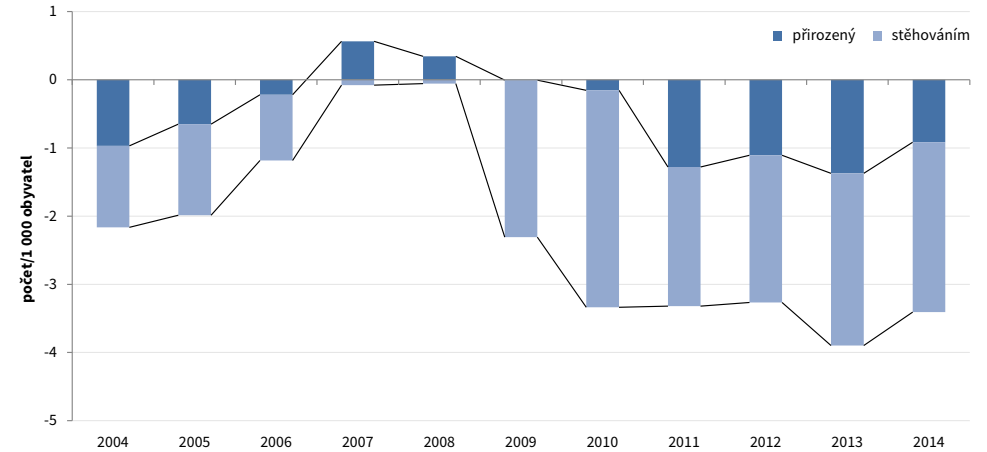
Pohyb obyvatelstva v okresech regionu dokumentují následující tabulka a graf. Pouze v okrese Frýdek-Místek je přírůs-

tek obyvatel kladný (2,1 na 1 000 obyvatel), nejvyšší úbytek obyvatel vykazuje okres Karviná (9,3 na 1 000 obyvatel).



Data: Veřejná databáze ČSÚ

Graf 7 Přírůstek (úbytek) obyvatelstva v krajích ČR, rok 2014



Data: Veřejná databáze ČSÚ

Graf 8 Přírůstek (úbytek) obyvatelstva v Moravskoslezském kraji v letech 2004 – 2014

	Živě narození	Zemřelí	Přistěhovalí	Vystěhovalí	Přírůstek (úbytek)			Sňatky	Rozvody	Potraty
					přirozený	stěhováním	celkový			
Česká republika	10,4	10,0	4,0	1,9	0,4	2,1	2,5	4,3	2,5	3,5
Moravskoslezský kraj	9,8	10,8	3,9	6,4	-0,9	-2,5	-3,4	4,3	2,6	3,2
Bruntál	9,9	10,7	9,3	14,9	-0,7	-5,6	-6,3	3,9	2,6	4,3
Frýdek-Místek	10,1	10,0	11,9	9,9	0,1	2,0	2,1	4,6	2,5	2,9
Karviná	9,1	11,5	8,8	15,7	-2,4	-6,9	-9,3	4,3	2,8	3,4
Nový Jičín	10,2	9,9	9,5	11,0	0,3	-1,5	-1,2	4,5	2,2	2,8
Opava	9,9	10,6	9,6	10,1	-0,6	-0,5	-1,1	4,1	2,2	3,1
Ostrava-město	9,9	11,1	13,6	16,2	-1,2	-2,6	-3,8	4,3	2,9	3,3

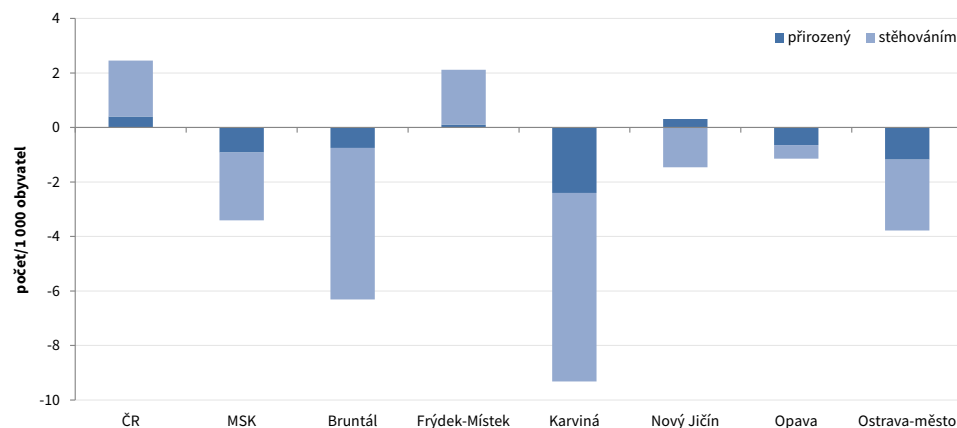
Tabulka 3 Pohyb obyvatelstva – srovnání okresů, období leden – prosinec 2014, relativní údaje (na 1 000 obyvatel); (zdroj: Veřejná databáze ČSÚ)

Index stáří udává, kolik osob starších 65 let připadá na 100 dětí mladších 15 let. Proces stárnutí populace v roce 2014 dále pokračoval. Od roku 2009 dochází k poklesu počtu obyvatel ve věku 15-64 let, zvyšuje se průměrný věk obyvatel. Index stáří v kraích a průměrný věk

obyvatel v krajích v roce 2014 uvádí graf. Nejvyšší index stáří a také nejvyšší průměrný věk byl Královéhradeckém kraji. Index stáří menší než 100 byl v roce 2014 již pouze v kraji Středočeském (99,6).

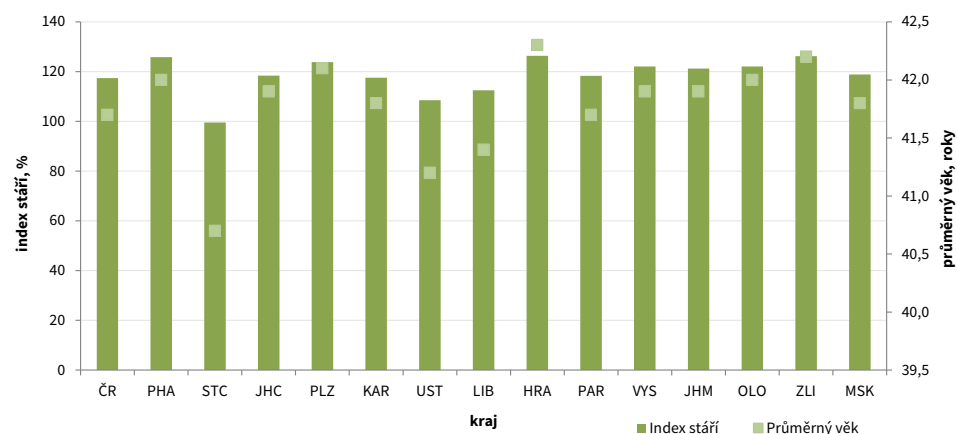
Věková struktura jednotlivých okresů regionu se příliš neliší. Nejvyšší podíl dětí ve věku 0-14 let je v okrese Nový Jičín (15,4 %), nejvyšší podíl obyvatel ve věku 15-64 let je v okrese Karviná (68,1 %), nejvyšší podíl obyvatel ve věku 65 a více let je v okrese Ostrava-město (18,1 %). Index stáří i průměrný

věk se zvyšuje, nejvyšší je v okrese Karviná (index stáří 127,2, průměrný věk 42,2 let), nejnižší v okrese Nový Jičín (index stáří 109,9, průměrný věk 41,1 let). Na čárových grafech je znázorněn trvalý nárůst indexu stáří i průměrného věku v okresech MS kraje za posledních 10 let.



Data: Veřejná databáze ČSÚ

Graf 9 Přírůstek (úbytek) obyvatelstva v okresech MS kraje, rok 2014

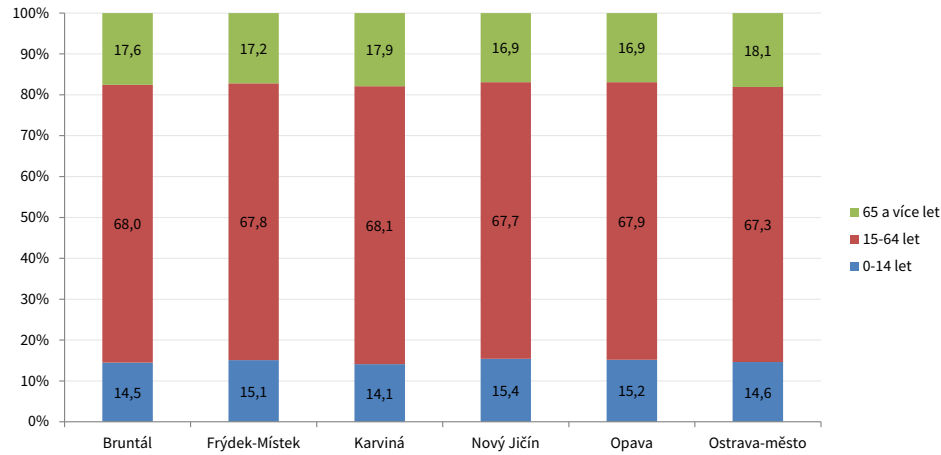


Data: Veřejná databáze ČSÚ

Graf 10 Index stáří a průměrný věk v krajích, rok 2014

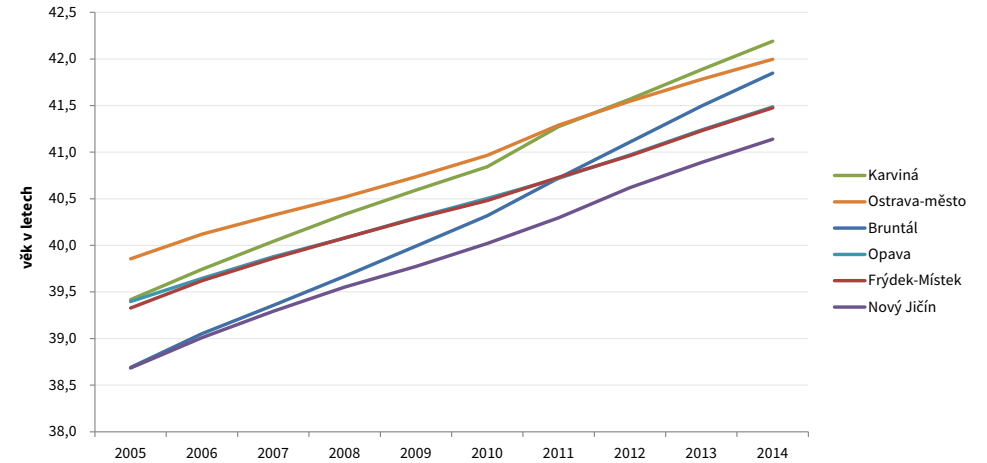
Okres	Počet obyvatel		obyvatelé ve věku (%)			Průměrný věk	
	celkem	ženy	0-14 let	15-64 let	65 a více let	muži	ženy
Bruntál	94 573	47 872	14,5	68,0	17,6	40,3	43,3
Frýdek-Místek	212 987	108 068	15,1	67,8	17,2	40,0	42,9
Karviná	255 945	130 349	14,1	68,1	17,9	40,6	43,7
Nový Jičín	151 724	76 941	15,4	67,7	16,9	39,7	42,6
Opava	176 807	90 243	15,2	67,9	16,9	39,9	43,0
Ostrava-město	325 640	167 813	14,6	67,3	18,1	40,3	43,6

Tabulka 4 Počet a věkové složení obyvatel v okresech MS kraje k 31.12.2014; Data: Statistická ročenka MS kraje 2015, ČSÚ Ostrava



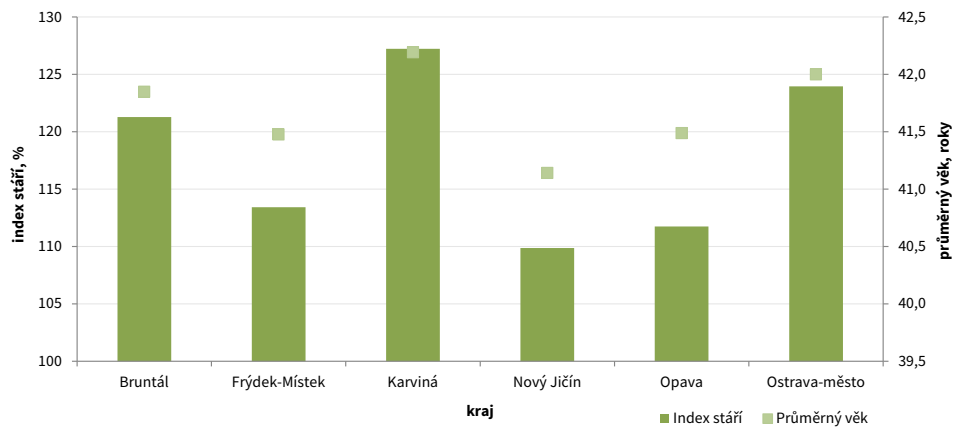
Data: Veřejná databáze ČSÚ

Graf 11 Věkové složení obyvatel v okresech MS kraje k 31.12.2014



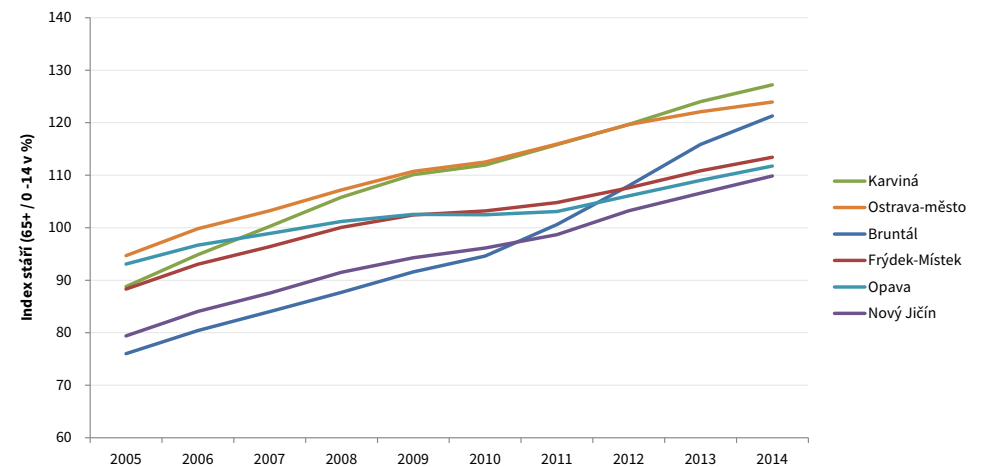
Data: Veřejná databáze ČSÚ

Graf 13 Průměrný věk v okresech MS kraje, vývoj v letech 2005 – 2014



Data: Veřejná databáze ČSÚ

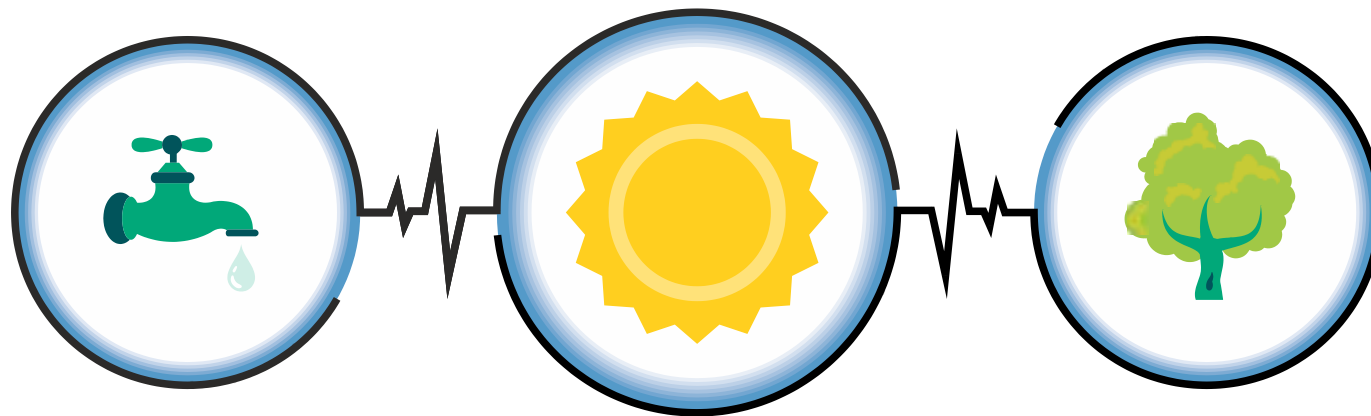
Graf 12 Index stáří a průměrný věk v okresech MS kraje, rok 2014



Data: Veřejná databáze ČSÚ

Graf 14 Index stáří v okresech MS kraje, vývoj v letech 2005 – 2014

VYBRANÉ FAKTORY ŽIVOTNÍHO PROSTŘEDÍ



PROBLEMATIKA VOD

Zásobování obyvatel pitnou vodou

V Moravskoslezském kraji je převážná část obyvatelstva (podle údajů ČSÚ z roku 2013 se jedná o 99,8 %) zásobována pitnou vodou z veřejných vodovodů.

Nejdůležitějším vodárenským systémem v kraji je Ostravský oblastní vodovod, ze kterého je v kraji zásobováno více než milion obyvatel a z něhož je pitná voda dodávána i do sousedního Olomouckého kraje a také do Polské republiky. Základem je propojení tří vodárenských nádrží – Morávka, Šance a Kružberk. K dalším významným vodárenským systémům patří skupinové vodovody v Bruntále, na Krnovsku a ve Vrbně pod Pradědem (viz obrázek).

V roce 2014 bylo na území kraje provozováno 21 velkých vodovodů (zásobujících více než 5 000 obyvatel) a 173 malých vodovodů (zásobujících méně než 5 000 obyvatel). 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).

K zásobování veřejnosti pitnou vodou slouží v malé míře rovněž individuální zdroje. Jedná se o 300 komerčních či veřejných studní zásobujících objekty školských, ubytovacích, restauračních zařízení apod.

Osoby vyrábějící pitnou vodu pro veřejnost mají dle zákona o ochraně veřejného zdraví povinnost sledovat její kvalitu ve stanovených četnostech a rozsazích. Všechny výsledky laboratorních vyšetření pitné vody porovnané provozovateli vodovodních systémů a rovněž i výsledky kontrol krajské hygienické stanice jsou ukládány v celostátním informačním systému (Registru kvality pitné a rekreační vody). Zavedení tohoto systému (od roku 2004) umožňuje orgánu ochrany veřejného zdraví mít k dispozici aktuální informace o kvalitě pitné vody ve všech systémech veřejných vodovodů, veřejných a komerčních studní. Občané mají možnost získat informace o kvalitě pitné vody na pracovištích krajské hygienické stanice nebo u dodavatele.



Obrázek 2 Schéma zásobování MSK pitnou vodou

Koupaliště a koupací oblasti

Koupání patří mezi významné zdraví prospěšné aktivity, avšak je spojeno i s potenciálním zdravotním rizikem. Za účelem minimalizace zdravotních rizik z koupání jsou stanovena legislativní pravidla, která jsou provozovatelé, kteří nabízejí tyto služby, povinni dodržovat. Zařízení určená ke koupání mohou být přírodní nebo umělá, která jsou provozována buď celoročně, nebo sezónně.

Vedle splnění stavebně-technických požadavků mají provozovatelé dále povinnost před zahájením činnosti zpracovat provozní řád, tento předložit ke schválení orgánu ochrany veřejného zdraví a schválená pravidla v průběhu provozu dodržovat. Jedná se zejména o dodržování kvalitativních požadavků jakosti vody v souvislosti s její úpravou, zajištění kontroly kvality vody, včetně pravidelného předávání výsledků laboratorních kontrol v elektronické podobě orgánu ochrany veřejného zdraví, dodržování zásad provozní hygieny, včetně kontroly dodržování základních zásad hygienického chování návštěvníků.

V rámci letní koupací sezóny jsou ke koupání využívána nejen letní umělá či přírodní koupaliště, ale i vodní plochy, které nemají svého provozovatele.

Kvalita vody na vodních plochách, kde lze očekávat koupání většího počtu osob a které jsou uvedeny v seznamu vod ke koupání, je v průběhu koupací sezóny pravidelně sledována hygienickou službou. Sledování kvality vody je prováděno podle monitorovacího kalendáře zpravidla ve čtrnáctidenních intervalech. O výsledcích kontrolních odběrů je veřejnost pravidelně informována prostřednictvím internetových stránek KHS Ostrava a také všech typů sdělovacích prostředků. Od roku 2012 jsou informace o kvalitě vody zveřejňovány rovněž přímo v blízkosti koupacího místa na informačních tabulích, kde 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.

Vedle mikrobiologické kvality je zvlášť významným ukazatelem jakosti i fytoplankton (sinice a řasy), které mohou negativně ovlivnit zdraví koupajících se. Z pohledu zdravotního rizika mají větší význam sinice, které obsahují látky, jež mohou způsobovat v závislosti na individuální citlivosti koupajících se člověka různé alergické reakce (vyrážky, zarudlé oči, rýma apod.). Některé druhy sinic mohou produkovat různé jedovaté látky (toxiny). Riziko

se zvyšuje zejména u rizikových skupin (malé děti, těhotné ženy, alergici) v souvislosti s délkou pobytu ve vodě, opakovaným koupáním po více dnů a samozřejmě také množstvím sinic obsažených ve vodě. Proto se pobyt ve vodě s přítomností většího množství sinic doporučuje omezit a následně se po koupání osprchovat pitnou vodou.

Jakost vody je znázorňována v podobě piktogramů - tzv. „sluníček“, která svou barvou označují odpovídající zdravotní riziko z koupání. Při zhoršení kvality vody (oranžové a červené „sluníčko“) je vydáváno upozornění pro občany. V případě překročení limitů, kdy hrozí ohrožení zdraví (černé „sluníčko“), vydává orgán ochrany veřejného zdraví zákaz koupání, který musí být zveřejněn na úřední desce místně příslušné obce a příslušné krajské hygienické stanice. Kromě toho je informace o zázkazu poskytnuta sdělovacím prostředkům a umístěna na zmíněné 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 zázkazu organizátoři dětských táborů, vedoucí vodáckých kurzů, učitelé s dětmi na výletech apod. V rámci

Moravskoslezského kraje např. v průběhu koupací sezóny 2015 nebyl vydán zákaz koupání.

VENKOVNÍ OVZDUŠÍ

Ovzduší, jako významnou složku životního prostředí, bez které by nebyl možný život, většina lidí vnímá prostřednic-

tvím jeho čistoty či znečištění. Z pohledu celkového složení vzduchu, kde asi 21 % tvoří kyslík a 78 % dusík, jsou při-

tom 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.

Prašnost

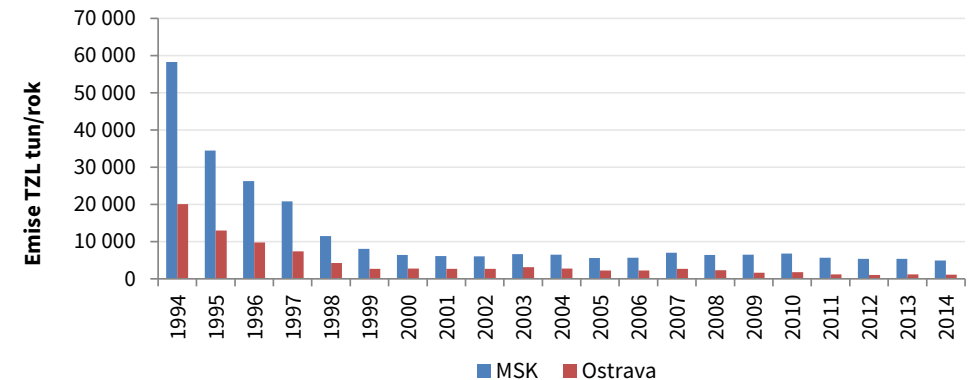
Největší podíl na znečištění ovzduší v našem kraji představují prachové částice, které v závislosti na své velikosti, tvaru a složení mohou působit na zdraví buď svými vlastnostmi, nebo přispívají ke zvýšení zdravotních rizik tím, že slouží jako nosiče dalších látek s nebezpečnými vlastnostmi (chemické látky, alergen, 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 prvním místě žebříčku.

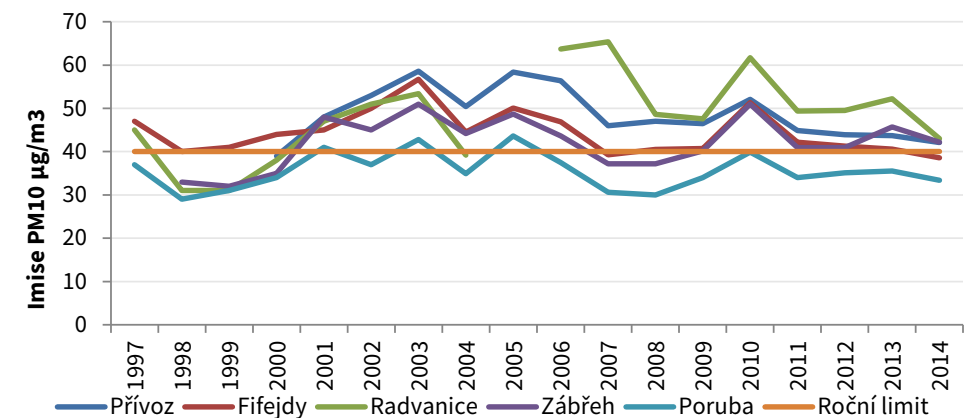
Nezanedbatelnou roli, zejména v našem kraji, kde převládá těžký průmysl, hraje přísun škodlivin z pracovního prostředí.

Limity pro venkovní ovzduší: (pobyt 1 – 6 hodin denně)

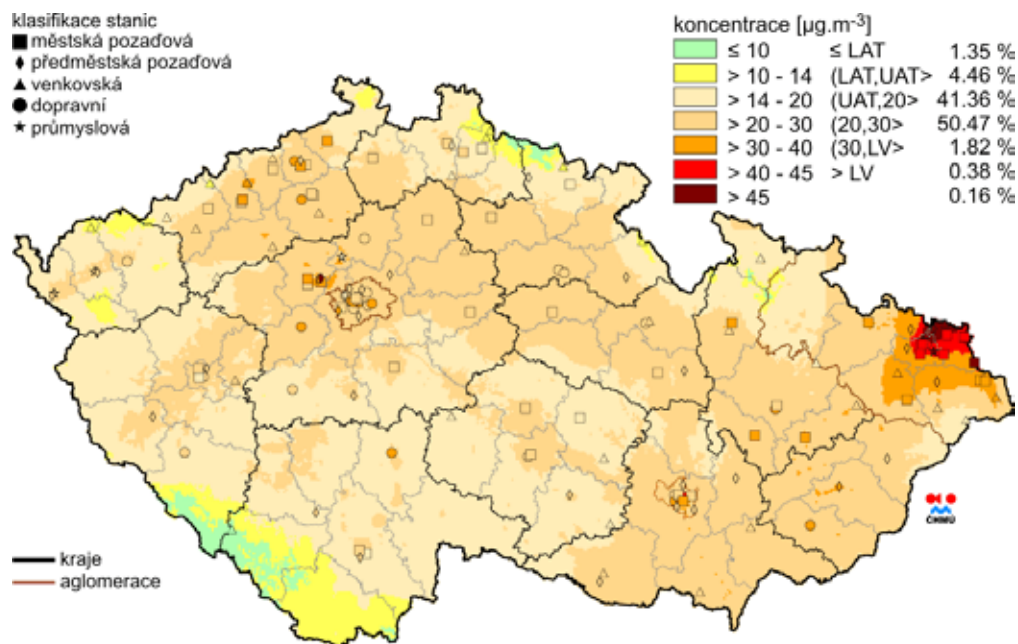
- denní limit 50 $\mu\text{g}/\text{m}^3$
- roční limit 40 $\mu\text{g}/\text{m}^3$
- doporučená koncentrace WHO 20 $\mu\text{g}/\text{m}^3$



Graf 15 Vývoj emisí tuhých znečišťujících látek v MS kraji a v Ostravě (zdroj ČHMÚ)



Graf 16 Vývoj imisí PM₁₀ v Ostravě (zdroj ČHMÚ)



Kartogram 5 Pole roční průměrné koncentrace PM_{10} v roce 2009 (zdroj ČHMÚ)

Kartogramy ukazují postupné zlepšování stavu v MS kraji s ohledem na koncentraci prachu frakce PM_{10} .

Zdravotní dopady znečištění ovzduší

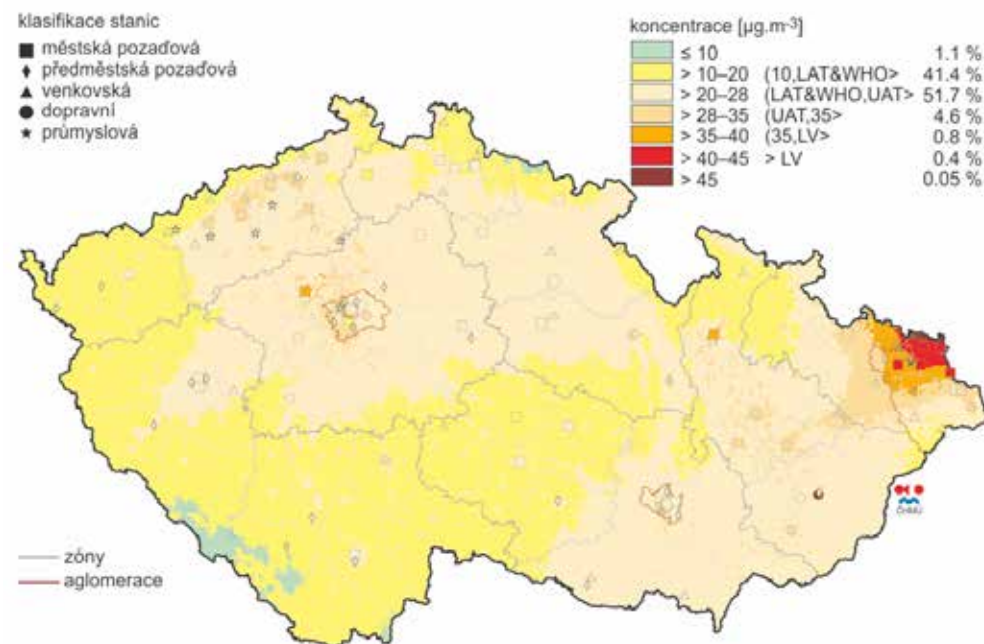
- **Akutní projevy** – kašel, akutní respirační onemocnění (ARO), dráždění sliznic (velké částice), zhoršení stávajících onemocnění dýchacích cest a kardiovaskulárních onemocnění, zvýšení hospitalizace a úmrtnosti
- **Chronické projevy** – nemoci dýchacího (zánět průdušek, plic) a oběhového systému, předčasná úmrtí, pokles plicních funkcí, alergie, astma,

Venkovní ovzduší – informace

- ČHMÚ: www.chmi.cz
- ZÚ Ostrava: www.zu.cz

- Možné **karcinogenní a mutagenní účinky** – nádorová onemocnění, vývojové vady

V období zimních měsíců, které jsou z pohledu koncentrace prachu v ovzduší nejhorší, je pozornost zaměřena na koncentraci PM_{10} , podle jejichž úrovně a prognózy jsou případně vyhlášovány tzv. smogové situace nebo regulace.



Kartogram 6 Pole roční průměrné koncentrace PM_{10} v roce 2014 (zdroj ČHMÚ)

- SZÚ Praha: www.szu.cz
- KHS MSK: www.khsova.cz

Smogové situace jsou vyhlášovány pokud průměrné denní koncentrace PM_{10} překročí alespoň na jedné stanici hodnotu $100 \mu\text{g}/\text{m}^3$ ve dvou po sobě následujících dnech, regulace se vyhláší v případě, že průměrná denní koncentrace PM_{10} překročí alespoň na polovině stanic hodnotu $150 \mu\text{g}/\text{m}^3$ ve třech po sobě následujících dnech. Území Moravskoslezského kraje je přitom pro po-

třeby vyhlášení smogové situace rozděleno na oblast Třinecka, Aglomeraci Ostravsko, Karvinsko a Frýdecko-Místecko a zbylou část, tj. okresy Opava, Bruntál, Nový Jičín. V případě vyhlášení regulace jsou vyjmenované průmyslové zdroje povinny snížit svou povolenou produkci emisí.

Pro mnohé škodliviny neexistuje bezpečná koncentrace bez dopadu jejich

účinků na zdraví, ale zároveň také neexistuje tak čisté ovzduší, které by vylučovalo

expozici cizorodým škodlivým látkám. Proto je nutné hledat míru přijatelného rizika pro člověka a jeho zdraví (WHO).

čoval

Činnost Krajské hygienické stanice MS kraje v oblasti ochrany zdraví ve vztahu ke kvalitě ovzduší

Ve smyslu § 82 odst. 2, písm. s) zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, krajské hygienické stanici náleží provádět hodnocení a řízení zdravotních rizik z hlediska prevence negativního ovlivnění zdravotního stavu obyvatelstva.

KHS se podílí na zdravotní politice v regionu, a to zejména při hodnocení zdravotních rizik. Podílí se na vypracovávání „Strategických plánů MS kraje v ochraně ovzduší“. Účastnila se jednání s Krajským úřadem MS kraje ve věci zavedení regulačního řádu při zhoršení imisní situace. Je ve stálém kontaktu s dalšími orgány činnými v ochraně ovzduší, např. ČIŽP, ČHMÚ, Magistrát Města Ostravy, obce v regionu. Pravidelně se účastní jednání Komise pro řešení

ochrany ovzduší při Magistrátu Města Ostravy.

Na základě provedeného odhadu zdravotních rizik ze zvýšených koncentrací prašného aerosolu PM_{10} navrhla KHS zvláštní hodnotu denní koncentrace PM_{10} 100 $\mu g \cdot m^{-3}$. Navržená hodnota prošla oponenturou Poradního sboru pro hodnocení a řízení zdravotních rizik hlavního hygienika ČR a Státního zdravotního ústavu v Praze – Národního referenčního centra pro ovzduší. Na základě provedeného hodnocení zdravotních rizik prašné frakce PM_{10} byl zaveden systém „Vyhlášení stavů zvýšených koncentrací – PM_{10} “ jako prevence negativního ovlivnění zdravotního stavu obyvatelstva.

KHS jako orgán ochrany veřejného zdraví se podílí spolu se státní správou v ochraně ovzduší na procesech EIA, SEA a procesech IPPC. Úloha KHS tudíž spočívá v preventivním přístupu, tj. z dostupných dat získává informace o kvalitě složek životního prostředí, sleduje vývoj zdravotního stavu obyvatel a tyto poznatky uplatňuje při posuzování dokumentací staveb a záměrů, které by mohly ovlivnit veřejné zdraví. KHS se podílí na pořádání seminářů, které mají přispět k odpovědnému přístupu a ke zkvalitnění zpracování dokumentací vlivu na životní prostředí a zdraví ve smyslu zákona č.100/2001 Sb.

V případě vysokých hodnot prachových částic v ovzduší na území celého Moravskoslezského kraje upozorňuje KHS na

internetových stránkách www.khsova.cz a ve zpravodajských médiích občany na dodržování zásad, kterými mohou zmírnit případné zdravotní dopady související s vysokou prašností v ovzduší. Doporučení se vztahují zejména na rizikové skupiny obyvatel – děti, seniory, osoby trpící srdečně cévními a respiračními chorobami a se sníženou imunitou. Týkají se zejména omezení aktivit – snižování fyzické zátěže při pobytu ve venkovním prostředí, nezatěžování kvality vnitřního ani venkovního ovzduší dalšími škodlivinami z kouření, nevhodného spalování, používání rozpouštědel apod., dále jsou zaměřené na průběžné posílení obranyschopnosti organismu zajištěním zdravého způsobu života – přísunem vitamínů v ovoci a zelenině.

Polycyklické aromatické uhlovodíky (PAU)

Problematickou škodlivinou z pohledu zdravotních účinků – prokázaný karcinogen I. třídy, i širokého výskytu z mnoha zdrojů – doprava, domácí topeniště, jsou polyaromatické látky.

- Polycyklické aromatické uhlovodíky (PAU, PAHs) je skupina organických látek, které jsou tvořeny uhlíkem a vodíkem a které jsou uspořádány do dvou a více benzenových jader.
- Uvolňují se při nedokonalém spalovacím procesu.
- Jsou stabilní, mají schopnost dlouhodobě přetrvávat v životním prostředí.
- Mají výraznou schopnost vázat se na pevných sorbentech nebo částicích (prach) i v živých organismech (schopnost bioakumulace).

- Ve vodním prostředí se PAU váží na částice kalu a ukládají se v sedimentech.

- Projevují toxické, karcinogenní a mutagenní vlastnosti.

- Významnou vlastností PAU je schopnost tvořit další sloučeniny, které mohou být dokonce mnohem více karcinogenní.



Obrázek 3 Cesta PAU od zdroje ke zdravotním účinkům

Zdroje znečištění PAU

Přírodní

- Geochemické (fosilní suroviny – ropa, uhlí, vulkanická činnost, horniny a minerály).
- Biologické (mikrobiální syntéza).

Antropogenní

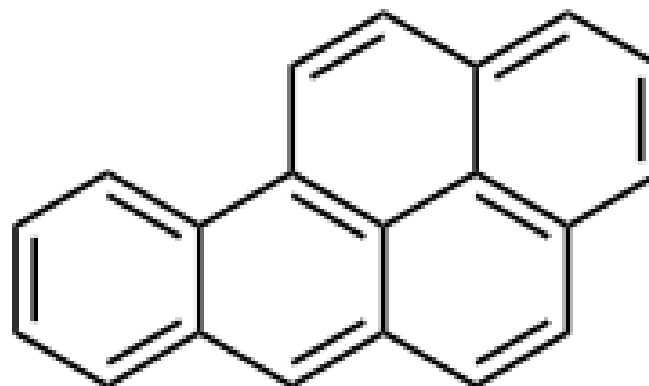
- Průmyslové (výroba tepla a elektrické energie, výroba plynu, koksu, zpracování černouhelného dehtu, zpracování ropy, spalování uhlovodí-

ků v dopravě, výroba barviv, pesticidů, léčiv, spalovny odpadů apod.).

- Neprůmyslové (požáry, domácí topeniště, kouření).

Expozice – venkovní ovzduší

- V ovzduší bylo detekováno více než 500 sloučenin ze skupiny PAU.
- Cílový imisní limit pro benzo(a)pyren je 1 ng/m³.
- Limit pro benzo(a)pyren v ovzduší je překračován ve většině měst, v zim-



Obrázek 4 Benzo(a)pyren – indikátor PAU (sumární vzorec C₂₀H₁₂)

ním období i ve venkovských sídlech s převažujícím způsobem vytápění tuhými palivy.

- Maximální hodnoty koncentrací jsou dosahovány v zimním období, minima v létě, rozdíly jsou zjišťovány i v průběhu dne.
- Složení PAU emitovaných do prostředí z dopravy závisí na typu a parametrech paliva, jízdních podmínkách, seřízení motoru.

Pracovní expozice

- Technická zařízení se spalovacími (zejména dieslovými) motory – řidiči, strojvůdci, důlní lokomotiváři, automechanici, obsluha stavebních strojů.
- Koksárenské baterie, koksochemie.
- Práce s dehty, bitumeny – obalovny asfaltových směsí, obsluha finišerů, údržba komunikací, izolatéři.
- Slévači.
- Celníci, policie.

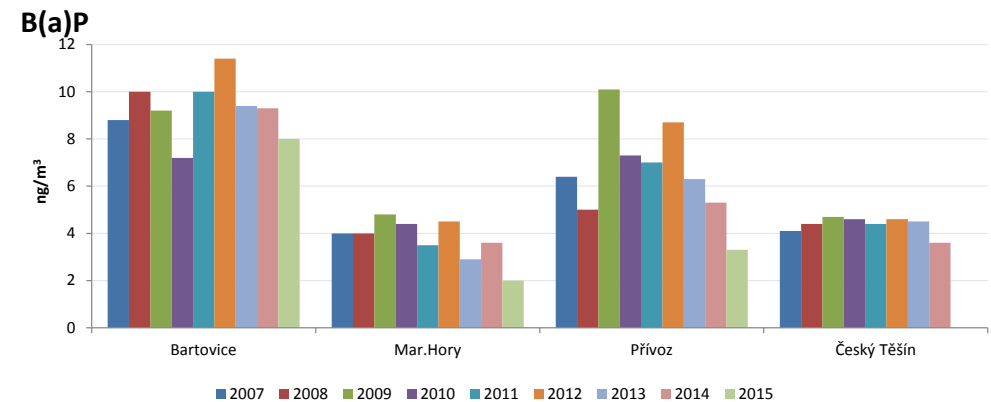
Zdravotní účinky

- Páry PAU mají dráždivé účinky na oči a kůži, působí fotosensibilizaci.
- Byly prokázány i negativní účinky na ledviny a játra.
- Studie na zvířatech prokázaly vliv na snížení plodnosti a vývojové vady potomků.
- K nejzávažnějším vlivům PAU patří jejich karcinogenita, přímo poškozují genetickou informaci.

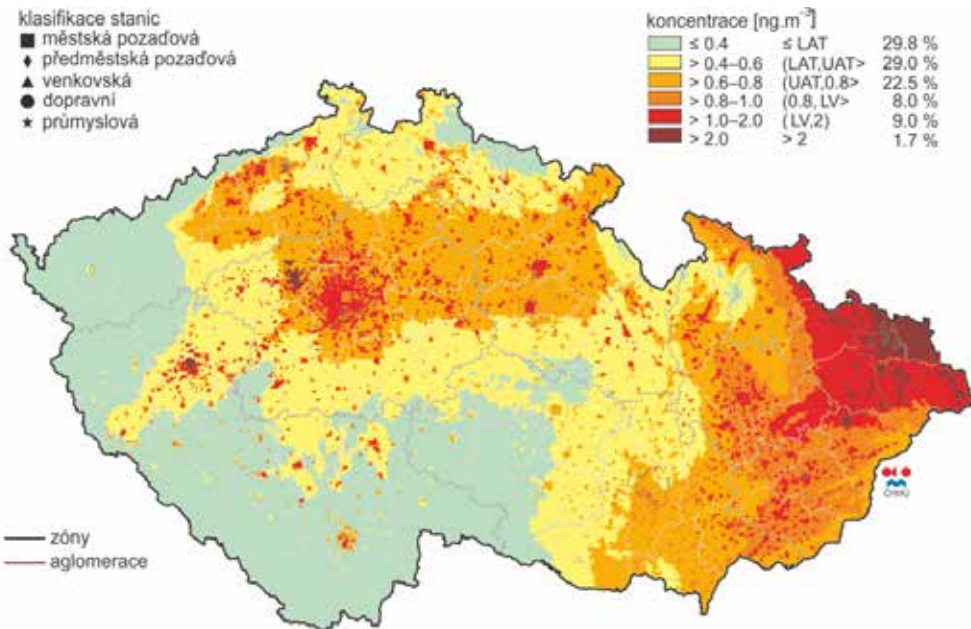
čištění ovzduší (průmysl, doprava, domácnosti) má převažující vliv. Situace v MS kraji je s ohledem na soustředění těžkého průmyslu i geografickou polohu kraje odlišná od jiných částí republiky. Z měření zaměřených na částice prachu byl prokázán převažující vliv průmyslu. Významný podíl však patří i přeshraničním vlivům z polské oblasti slezské černouhelné pánve.

Často je diskutováno a prokazováno různými studiemi, který ze zdrojů zne-

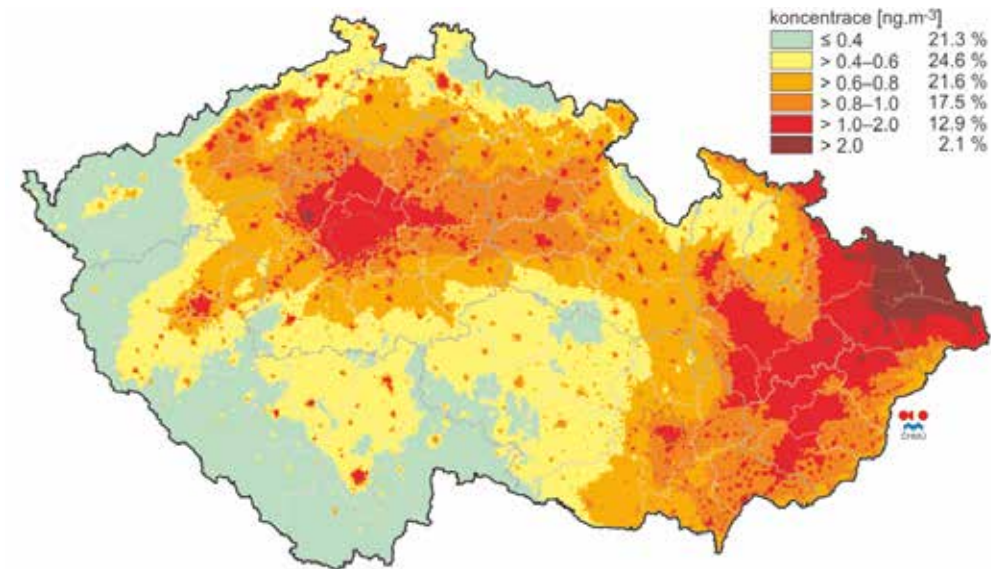
Neměli bychom však zapomínat na význam dopravy, jejíž intenzita každoročně narůstá. Její negativní dopady sou-



Graf 17 Vývoj koncentrace benzo(a)pyrenu – zdroj ZÚ Ostrava



Kartogram 7 Pole roční průměrné koncentrace benzo(a)pyrenu v roce 2014 (zdroj ČHMÚ)



Kartogram 8 Pětiletý průměr ročních koncentrací benzo(a)pyrenu, 2010 – 2014 (zdroj ČHMÚ)

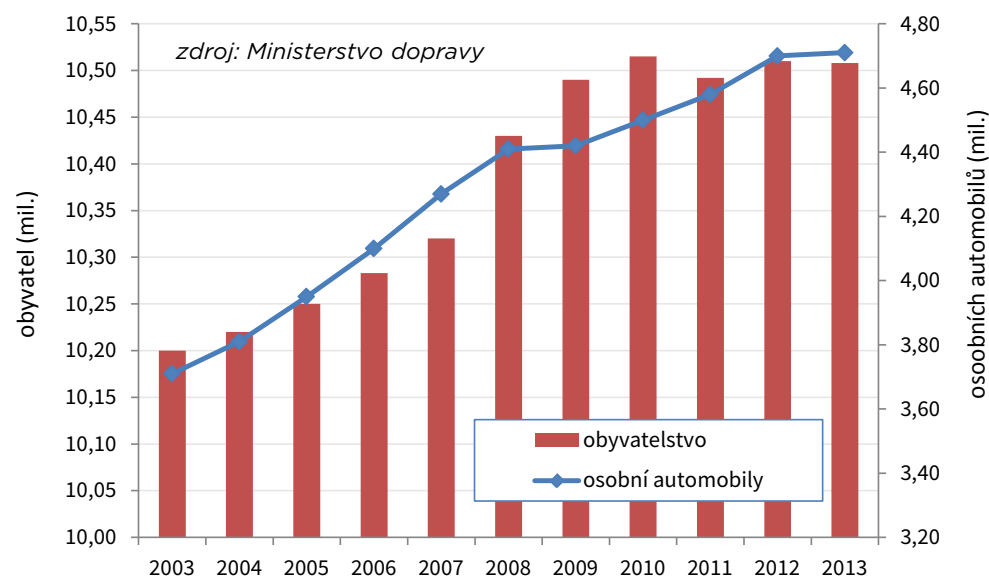
visí s emisemi, které jsou produkovány v přímé návaznosti na dýchací zónu, tj. oblast emisí je blízká imisím. Produkce výfukových spalin, otěry z pneumatik, sekundární prašnost vozovek – to vše se může podílet na přímém ovlivnění dýchacího ústrojí. Při současném často individuálním využívání osobní dopravy (1 osoba v autě) stojí za zamyšlení, jak sami občané přistupují k praktikám, které jsou běžné v jiných zemích Evropy, tj. větší využívání hromadné dopravy, systémy park and ride, zvýšení podílu cyklistické dopravy, pro kterou jsou v rámci kraje vytvářeny vhodné pod-

mínky jak v rámci měst, tak jejich propojením s širšími extravilány (například cyklostezka z Ostravy do podhůří Beskyd v délce cca 40 km).

Otázka zlepšení kvality paliv, způsobu vytápění domácností, údržby topenišť a komínů byla v posledních letech dostatečně medializována a podporována různými dotačními programy. Je však třeba ji mít neustále na paměti a důsledně dodržovat zásady správného vytápění podle doporučení odborníků, tzv:

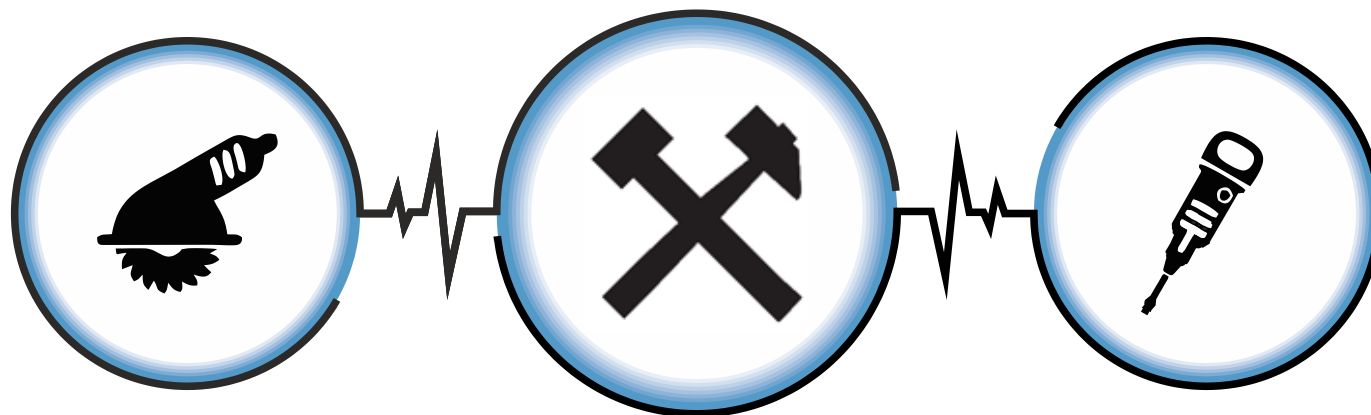
Smokemanovo desatero správného topiče

1. nebuď lhostejný k sobě ani ke svému okolí, zajímej se o to, co jde z Tvého komína
2. suš dřevo minimálně jeden až dva roky – více se ohřeješ a bude z toho méně kouře
3. nespaluj odpadky
4. nastav regulační klapky tak, aby vzduch mohl k palivu, oheň nedus
5. přikládej častěji menší dávku paliva než jednu velkou dávku za dlouhý čas
6. pravidelně čistí kotel a komín
7. používej moderní kotel či kamna
8. udržuj teplotu spalin za kotlem mezi 150 až 250 °C
9. nevyhazuj teplo oknem, nepřetápěj a top jen tam, kde potřebuješ
10. top tak, jak chceš, aby topil Tvůj souseď



Graf 18 Vývoj počtu obyvatel a počtu osobních automobilů (zdroj Ministerstvo dopravy)

PRACOVNÍ PROSTŘEDÍ



KATEGORIZACE PRACÍ

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 rizikovitosti faktorů, které mohou ovlivnit zdraví zaměstnanců a úroveň zabezpečení jeho ochrany.

Ve smyslu § 37 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů, se práce zařazují podle rizikovitosti do 4 kategorií. Kritéria pro zařazování prací do kategorií jsou stanovena vyhláškou č. 432/2003 Sb.

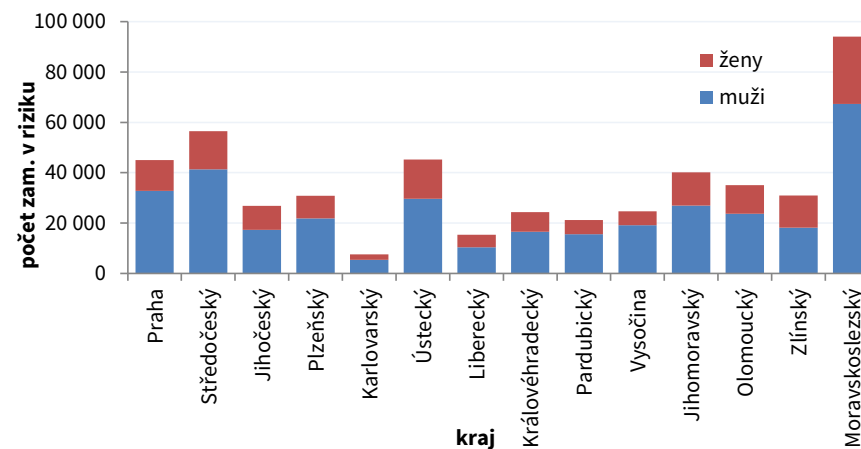
- **Kategorie první** – práce, při nichž není pravděpodobný nepříznivý vliv na zdraví.
- **Kategorie druhá** – práce, při nichž lze očekávat nepříznivý vliv na zdraví jen výjimečně, zejména u vnímavých jedinců. Práce, při nichž nejsou překračovány hygienické limity sledovaných faktorů.
- **Kategorie třetí** – práce, při nichž jsou překračovány hygienické limity, přičemž expozice zaměstnanců není spolehlivě snížena

technickými opatřeními pod úroveň těchto limitů. Proto je nezbytné využívat osobní ochranné pracovní prostředky, organizační a jiná ochranná opatření. Práce, při nichž se vyskytují opakovaně nemoci z povolání.

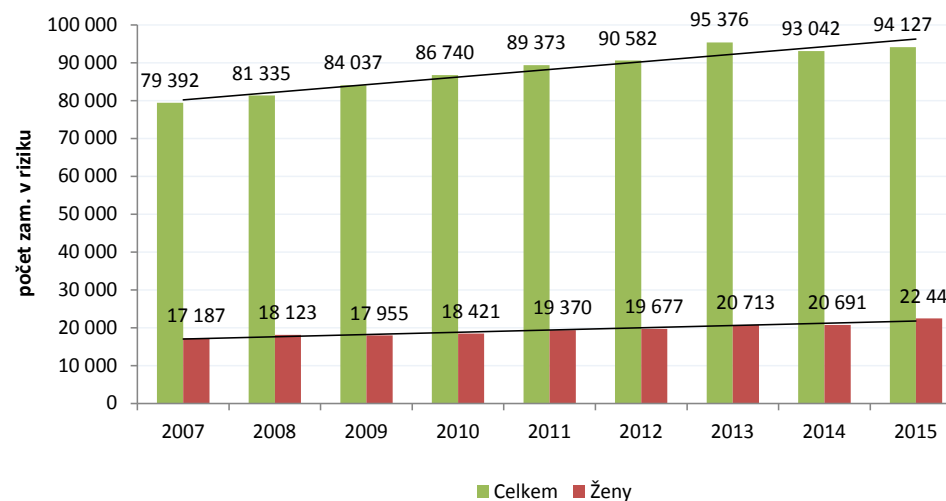
- **Kategorie čtvrtá** – práce, při nichž je vysoké riziko ohrožení zdraví, které nelze vyloučit ani při používání dostupných a použitelných ochranných opatření.

Při hodnocení zdravotních rizik, které je základním podkladem pro zařazení prací do kategorií, se posuzuje výskyt a míra působení 13 faktorů pracovních podmínek:

- prach
- chemické škodliviny
- hluk
- vibrace
- neionizující záření a elektromagnetické pole
- fyzická zátěž
- pracovní poloha
- zátěž teplem
- zátěž chladem
- psychická zátěž
- zřaková zátěž
- biologické činitele
- práce ve zvýšeném tlaku vzduchu.



Graf 19 Počty zaměstnanců v riziku práce dle krajů, rok 2015 (zdroj IS KaPr)



Graf 20 Vývoj počtu zaměstnanců v riziku práce v MS krajích v letech 2007 až 2015 (zdroj IS KaPr)

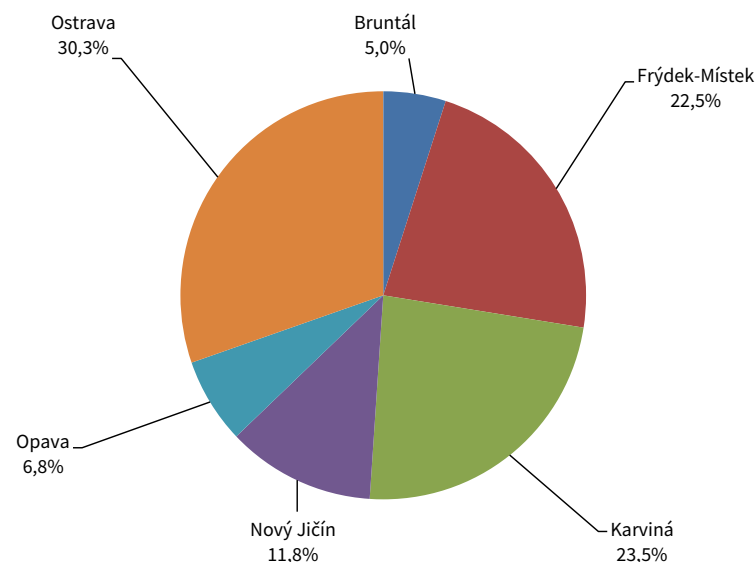
V počtu zaměstnanců pracujících v riziku je MS kraj na 1. místě v rámci ČR. V roce 2015 přesáhl hodnotu 94 tisíc. Trvajícím nárůstem byl vyvolán rozvojem průmyslových zón a v nich umístěných montážních závodů, často s návazností na automobilový průmysl. Přibývá zejména riziko lokální svalové zátěže.

Výsledky kategorizace slouží jako objektivní podklad pro stanovení opatření k ochraně zdraví při práci a k omezení rizik poškození zdraví. Jedná se především o zajištění průběžného sledování expozice zaměstnanců faktorům pracovních podmínek měření. 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.

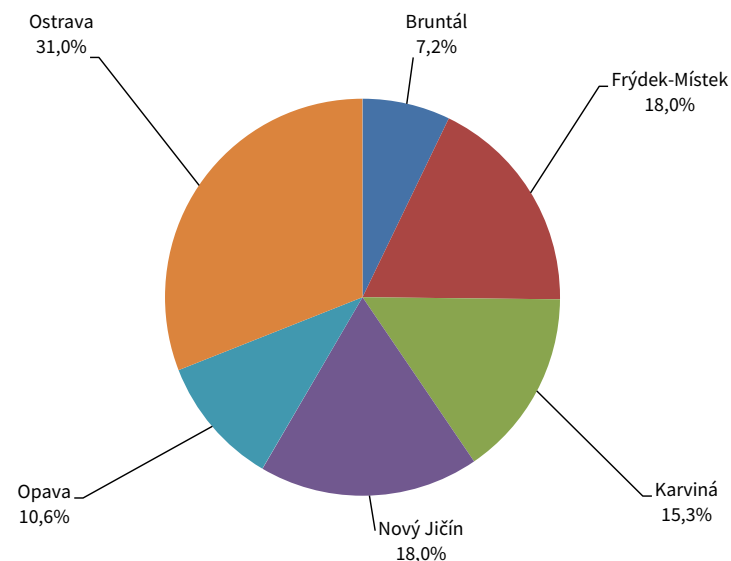
Objektivizace rizik se provádí zejména měřeními rizikových faktorů. Na základě provedených měření je zaměstnavatel povinen míru rizika jednotlivých faktorů pracovního prostředí vyhodnotit. Při hodnocení se vychází z doby, po kterou je pracovník hodnocenému rizikovému faktoru vystaven (doba expozice), 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.

Okres/kategorie	ktg 2R	ktg 3	ktg 4	Celkem
Bruntál	448	4 088	155	4 691
Frýdek-Místek	2 547	17 407	1 266	21 220
Karviná	1 659	19 628	874	22 161
Nový Jičín	775	9 706	616	11 097
Opava	836	5 201	360	6 397
Ostrava	2 785	25 000	776	28 561
Celkem	9 050	81 030	4 047	94 127

Tabulka 5 Počty zaměstnanců v riziku práce dle okresů MS kraje, 2015 (zdroj IS KaPr)



Graf 21 Podíl zaměstnanců v riziku práce dle okresů MS kraje, rok 2015 (zdroj IS KaPr)



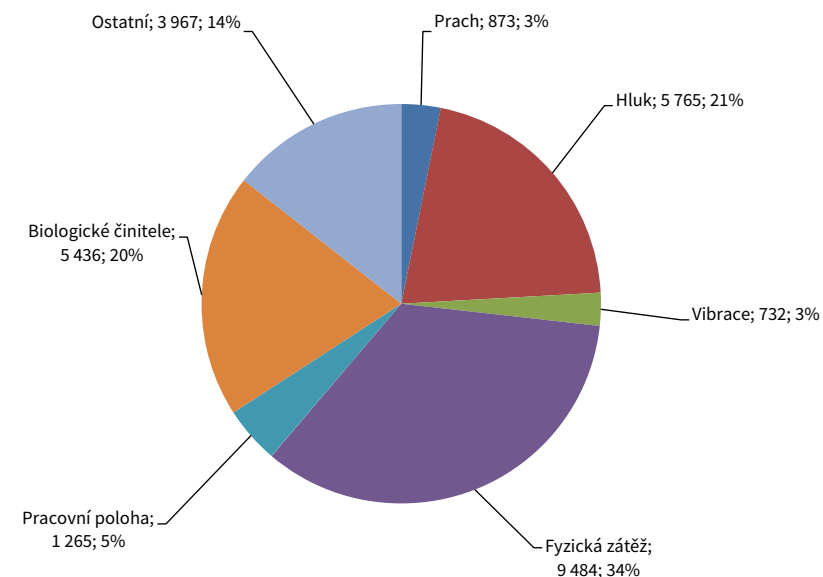
Graf 22 Podíl žen v riziku dle okresů MS kraje, rok 2015 (zdroj IS KaPr)

Z hlediska možného ohrožení zdraví není důležitý pouze počet osob zařazených v rizikové kategorii práce, ale také faktor pracovního prostředí, kterému jsou osoby v riziku exponovány. Dominantním faktorem pracovního prostředí i nadále zůstává hluk – 38 %, následují fyzická zátěž/lokální svalová zátěž – 16 %, vibrace – 15,8 %. Dalším významným faktorem je prach – 10 %.

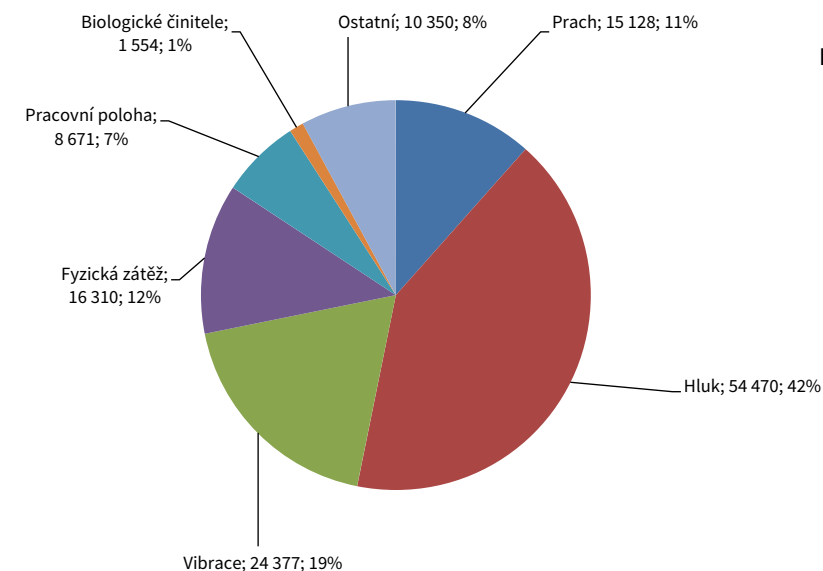
Dominantní faktory u mužů a žen se poněkud liší. U mužů se jedná o hluk – 41 %, vibrace – 19 %, fyzickou zátěž/lokální svalovou zátěž – 12 % a prach – 12 %. Ženy jsou exponovány především fyzické zátěží/lokální svalová zátěž – 34 %, hluku – 21 % a biologickým činitelům – 20 %. Expozice hluku a vibracím je spojená zejména s prací v hornictví, hutnictví a strojírenství, fyzická zátěž/lokální svalová zátěž se dostává do popředí s rozvojem montážních závodů v průmyslových zónách kraje, především automobilovým průmyslem a na tento průmysl navazující výrobou a montáží automobilových dílů a součástek. Projevuje se také riziko psychické zátěže, které je rovněž spojeno s montážními linkami, kde zaměstnanci pracují ve vynuceném pracovním tempu vyvolaném pohybem montážní linky. Práce je monotónní, většinou v nepřetržitém nebo třisměnném provozu. Biologickým činitelům jsou ženy exponovány především ve zdravotnických zařízeních.

Expozice zaměstnanců jednotlivým faktorům pracovního prostředí se stanovuje na základě měření, kdy se zohledňuje jak naměřená výše posuzovaných škodlivin (koncentrace prachu, chemických látek, hladina hluku, vibrací apod.), tak i časová charakteristika, tj. doba vystavení těmto faktorům za pracovní směnu (např. část směny zaměstnanec obsluhuje hlučné technologické zařízení, část směny tráví ve velínu).

Zaměstnavatel musí ochranu zdraví zaměstnanců pracujících v riziku zajišťovat řadou postupů, jak poskytnutím osobních ochranných pracovních prostředků (účinné zejména u hluku – sluchátkové či zátkové chrániče sluchu, prachu – různé druhy respirátorů), tak organizačními opatřeními (bezpečnostní přestávky, střídání prací – řízená rotace) nebo opatřeními technickými.



Graf 23 Kategorizace práce dle faktorů v MS kraji v roce 2015, ženy (zdroj IS KaPr)



Graf 24 Kategorizace práce dle faktorů v MS kraji v roce 2015, muži (zdroj IS KaPr)

NEMOCI Z POVOLÁNÍ

Vývoj nemocí z povolání z dlouhodobého hlediska v České republice sice vykazuje pokles, v MS kraji se však jedná spíše o pozvolný nárůst. Podíl příznacích nemocí z povolání v MS kraji neustále stoupá (z cca 20 % v roce 2004 na 31,3 % v roce 2014). V roce 2014 došlo k významnému nárůstu počtu nemocí z povolání jak v ČR, tak i v našem regionu.

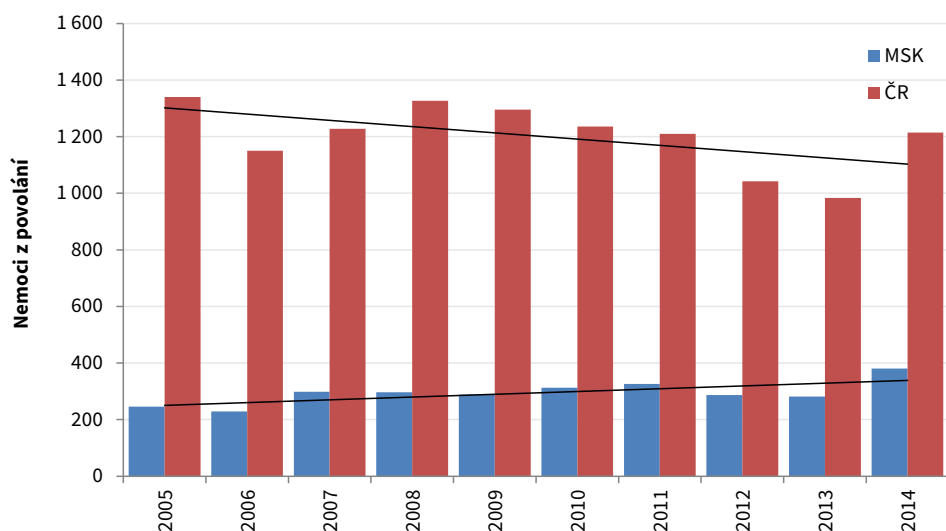
Vyhlášení diagnostikovaného onemocnění za nemoc z povolání předchází poměrně složitý proces ově-

řování profesionality onemocnění – šetření podmínek výkonu práce, které provádí orgán ochrany veřejného zdraví. Tento proces se skládá ze zjišťování anamnestických údajů a z hodnocení míry rizika odpovídajícího rizikového faktoru. Objektivizace rizik se provádí zejména měřením rizikových faktorů. 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).

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**



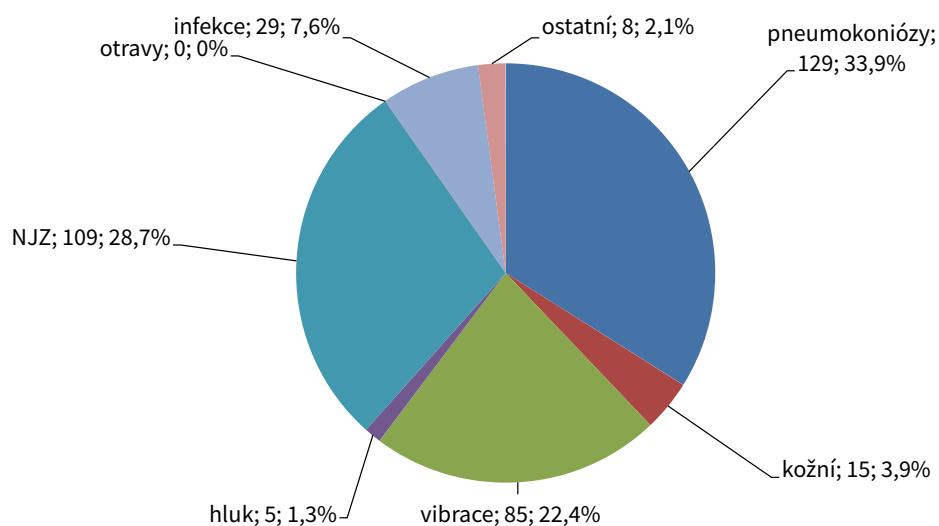
Graf 25 Vývoj nemocí z povolání v ČR a MS kraji (zdroj SZÚ)

Rok	ČR	MSK	MSK v % ČR
2003	1 486	262	17,6
2004	1 329	267	20,1
2005	1 340	246	18,4
2006	1 150	229	19,9
2007	1 228	298	23,0
2008	1 327	297	22,4
2009	1 296	289	22,3
2010	1 236	313	25,3
2011	1 210	326	26,9
2012	1 042	287	27,5
2013	983	281	28,6
2014	1 214	380	31,3

Tabulka 6 Počty nemocí z povolání v ČR a MS kraji (zdroj SZÚ)

Dle jednotlivých kapitol stanovených v seznamu nemocí z povolání je v MS kraji je nejvíce zastoupena kapitola II – nemoci způsobené fyzikálními faktory (199 nemocí) a kapitola III – nemoci dý-

chacích cest a plic (135 nemocí). V kapitole I – nemoci způsobené chemickými látkami – však nebyl zaznamenán žádný případ.

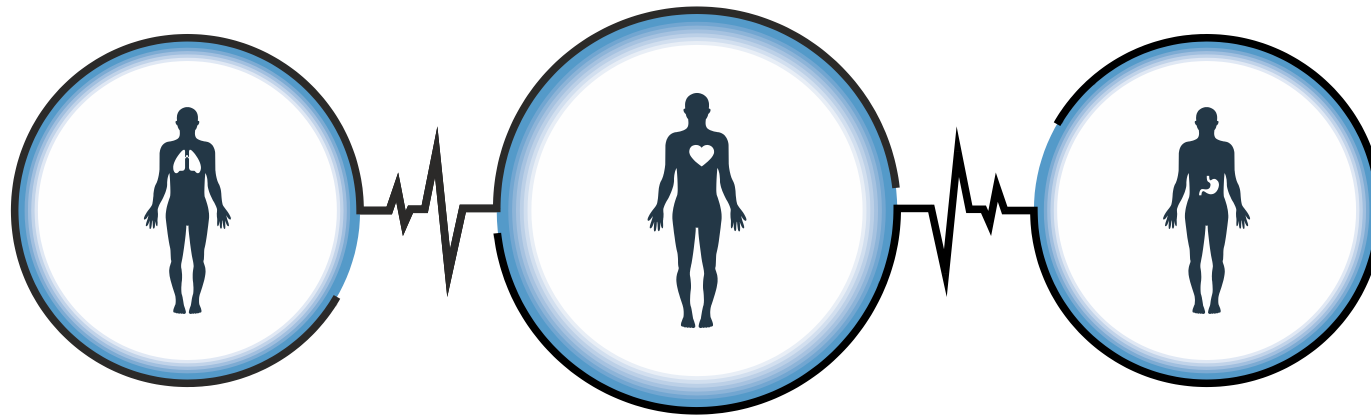


Graf 26 Nemoci z povolání v MS kraji dle typu, rok 2014 (zdroj SZÚ)

Kraj	Kapitola						Celkem
	1	2	3	4	5	6	
Praha	0	4	2	7	16	0	29
Středočeský	3	42	43	8	13	0	109
Jihočeský	0	69	10	18	10	1	108
Plzeňský	0	34	29	28	7	0	98
Karlovarský	0	4	2	2	3	0	11
Ústecký	0	43	5	7	80	0	135
Liberecký	0	12	4	10	0	0	26
Královéhradecký	2	13	10	19	6	0	50
Pardubický	1	11	7	18	8	0	45
Moravskoslezský	0	199	135	15	29	2	380
Vysočina	1	3	3	5	2	0	14
Jihomoravský	1	19	6	17	18	0	61
Olomoucký	1	55	9	12	7	0	84
Zlínský	0	8	4	12	2	0	26
Celkem	9	516	269	178	201	3	1176

Tabulka 7 Nemoci z povolání v ČR dle kapitol v roce 2014 (zdroj SZÚ)

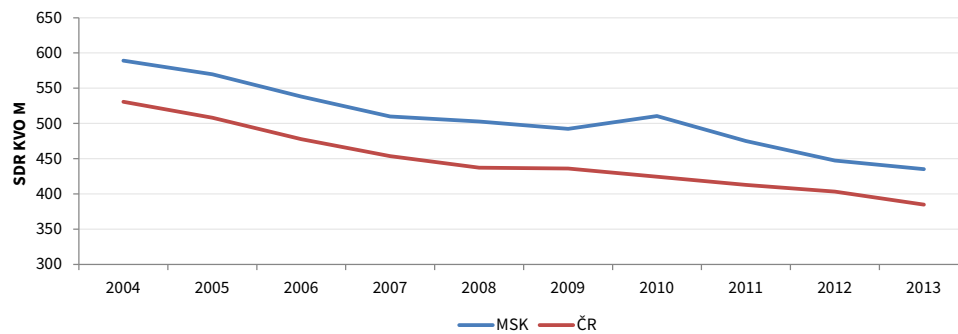
ÚMRTNOST NA SKUPINY DIAGNÓZ



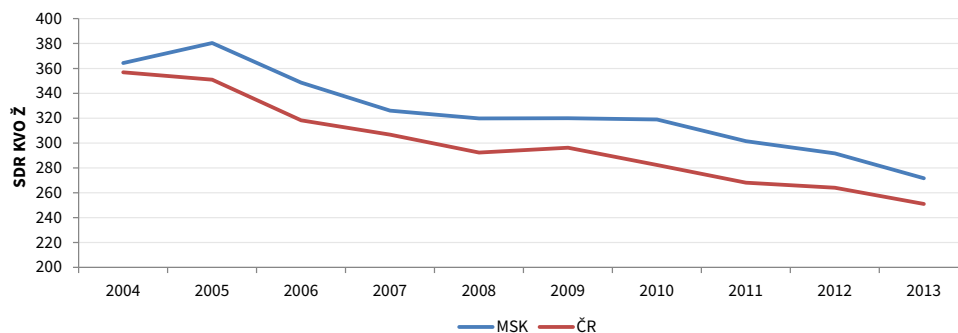
ÚMRTNOST NA NEMOCI OBĚHOVÉ SOUSTAVY

Standardizovaná úmrtnost (SDR) na nemoci oběhové soustavy u mužů v kraji od roku 2004 do roku 2013 klesla z 589,1 na 435,2, v ČR z 530,8 na 384,7. Nejvyšší byla v roce 2013 v MS kraji v okrese Karviná, v ČR v okrese Chomutov, Most a Karviná.

Standardizovaná úmrtnost na nemoci oběhové soustavy u žen v kraji od roku 2004 do roku 2013 klesla z 364,3 na 271,6, v ČR z 356,8 na 251,0. Nejvyšší byla v roce 2013 v MS kraji v okrese Karviná, v ČR v okrese Louny.

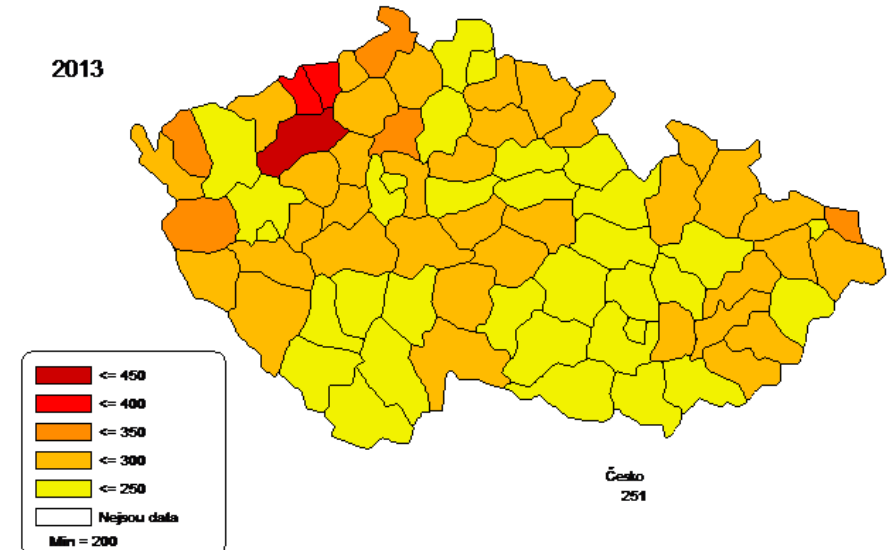


Graf 27 SDR na nemoci oběhové soustavy, muži MS kraj a ČR, vývoj 2004 - 2013 (zdroj ÚZIS)



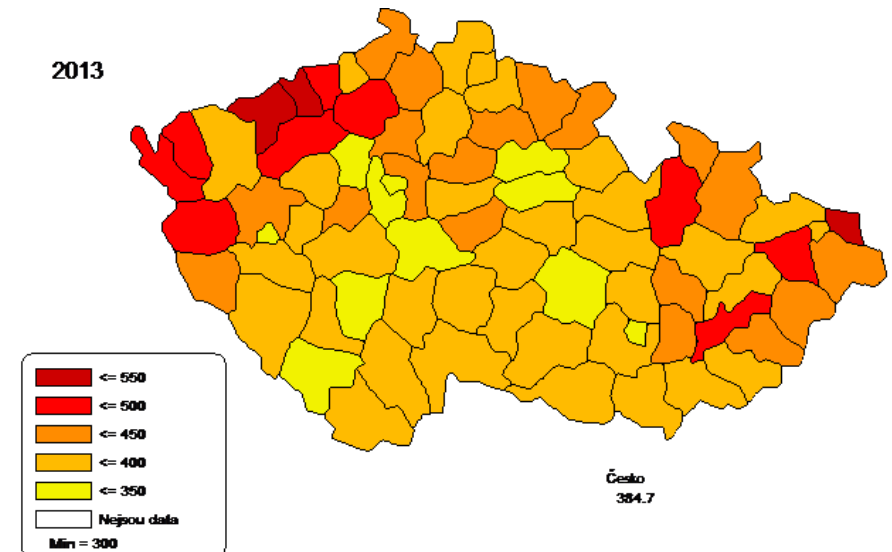
Graf 28 SDR na nemoci oběhové soustavy, ženy MS kraj a ČR, vývoj 2004 - 2013 (zdroj ÚZIS)

2013



Kartogram 9 SDR na nemoci oběhové soustavy, muži, okresy ČR, 2013 (zdroj DPS ÚZIS)

2013

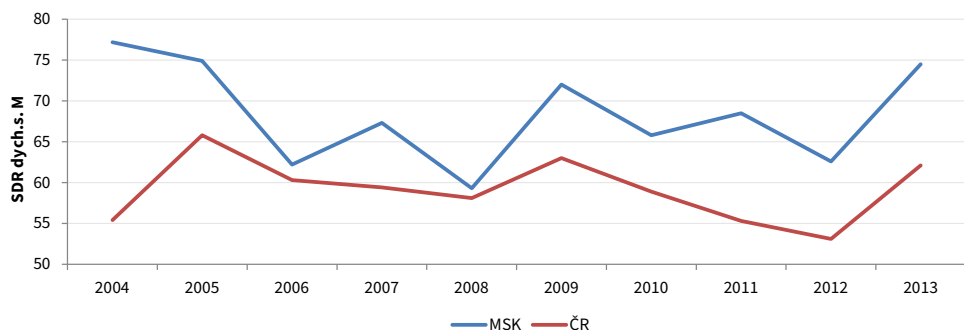


Kartogram 10 SDR na nemoci oběhové soustavy, ženy, okresy ČR, 2013 (zdroj DPS ÚZIS)

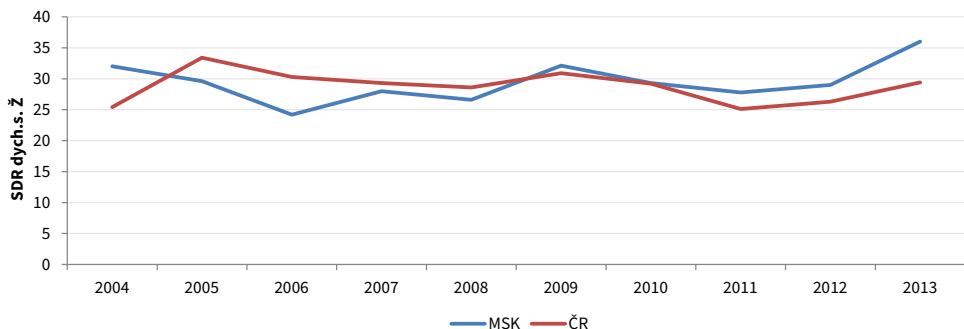
ÚMRTNOST NA NEMOCI DÝCHACÍ SOUSTAVY

Standardizovaná úmrtnost na nemoci dýchací soustavy u mužů v kraji od roku 2004 do roku 2013 klesla z 77,2 na 74,5, ČR vzrostla z 55,4 na 62,1. Nejvyšší byla v roce 2013 v MS kraji v okrese Bruntál, v ČR v okrese Znojmo a Tachov.

Standardizovaná úmrtnost na nemoci dýchací soustavy u žen v kraji od roku 2004 do roku 2013 vzrostla z 32,0 na 36,0, v ČR z 25,4 na 29,4. Nejvyšší byla v roce 2013 v MS kraji i v ČR v okrese Bruntál.

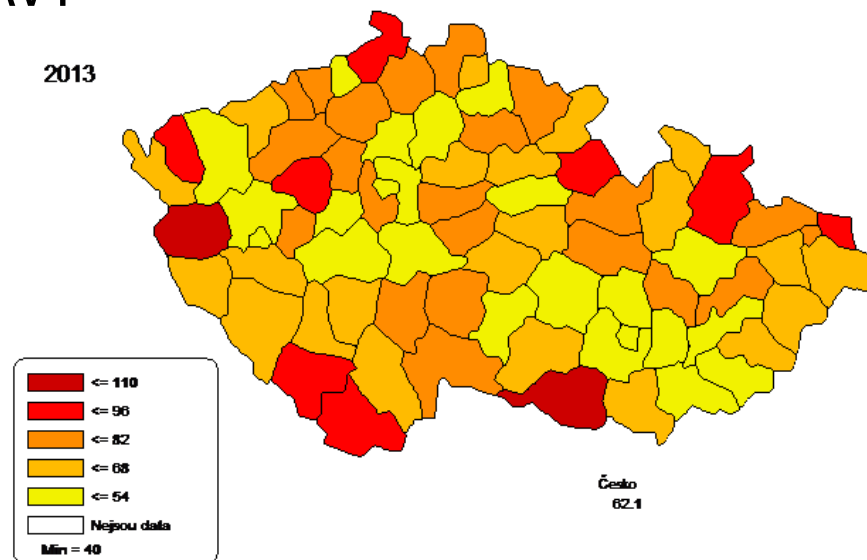


Graf 29 SDR na nemoci dýchací soustavy, muži MS kraj a ČR, vývoj 2004 – 2013 (zdroj ÚZIS)



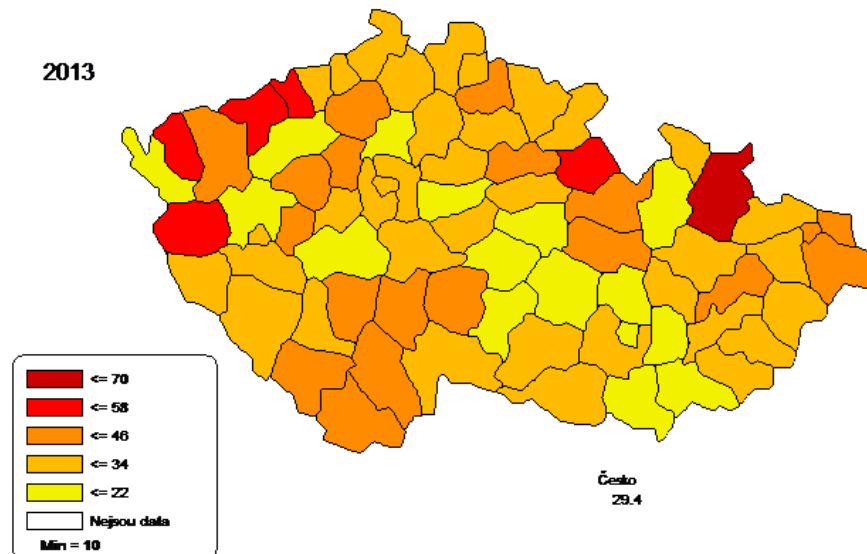
Graf 30 SDR na nemoci dýchací soustavy, ženy MS kraj a ČR, vývoj 2004 – 2013 (zdroj ÚZIS)

2013



Kartogram 11 SDR na nemoci dýchací soustavy, muži, okresy ČR, 2013 (zdroj DPS ÚZIS)

2013

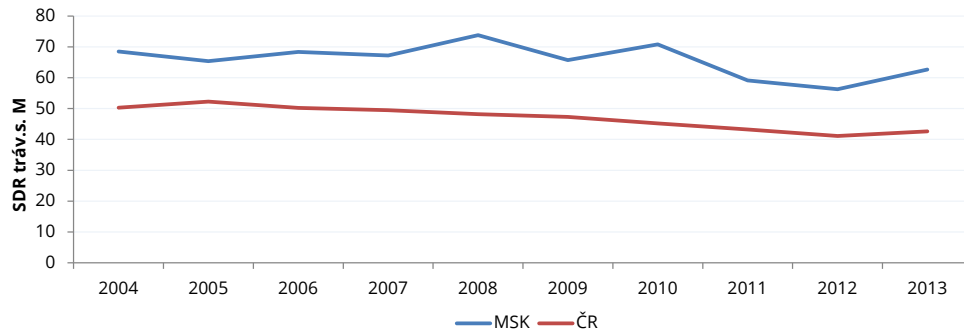


Kartogram 12 SDR na nemoci dýchací soustavy, ženy, okresy ČR, 2013 (zdroj DPS ÚZIS)

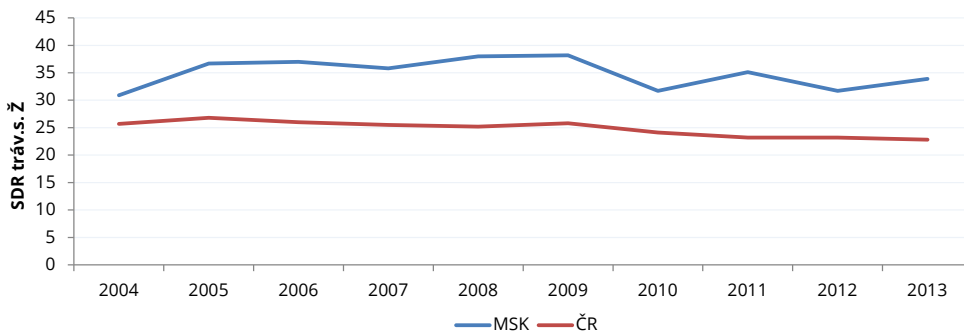
ÚMRTNOST NA NEMOCI TRÁVICÍ SOUSTAVY

Standardizovaná úmrtnost na nemoci trávicí soustavy u mužů v kraji od roku 2004 do roku 2013 klesla z 68,5 na 62,7, v ČR z 50,3 na 42,6. Nejvyšší byla v roce 2013 v MS kraji v okrese Ostrava, v ČR v okrese Ostrava, Bruntál, Vsetín a Břeclav.

Standardizovaná úmrtnost na nemoci trávicí soustavy u žen v kraji od roku 2004 do roku 2013 vzrostla z 30,9 na 33,9, v ČR klesla z 25,7 na 22,8. Nejvyšší byla v roce 2013 v MS kraji i v ČR v okrese Karviná.

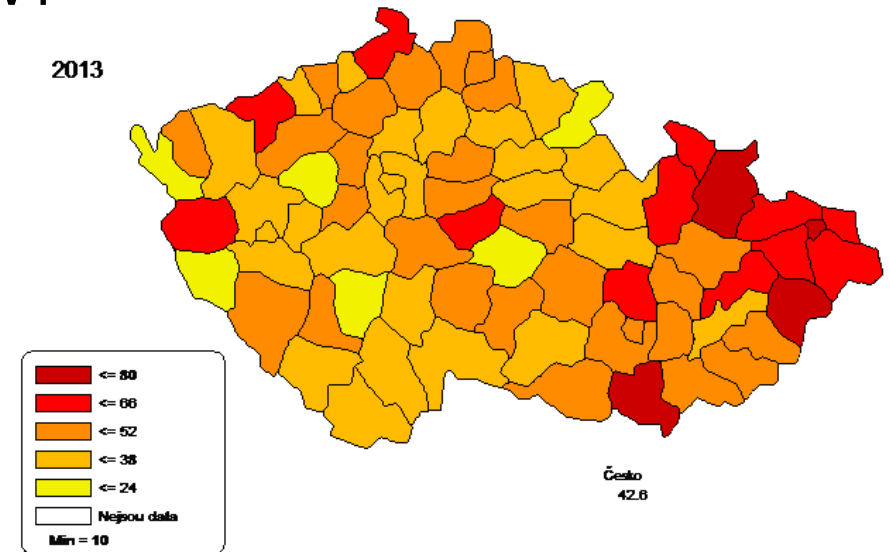


Graf 31 SDR na nemoci trávicí soustavy, muži MS kraj a ČR, vývoj 2004 - 2013 (zdroj ÚZIS)



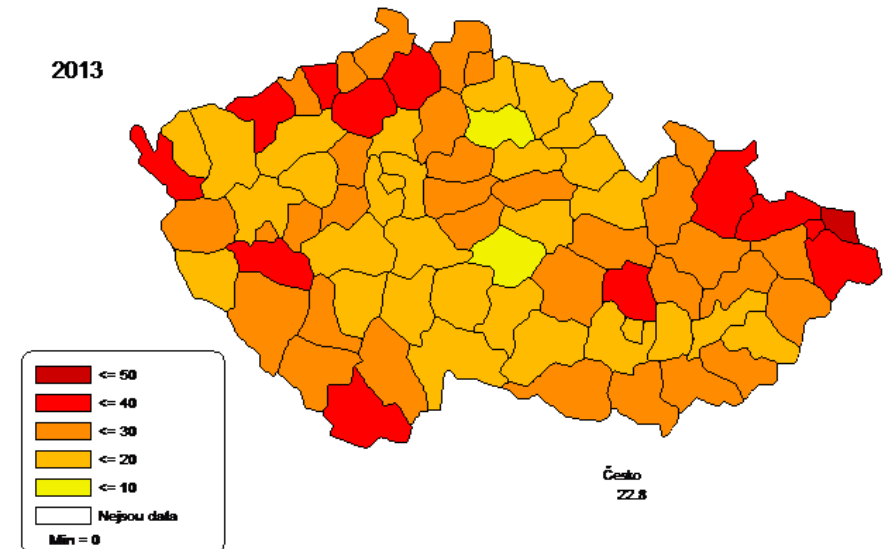
Graf 32 SDR na nemoci trávicí soustavy, ženy MS kraj a ČR, vývoj 2004 - 2013 (zdroj ÚZIS)

2013



Kartogram 13 SDR na nemoci trávicí soustavy, muži, okresy ČR, 2013 (zdroj DPS ÚZIS)

2013

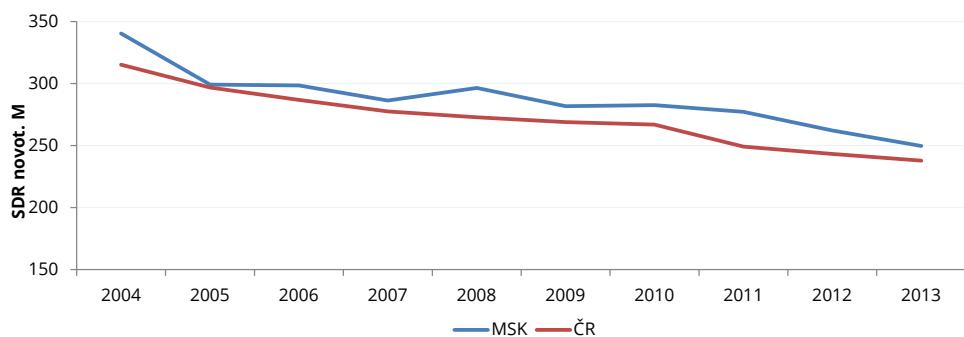


Kartogram 14 SDR na nemoci trávicí soustavy, ženy, okresy ČR, 2013 (zdroj DPS ÚZIS)

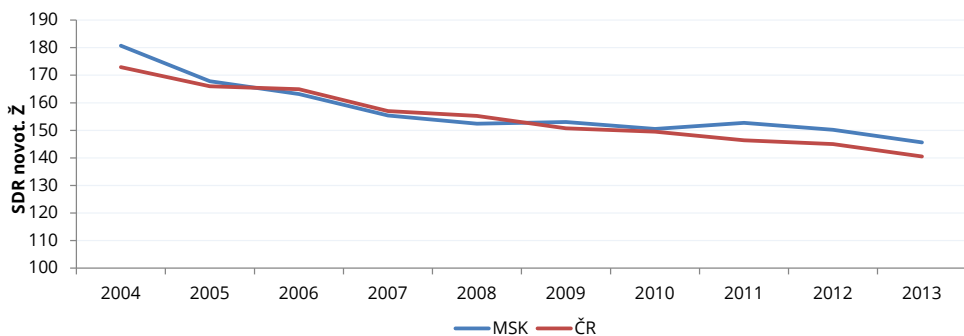
ÚMRTNOST NA NOVOTVARY

Standardizovaná úmrtnost na novotvary u mužů v kraji od roku 2004 do roku 2013 klesla z 340,4 na 249,6, v ČR z 315,1 na 237,8. Nejvyšší byla v roce 2013 v MS kraji v okrese Ostrava, v ČR v okresech Ústeckého kraje.

Standardizovaná úmrtnost na novotvary u žen v kraji od roku 2004 do roku 2013 klesla z 180,7 na 145,6, v ČR z 172,9 na 140,5. Nejvyšší byla v roce 2013 v MS kraji v okrese Bruntál, v ČR v okrese Most.

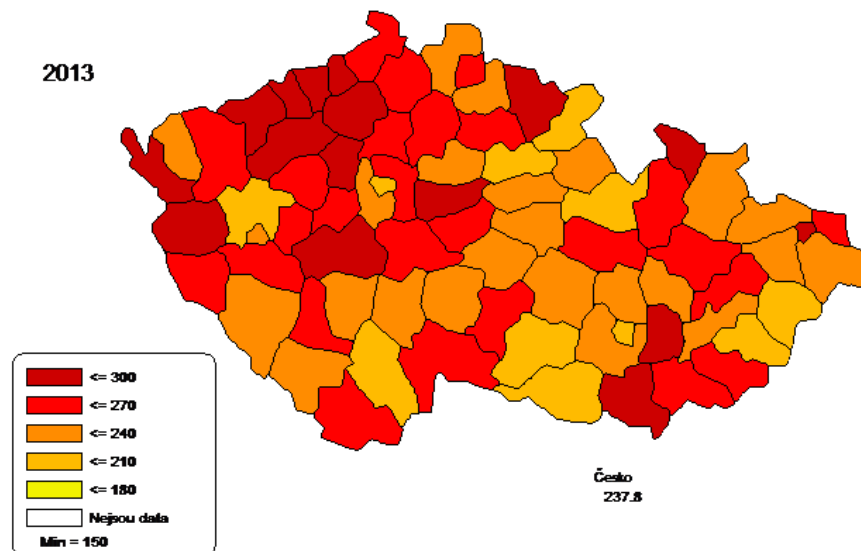


Graf 33 SDR na novotvary, muži MS kraj a ČR, vývoj 2004 – 2013 (zdroj ÚZIS)



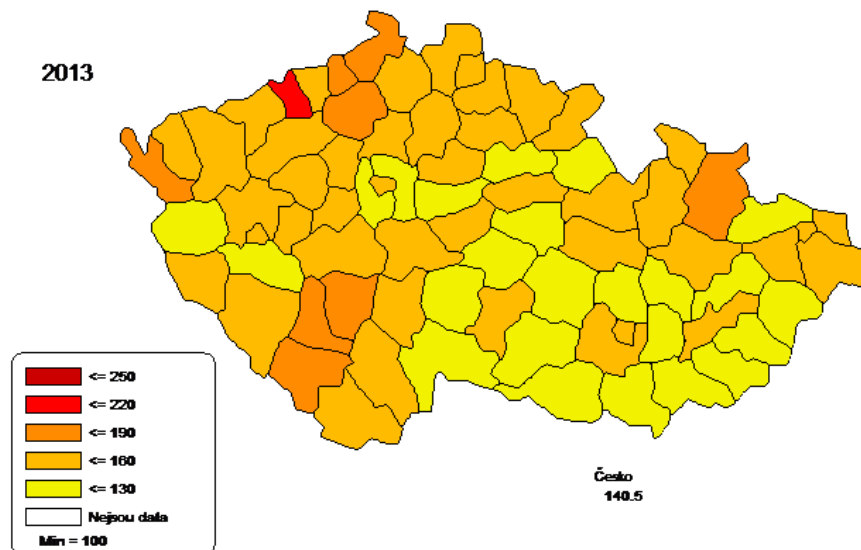
Graf 34 SDR na novotvary, ženy MS kraj a ČR, vývoj 2004 – 2013 (zdroj ÚZIS)

2013



Kartogram 15 SDR na novotvary, muži, okresy ČR, 2013 (zdroj DPS ÚZIS)

2013



Kartogram 16 SDR na novotvary, ženy, okresy ČR, 2013 (zdroj DPS ÚZIS)

KOJENECKÁ A NOVOROZENECKÁ ÚMRTNOST

Kojenecká úmrtnost (počet zemřelých do 1 roku věku na 1 000 živě narozených) se snížila v ČR od roku 2004 z 3,8 na 2,5 promile a v kraji došlo k poklesu z 4,2 promile na 2,2 v roce 2012, v roce 2013 opět k navýšení na 3,3 promile. V ostatních krajích došlo ke snížení rozpětí z 2,3 až 5,9 na 1,1 až 4,4. Nejvyšší kojenecká úmrtnost v roce 2013 byla v okresech Bruntál, Šumperk, Kroměříž,

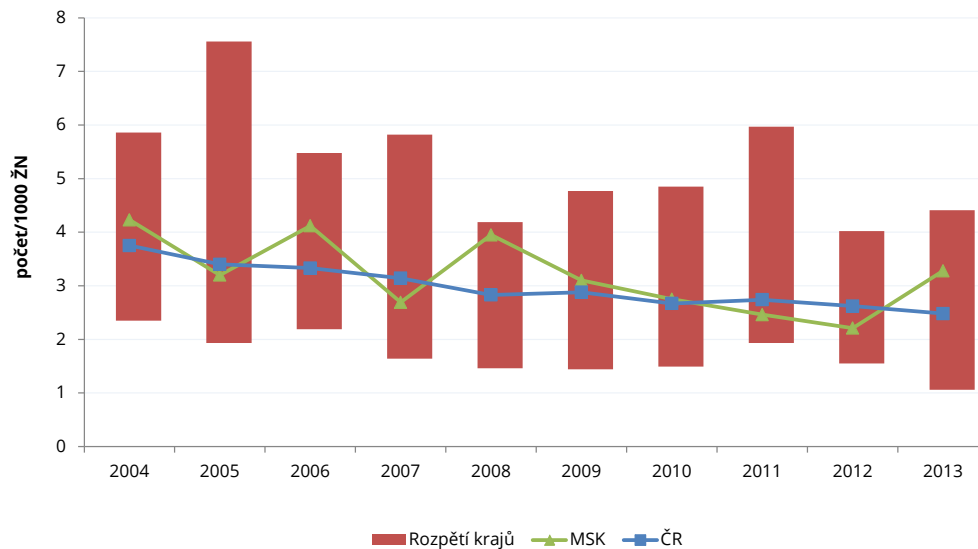
Česká Lípa a Louny, nejnižší v Karlovarském kraji.

Perinatální úmrtnost (počet mrtvě narozených a zemřelých do 7 dnů života na 1 000 narozených celkem) v průběhu posledních 10 let v podstatě stagnuje – po poklesu v letech 2007 až 2010 dochází k mírnému nárůstu. V ČR z 4,0 promile na 4,4 a v kraji z 5,1 na 5,2. Nej-

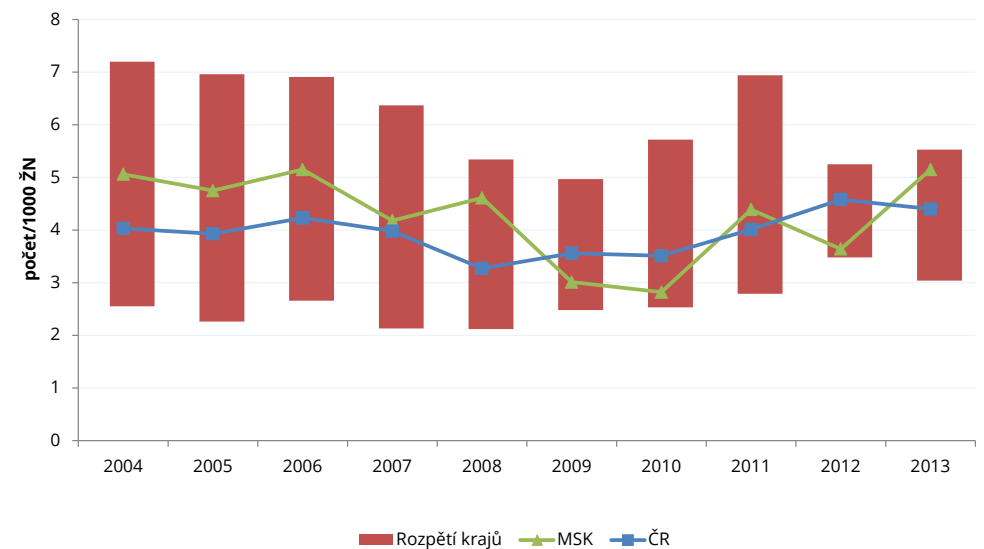
vyšší perinatální úmrtnost v roce 2013 byla v okrese Rokycany. V krajích došlo ke snížení rozpětí z 2,8 až 7,3 na 3,0 až 5,5 promile.

Novorozenecká úmrtnost (počet zemřelých do 28 dnů věku na 1 000 živě narozených) se snížila v ČR od roku 2004 z 2,3 na 1,4 promile a v kraji se snížila z 2,5 na 1,6 promile (rok 2012: 1,2).

Nejvyšší novorozenecká úmrtnost v roce 2013 byla v okrese Louny, Kroměříž a Uherské Hradiště. V krajích došlo ke snížení rozpětí z 1,6 až 3,8 na 0,8 až 3,0 promile. Počet mrtvě narozených na 1 000 narozených celkem se v kraji zvýšil až na 4,1, absolutně 48 dětí (rok 2004: 3,3 absolutně 39 dětí).



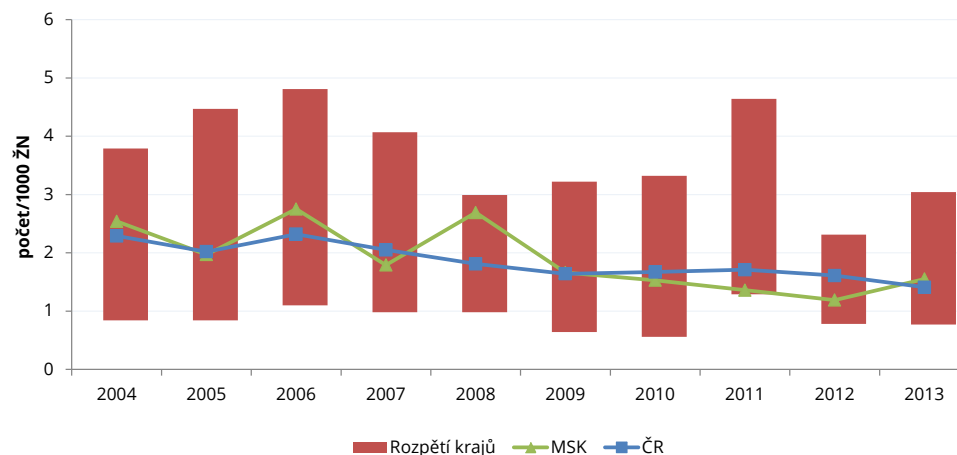
Graf 35 Kojenecká úmrtnost, vývoj v letech 2004 – 2013, srovnání rozpětí krajů, MS kraje a ČR (zdroj ÚZIS)



Graf 36 Perinatální úmrtnost, vývoj v letech 2004 – 2013, srovnání rozpětí krajů, MS kraje a ČR (zdroj ÚZIS)

U zemřelých do 1 roku věku byly nejčastější příčinou úmrtí některé stavy vzniklé v perinatálním období, celkem 15 případů, v přepočtu 1,29 zemřelých do 1 roku na 1 000 živě narozených (v roce 2004: 2,11 na 1 000 živě narozených), dále vrozené vady, deformace a chromosomální

abnormality, 11 dětí, 0,95 na 1 000 živě narozených (v roce 2004: 0,93 na 1 000 živě narozených). U zemřelých do 1 roku věku byl zaznamenán pokles, celkem 29 dětí, 2,50 na 1 000 živě narozených, v roce 2004: 50 dětí, tj. 4,2 na 1 000 živě narozených.

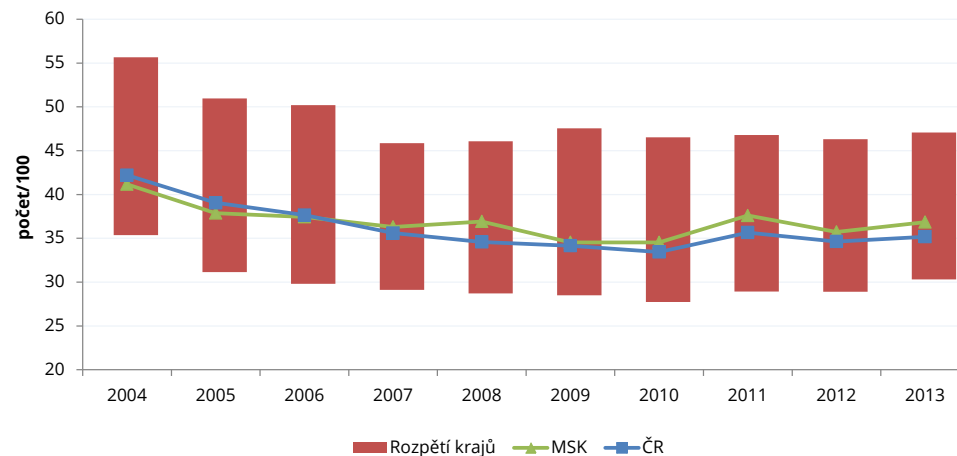


Graf 37 Novorozenecká úmrtnost, vývoj v letech 2004 – 2013, srovnání rozpětí krajů, MS kraje a ČR (zdroj ÚZIS)

POTRATOVOST

V roce 2013 byl v kraji zaznamenán nárůst potratů o 70 a představoval navýšení o 2 % potratů proti předešlému roku. Nárůst byl ovlivněn hlavně vyšším počtem mimoděložních těhotenství, kterých bylo zaznamenáno o 38 více než v předchozím roce (31 %). V České republice a také v kraji došlo shodně k nárůstu samovolných potratů o 1 %. V kraji převahu UPT tvořily miniinterrupce 76 %, v ČR představovaly 72 %. Nejvíce potratů bylo prováděno u žen ve věkové skupině 25 až 29 let. V roce 2013 připad-

lo na 100 narozených 36,9 potratů celkem (v ČR 35,2), z toho bylo v kraji 21,8 UPT a z nich dále 16,5 miniinterrupcí. Počet samovolných potratů na 100 narozených činil v kraji 13,7 (ČR 12,8) a 5,6 samovolných potratů na 1 000 žen ve věku 15 až 49 let. V roce 2004 připadlo v kraji na 100 narozených 41,2 potratů celkem (ČR 42,2), z toho 27,0 UPT a z nich dále 21,9 miniinterrupcí. Počet samovolných potratů v kraji v roce 2004 činil 12,9 na 100 narozených a 4,8 na 1 000 na 1 000 žen ve věku 15 až 49 let.



Graf 38 Počet potratů na 100 narozených, vývoj v letech 2004 – 2013, srovnání rozpětí krajů, MS kraje a ČR (zdroj ÚZIS)

NEMOCNOST



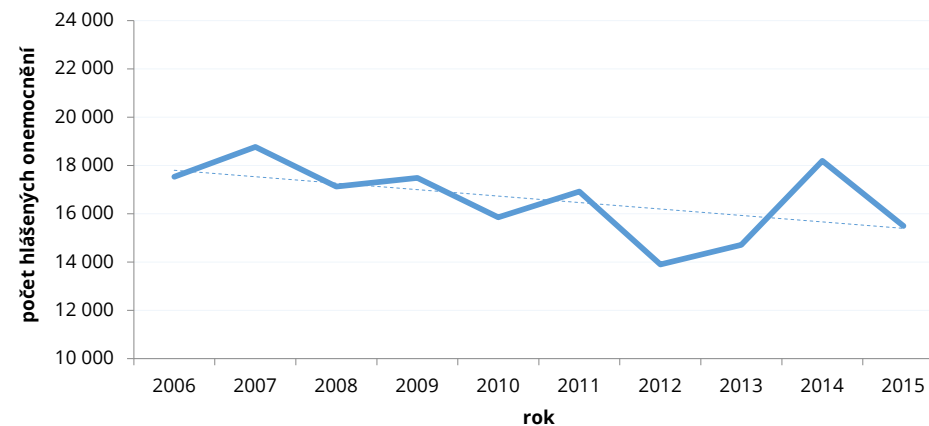
INFEKČNÍ ONEMOCNĚNÍ

V roce 2015 bylo v Moravskoslezském kraji hlášeno celkem 15 494 infekčních nákaz, z nichž bylo 7 488 (48,3 %) akutních průjmových onemocnění (APO) a 558 nemocí parazitárních. Ve srovnání s předchozím rokem 2014 došlo k 15 % poklesu počtu celkově hlášených onemocnění.

Na podkladě hlášení infekčních nákaz provádí pracovníci orgánu ochrany veřejného zdraví epidemiologická šetření. V loňském roce bylo provedeno 11 732 šetření v ohniscích nákaz, což bylo o 241 více, než v roce 2014. Epidemiologické šetření spočívá v aktivním vyhledávání zdrojů nákazy, tj. nemocných či bezpříznakových osob. Ohnisko nákazy je místo, kde se uskutečňuje proces šíření nákazy, tj. v rodinách, v kolektivech či na pracovištích. Cílem epidemiologického šetření je zajistit včasná účinná protiepidemická opatření. Zvláštní opatření se uplatňují u osob, které vykonávají činnosti epidemiologicky závažné. Jedná se např. o osoby zaměstnané v potravinářství při výrobě, přípravě a prodeji nebalených potravin nebo činné ve společném stravování. Také osoby dlouhodobě vylučující původce infekčních onemocnění podléhají spe-

ciálními opatřeními. Na této prevenci se v rámci činnosti podílí odborní pracovníci krajských hygienických stanic v rozsahu své působnosti, kterou jim stanovuje legislativa v oblasti ochrany veřejného zdraví.

V případě epidemie nebo nebezpečí jejího vzniku, pokud to situace vyžaduje, nařizuje KHS MSK mimořádná opatření. Úzce spolupracuje se složkami integrovaného záchranného systému MS kraje.



Graf 39 Celkový počet hlášených infekčních onemocnění v MS kraji v letech 2006 – 2015 (zdroj EPIDAT)

Počet onemocnění/rok	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Salmonelózy	2 286	1 999	1 320	1 364	802	1 006	1 134	1 015	1 285	1 348
Bacilární úplavice	39	57	53	43	111	44	164	130	29	4
Kampylobakterióza	5 041	5 296	4 987	4 418	4 103	3 588	3 586	3 435	3 687	3 379
Virový zánět jater	159	112	212	161	272	209	140	153	176	175
Lymeská borelióza	410	387	391	385	375	336	212	349	269	196
Zánět mozku a mozk. blan	246	144	147	185	151	177	128	181	173	109
Spála	476	344	472	410	464	697	524	308	410	379
Plané neštovice	4 237	6 420	5 497	6 929	5 718	6 691	4 202	5 627	7 858	4 287
Příušnice	1 226	346	37	32	52	101	77	24	34	806
Svrab	345	342	336	328	305	410	504	537	477	451
Ostatní infekční onemocnění	3 067	3 317	3 674	3 231	3 495	3 663	3 227	2 953	3 795	4 360
CELKEM	17 532	18 764	17 126	17 486	15 848	16 922	13 898	14 712	18 193	15 494

Tabulka 8 Vybraná hlášená infekční onemocnění v MS kraji v letech 2006 – 2015 (absolutní počty)

Akutní průjmová onemocnění (APO)

Je to skupina poměrně častých onemocnění s velmi pestrým spektrem původců. Ve většině případů APO dochází ke spontánnímu uzdravení, asi 25 % nemocných navštíví lékaře. Klinický průběh průjmů, vyvolaný různými původci, je mnohdy velmi podobný a neumožňuje přesné stanovení dia-

gnózy bez laboratorního ověření. Akutní průjem má příznivou prognózu, ve většině případů probíhá nekomplikovaně. Základem léčby je zavodnění (rehydratace) a dodání minerálních látek. Podpurnou léčbou pak je podávání střevních desinficií a lactobacilů.

Mezi nejčastější bakteriální původce APO postihující trávicí soustavu patří bakterie rodu *Salmonella*, *Campylobakter*, *Yersinia* a *Shigella*. Pro nákazy tohoto typu je společnou vstupní bránou trávicí trakt. V přenosu průjmových onemocnění se uplatňují především potraviny a znečištěné ruce. Potraviny mohou být kontami-

novány buď primárně, jsou-li připraveny z infikovaných zvířat, nebo sekundárně, nemocným člověkem, příp. nosičem infekce při přípravě, distribuci, transportu a uskladnění stravy.

Salmonelóza

Je akutní průjmové onemocnění, tzv. antropozoonóza, převážně s velmi krátkou inkubační dobou (6 – 72 hodin), rozšířená prakticky po celém světě a patřící k častým chorobám přenášeným na člověka ze zvířat. Člověk se jako zdroj uplatňuje výjimečně, např. při hrubém nedodržení hygienických zásad. V našich podmínkách dochází k přenosu infekce obvykle prostřednictvím pokrmů z nedostatečně tepelně

opracovaných vajec nebo masa salmonelózních zvířat. Onemocnění začíná náhle z plného zdraví nechutenstvím a zvracením, často je spojeno s malátností, bolestmi hlavy a horečkou, následují křečovitě bolesti a průjem. Onemocnění trvá několik hodin až dnů.

Výskyt salmonelóz v MS kraji je ve sledovaném období prakticky shodný se situací v České republice. Od roku 2006

je v ČR průběžně ročně evidováno téměř 13 tisíc případů onemocnění salmonelózou. Ve skutečnosti je výskyt mnohem vyšší, protože lehčí formy nemoci unikají evidenci lékařů. Z vývoje nemocnosti v MS kraji je patrný její pokles v letech 2010 až 2013 (průměrná nemocnost byla 80 případů na 100 tisíc obyvatel). Vzestup onemocnění v MS kraji byl zaznamenán v roce 2014, kdy incidence dosáhla 105/100 tisíc

obyvatel. V roce 2015 pokračuje opětovně nepatrný vzestup onemocnění na 111/100 tisíc obyvatel. Nejvyšší nemocnost byla zaznamenána v okrese Opava (143,7/100 tisíc), následoval okres Nový Jičín (141,7/100 tisíc). Naopak nejnižší nemocnost byla v okrese Karviná, a to 80,5/100 tisíc obyvatel. Dominujícím etiologickým agens je *Salmonella enteritidis*.

Počet onemocnění/rok	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Salmonelóza	2 286	1 999	1 320	1 364	802	1 008	1 134	1 015	1 285	1 348
Kampylobakteriíza	5 041	5 296	4 987	4 418	4 103	3 588	3 586	3 435	3 687	3 379
Virová průjmová onemocnění	857	921	1 055	1 054	1 236	1 032	886	741	924	1 366
Ostatní bakteriální průjmové onemocnění neurčené	737	737	783	578	853	1 144	879	801	993	1 396

Tabulka 9 Počet nejčastěji hlášených akutních průjmových onemocnění v MS kraji v letech 2006 – 2015

KampylobakteriÓA

V současné době se jedná o nejčastější bakteriální střevní infekce v České republice. Ze 14 známých sérotypů je u nás nejvíce zastoupen *Campylobacter jejuni* (kolem 95 % záchytů). V MS kraji je zaznamenán od roku 2006 až do roku 2013 pozvolný pokles, kdy se nemocnost ze 403 případů za rok/100 tisíc obyvatel postupně snížila na 266 případů na 100 tisíc obyvatel, což je cel-

kový pokles o 34 %. Klesající tendence se změnila v roce 2014, kdy byl zaznamenán nárůst o 9,4 %. V roce 2015 byla nemocnost 278/100 tisíc obyvatel. Pokud srovnáme jednotlivé okresy v MS kraji, nejvyšší počet onemocnění za rok 2015 je zaznamenán v okresech Opava (350) a Ostrava (294) případů na 100 tisíc obyvatel, naopak nejnižší nemocnost v okrese Bruntál (197/100 tisíc obyvatel)

Akutní virové střevní infekce

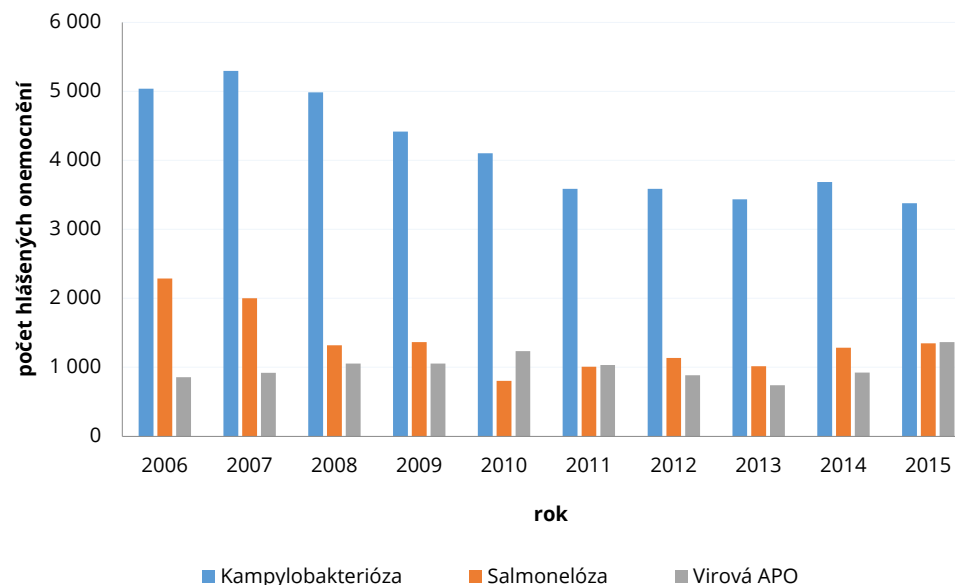
Způsobují je zejména rotaviry a noroviry. K přenosu onemocnění nejčastěji dochází fekálně-orální cestou prostřednictvím kontaminovaných potravin a vody. K šíření dochází i aerosolem od nemocných osob. Přenos prostřednictvím rukou a kontaminovaných předmětů je rozhodující i pro šíření infekce v nemocničním prostředí. K onemocnění stačí malá infekční dávka, virus může být vylučován stolicí i po odeznění klinických příznaků. V MS kraji rotaviry způsobují lokální epidemie nejen v dětských kolektivech (jesle, mateřská či základní škola), ale také i v ústavních zařízeních. Proti rotavirovým průjmovým onemocněním se provádí očkování, které není hrazeno z veřejného zdravotního pojištění. Noroviry jsou hlavním agens epidemií zejména v zařízeních sociální

péče, léčebnách, v nemocnicích, školách atd. Specifická léčba ani očkování proti norovirům neexistuje.

V roce 2015 došlo v MS kraji k 47,8 % nárůstu průjmových onemocnění virového původu v porovnání s rokem 2014. Celorepubliková čísla však ukazují na 99 % vzestup průjmových virových onemocnění.

Prevence akutních průjmových onemocnění a ostatních alimentárních nákaz spočívá v dodržování těchto pravidel:

- Vybírat zdravotně nezávadné potraviny.
- Zabezpečit dokonalé provařování a propečení potravin.



Graf 40 Nejčastěji diagnostikovaná průjmová onemocnění v MS kraji v letech 2006 – 2015 (zdroj EPIDAT)

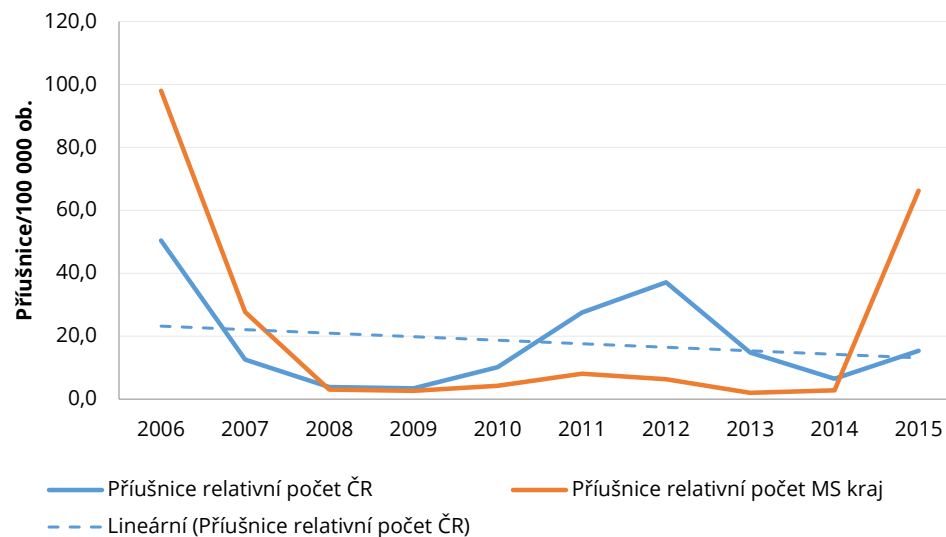
- Zkonzumovat stravu bezprostředně po uvaření.
- Uvážlivě uchovávat potraviny – v teplém stavu nad 60 °C, nebo studeném při teplotě nižší než 10 °C.
- Důkladně ohřívát potraviny.
- Zabránit zkřížené kontaminaci syrových a uvařených potravin.
- Důkladné mytí rukou.
- Udržovat čistotu kuchyňského zařízení.
- Ochránovat potraviny před hmyzem, hlodavci a jinými zvířaty.
- Používat výhradně pitnou vodu.

Vzdušné nákazy

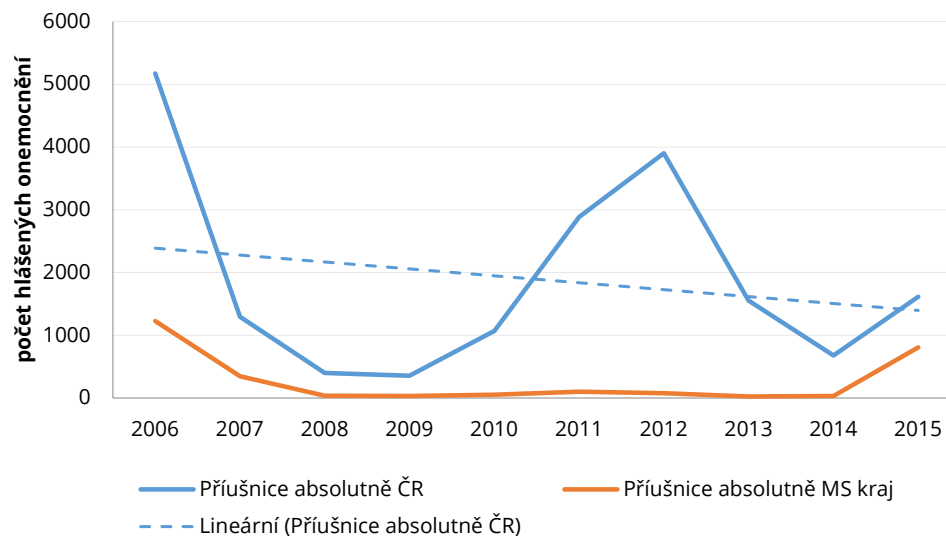
Příušnice

Jedná se o virovou sezónní akutní infekci s maximem výskytu v zimních a jarních měsících vyvolanou virem příušnic, paramyxovirem, který postihuje především slinné žlázy a nervový systém. Zdrojem nákazy je nemocný člověk, infekce se přenáší vzdušnou cestou a přímým kontaktem slinami infikované osoby. Inkubační doba je průměrně 18 dní. Onemocnění začíná celkovou únavou, teplotami a zduřením jedné nebo více slinných žláz, nejčastěji příušních.

Ke komplikacím onemocnění patří serózní záněty mozkových blan, u chlapců záněty varlat. Od roku 1987 se provádí povinné očkování. Maximum počtu onemocnění za posledních 10 let bylo v ČR zaznamenáno ve dvou vlnách, a to v roce 2006, evidováno 5 172 případů a v roce 2012, kdy onemocnělo 3 902 osob. V MS kraji byly také nejvyšší počty onemocnění v roce 2006, nahlášeno 1 226 případů, druhá vlna onemocnění byla v roce 2015 s 806 onemocněními.



Graf 41 Nemocnost příušnicemi v letech 2006 – 2015, ČR a MS kraj (zdroj EPIDAT)

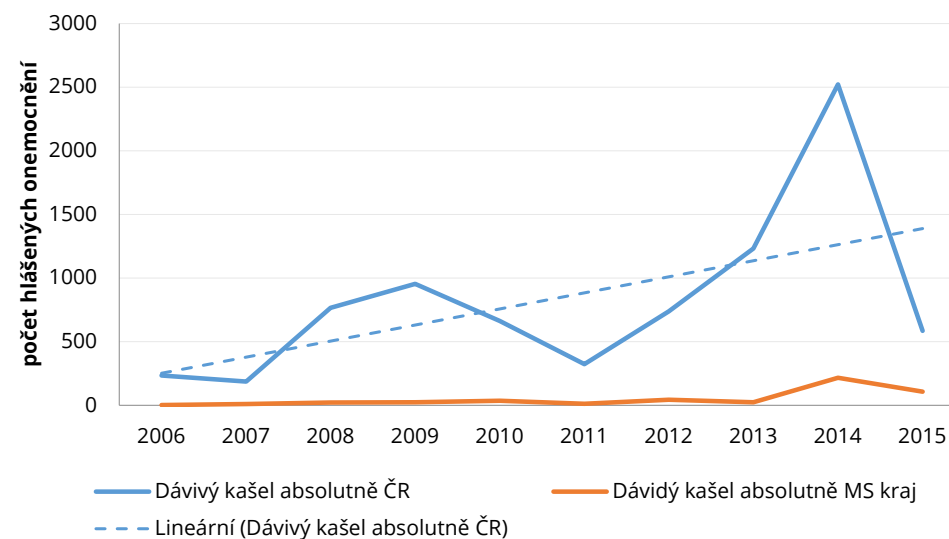


Graf 42 Hlášené případy příušnic v letech 2006 – 2015, ČR a MS kraj

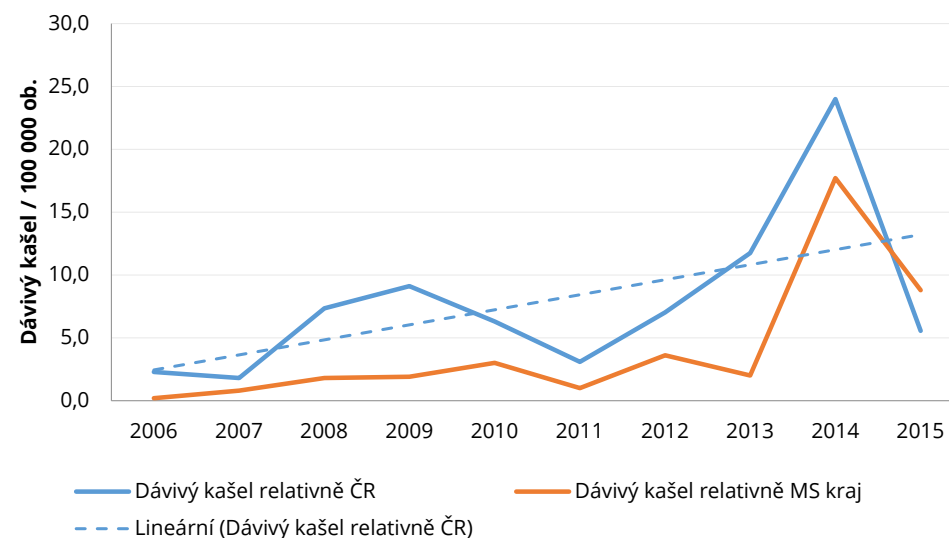
Dávivý kašel

Dávivý kašel (černý kašel) je bakteriální infekční onemocnění, které se vyznačuje typickými záchvaty kašle s komplikovaným dýcháním. Onemocnění má 3 fáze, z nichž je nejnebezpečnější fáze druhá, kdy dochází k těžkým záchvatům kašle, který se podobá kohoutímu kokrhání. Inkubační doba je nejčastěji 7 až 10 dní, počátek onemocnění začíná jako nachlazení nebo běžná viróza, šíří se vzdušnou cestou, kapénkami, kýchá-

ním, mluvením a úzkým kontaktem. Od roku 1956 bylo zavedeno pravidelné očkování, které vedlo k poklesu výskytu onemocnění. Nejvyšší počty onemocnění v ČR a MS kraji byly evidovány v roce 2014, kdy v MS kraji onemocnělo 216 osob a v rámci ČR bylo nahlášeno 2 521 případů onemocnění. V roce 2015 došlo k významnému poklesu hlášených onemocnění, v ČR na 585 případů a v MS kraji na 107 onemocnění.



Graf 43 Hlášené případy dávivého kašle v letech 2006 – 2015, ČR a MS kraj (zdroj EPIDAT)

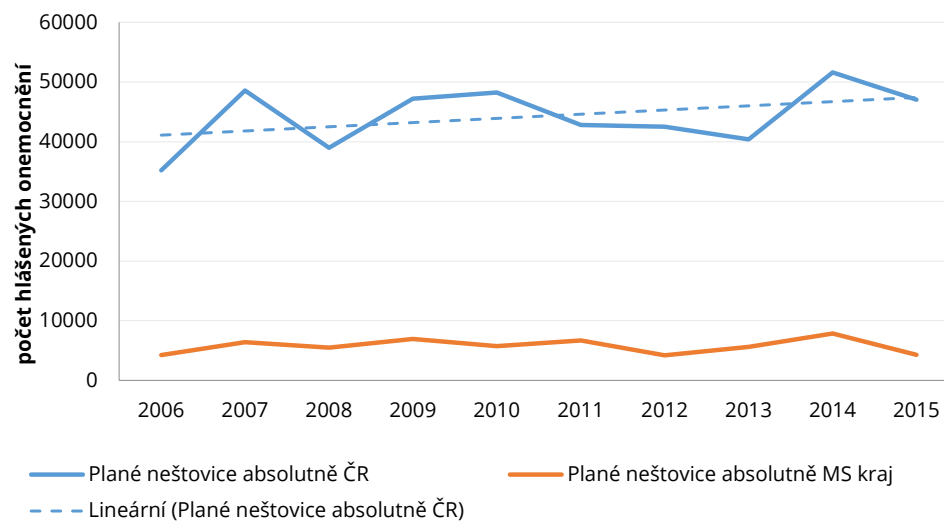


Graf 44 Nemocnost dávivým kašlem v letech 2006 – 2015, ČR a MS kraj

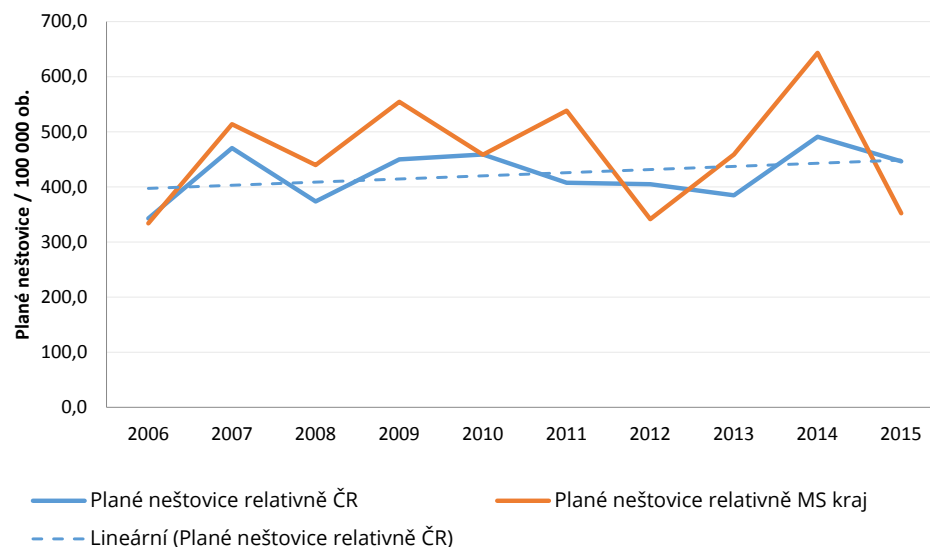
Plané neštovice

Patří mezi nejčastější akutní infekční onemocnění, typické pro dětský věk, které je charakterizováno výsevem vyrážky v různých vývojových stádiích. Původcem je virus varicella zoster, jehož výhradním hostitelem je člověk, přenáší se vzdušnou cestou a kontaminovanými předměty. Inkubační doba je obvykle 13 až 18 dní. Plané neštovice mají obvykle mírný průběh, do dvou týdnů dochází ke spontánnímu vyhojení puchýřků, ale virus poté zůstává v těle a při jeho reaktivaci vzniká tzv. pásový opar. Primoinfekce u dospívající mládeže

a dospělých mívají těžší průběh, nákaza je také nebezpečná pro těhotné, zejména v pokročilém stupni těhotenství. V ČR má výskyt planých neštovic setrvalý trend s meziročními výkyvy, v roce 2015 bylo hlášeno 47 051 případů onemocnění, což bylo o 8,8 % méně než v roce 2014, kdy byly evidovány nejvyšší počty onemocnění za posledních 10 let, onemocnělo 51 617 osob. V MS kraji bylo maximum nahlášených případů také v roce 2014, kdy onemocnělo 7 858 osob, v roce 2015 byl 45,5 % pokles, evidováno 4 287 onemocnění.



Graf 45 Hlášené případy planých neštovic v letech 2006 – 2015, ČR a MS kraj (zdroj EPIDAT)



Graf 46 Nemocnost planými neštovicemi v letech 2006 – 2015, ČR a MS kraj

Virové hepatitidy (VH)

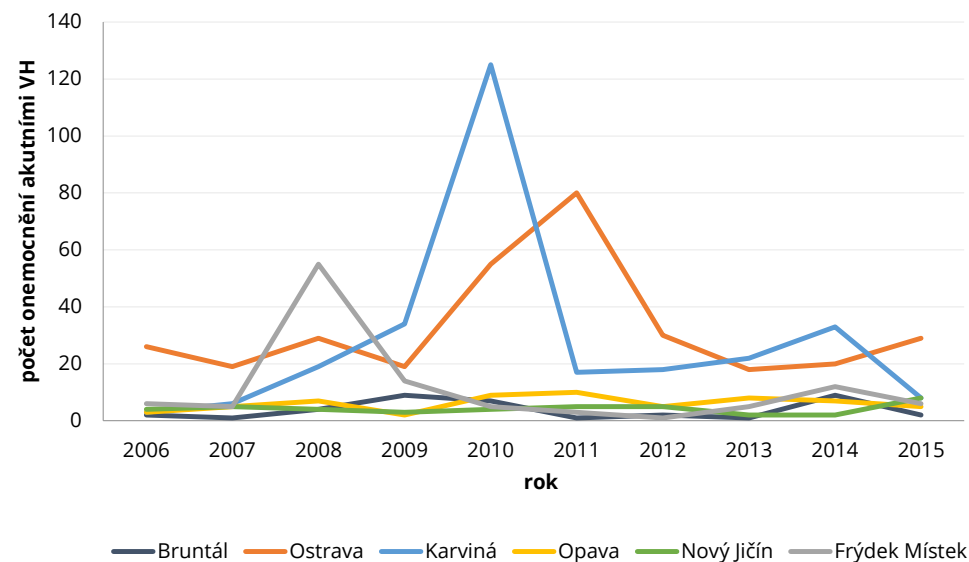
Hepatitida je obecné označení pro zá-
nětlivé onemocnění jater. Podle viru,
který onemocnění vyvolává, rozlišu-
jeme virové hepatitidy typu A, B, C, D,
E. Onemocnění jedním typem virové
hepatitidy nechrání proti onemocnění
typem jiným. Způsob přenosu, inkubač-
ní doba, závažnost klinického průběhu
a tendence k chronizaci jsou u každého
typu jiné. V roce 2015 došlo ke snížení
počtu hlášených akutních hepatitid
z 83 na 58 případů, byl tedy zazname-
nán pokles o 30 % ve srovnání s rokem
předchozím.

V roce 2015 bylo hlášeno celkem 17 pří-
padů virové hepatitidy typu A, z tohoto
počtu bylo 76 % případů onemocně-
ní hlášeno na území Ostravska, kdy se
v 5 případech jednalo o rodinný výskyt.
Ve srovnání s předchozím rokem 2014
(25 případů) počet onemocnění v MS
krajích klesl o 32 %. Zdrojem této nákazy
je nemocný člověk, který vylučuje při-
bližně 14 dní virus šířící se fekálně-orál-
ní cestou prostřednictvím znečištěných
rukou a předmětů, nebo nepřímo do-
chází k nákaze kontaminovanou vodou
a potravinami. Inkubační doba je nej-
častěji kolem 30 dní. K běžným klinic-
kým příznakům patří pocit nechuten-
ství, únava, nucení na zvracení, tmavá
moč, světlá stolice a ikterus (zežloutnu-

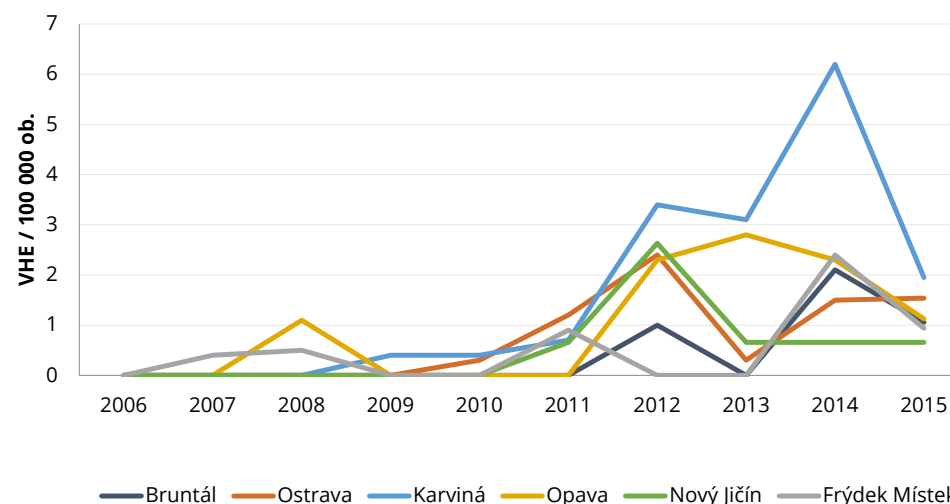
tí) kůže. Prevence spočívá v dodržování
osobní hygieny a očkování.

Nemocnost na virovou hepatitidu typu
B (VHB) v MS kraji zůstala v porovnání
s předchozím rokem téměř na stejné
úrovni. Zdrojem této infekce je nemoc-
ný člověk nebo bezpříznakový nosič
viru. Je přenosná krví, pohlavním sty-
kem a z matky na plod. Virus poškozují
jaterní tkáň, rekonvalescence bývá delší
než u VHA. Asi u 5 až 10 % dospělých ne-
mocných přechází nemoc do chronic-
kého stadia, v němž mohou být tyto lidé
zdrojem onemocnění pro své okolí. Pre-
ventivní opatření spočívá v pravidelném
očkování populace, zvláštním očkování
vybraných osob, výběru a vyšetřování
dárců krve (tkání a orgánů), vyšetřování
těhotných žen, ve výměnných progra-
mech jehel a injekčních stříkaček u nar-
komanů apod.

V loňském roce bylo zaznamenáno
o polovinu méně počtu hlášených
onemocnění virovou hepatitidu typu
E (VHE). Zdrojem tohoto onemocnění
jsou především prasata a zvěř, přenos
se uskutečňuje prostřednictvím pokr-
mů z nich, které nebyly dostatečně te-
pelně zpracované, výjimečně se infekce
může šířit fekálně-orální cestou. Vylučo-
vání viru stolicí probíhá přibližně týden
před objevením příznaků, vnímavost je



Graf 47 Hlášené případy akutních VH v MS kraji v letech 2006 – 2015 (zdroj EPIDAT)



Graf 48 Nemocnost na akutní hepatitidu typu E v letech 2006 – 2015, MS kraj dle okresů (zdroj EPIDAT)

všeobecná, imunita je po prožití infekci krátkodobá. V současnosti neexistuje vakcína.

Z celkového počtu 175 hlášených virových hepatitid (akutních i chronických) připadá nejvyšší podíl na chronickou hepatitidu typu C – 102 onemocnění.

Označení „chronická“ je opakem akutní nemoci, diagnóza je takto stanovena, trvá-li onemocnění více než 6 měsíců. K přenosu hepatitidy C dochází při porušení integrity kůže, sexuálním stykem, je popisován i přenos z matky na dítě. U vysokého procenta nakažených se toto chronické stadium vyvine mnohdy

bez toho, aby o své nemoci vůbec věděli. Příznaky přecházení nemoci do chronicity se nijak výrazně neliší od těch, které pozorujeme u hepatitidy akutní. Může mezi ně patřit: únava, nevolnost, nechut k jídlu, bolest břicha, zežloutnutí očního bělma a kůže, tmavá moč apod. V rámci epidemiologických šet-

ření u těchto nemocných jsou zaznamenávány intravenózní uživatelé drog, lidé podstupující amatérskou tetováž. Často je nákaza zjištěna náhodně v rámci vyšetření pro jiné onemocnění nebo při vyšetření krve před dárcovstvím krve, plazmy apod.

Nákazy přenášené členovci

Jedná se o velkou skupinu infekčních nemocí, jejichž původce (virus, bakterie, parazit) je přenášen členovci (komáři, klíšťata nebo roztoči) z rezervoá-

rového zvířete na vnímavého člověka, který nemá protilátky proti dané infekci. Koloběh původce nákazy se v tomto případě obvykle uskutečňuje v místech

s vyhraněnými přírodními podmínkami, nazýváme je přírodními ohnisky nákazy. Zatímco volně žijící zvířata, jako pravidelní a dlouhodobě přizpůsobení

účastníci koloběhu nákazy, nevykazují klinické příznaky onemocnění, člověk jako nový prvek je při vstupu do ohniska ohrožen infekcí.

Lymeská borelióza

V Evropě jde o nejčastěji se vyskytující onemocnění přenášené klíšťaty a krev sajícím hmyzem. V České republice je téměř výlučným přenašečem klíště *Ixodes ricinus*. Typickým příznakem je šířící se červená skvrna zvaná erythema migrans v místě přisátí klíštěte. Po několika týdnech až měsících může dojít k poškození centrální nervové soustavy, k zánětům kloubů, poškození srdce a k očním komplikacím. Nákaza může probíhat i lehce nebo bezpříznakově.

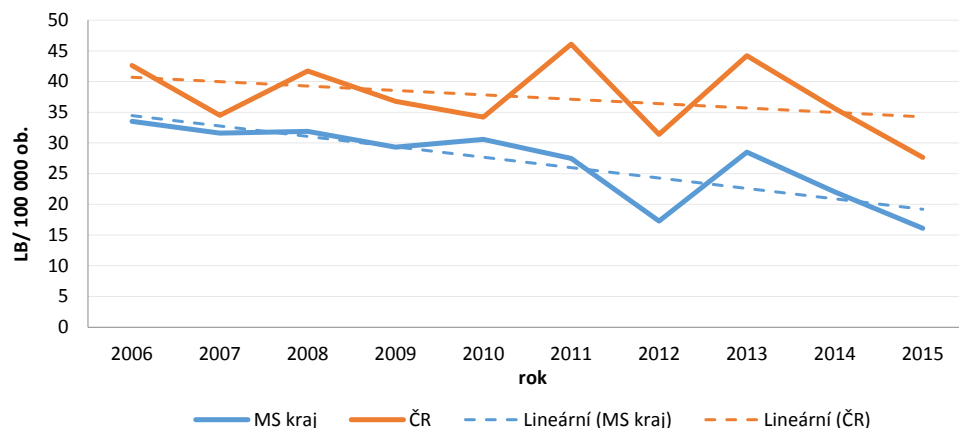
případů na 100 tisíc obyvatel. V roce 2011 byl zaznamenán nejvyšší počet tohoto onemocnění. Naopak roku 2015 je zaznamenána nejnižší nemocnost jak v MS kraji, tak i v celé ČR za poslední desetileté období.

Nejvyšší nemocnost v roce 2015 byla v okresech Bruntál (41,2) a Nový Jičín (35,6) případů na 100 tisíc obyvatel, naopak nejnižší v okrese Karviná (5,5/100 tisíc obyvatel).

Výskyt onemocnění v průběhu období let 2006 až 2015 v České republice kolísá přibližně mezi počty 31 až 46 hlášených

Rok	Bruntál	Karviná	Opava	Nový Jičín	Frýdek-Místek	Ostrava	MSK	ČR
2006	82	55	50	50	44	129	410	4 370
2007	90	50	62	51	33	101	387	3 558
2008	112	63	65	46	25	80	391	4 350
2009	136	31	54	44	16	77	358	3 863
2010	166	41	35	43	19	71	375	3 597
2011	71	28	50	52	25	110	336	4 834
2012	40	34	40	20	18	60	212	3 304
2013	62	34	57	54	40	102	349	4 646
2014	67	29	36	35	38	64	269	3 743
2015	39	14	17	54	22	50	196	2 913

Tabulka 10 Hlášené případy Lymeské boreliózy v letech 2006 – 2015 v MS kraji dle okresů, srovnání s ČR



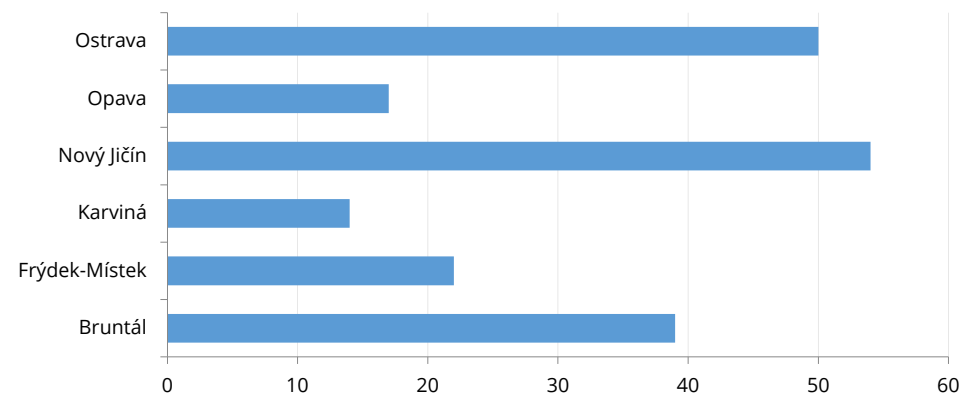
Graf 49 Nemocnost Lymeskou boreliózou v MS kraji ve srovnání s ČR v letech 2006 – 2015 (relativní počet onemocnění na 100 tisíc obyvatel)

Klíšťová encefalitida

Klíšťový zánět mozku je způsobován virem klíšťové encefalitidy. Člověk se infikuje nejen přisátím klíštěte, ale i pitím tepelně nezpracovaného mléka nebo konzumací mléčných produktů od ovcí a koz, které byly poštipány infikovanými klíšťaty. Nákaza často probíhá jako chřipkové onemocnění s horečkou a únavou nebo je infekce v mnoha případech inaparentní (bezpříznaková). Onemocnění může mít dvoufázový průběh, kdy po první „chřipkové“ fázi asi za týden dochází k silným bolestem hlavy, zvracení a dalším známkám meningeálního dráždění. Jako prevence je důležitá zdravotní výchova obyvatelstva ve smyslu poučení o ochraně proti napadením klíšťaty, včasné a odborné odstranění

klíštěte a především očkování, zejména před sezónou (aktivitou klíšťat). Nemělo by se zapomínat na očkování starších osob, neboť s narůstajícím věkem se zvyšuje procento závažných průběhů a komplikací.

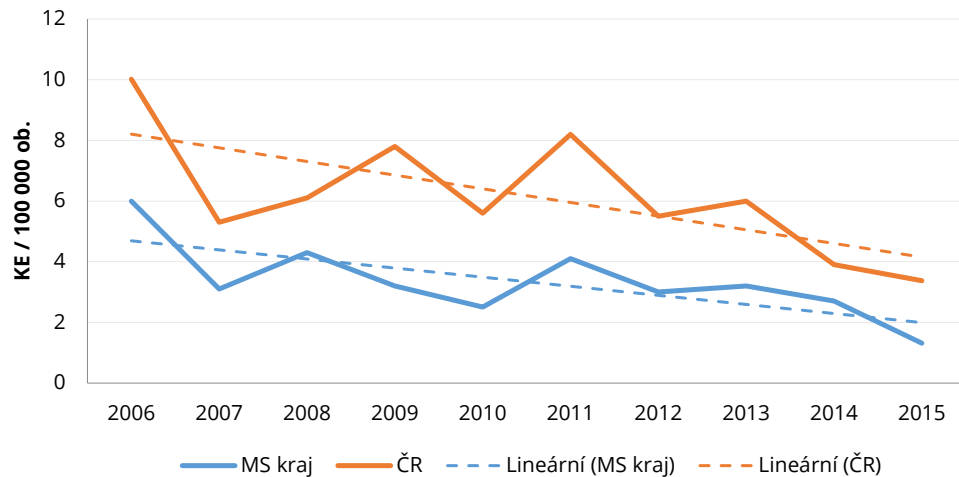
V České republice byla ve sledovaném období 10 let zaznamenána nejvyšší nemocnost na klíšťovou encefalitidu v roce 2006 (10 onemocnění/100 tisíc obyvatel), nejnižší v roce 2015, kdy bylo hlášeno 355 onemocnění a 2 úmrtí, což představuje 3,37 onemocnění na 100 tisíc obyvatel. V MS kraji byla taktéž nejvyšší nemocnost v roce 2006 (5,9/100 tisíc obyvatel), na Bruntálsku přesáhla nemocnost 18/100 tisíc obyvatel. Nej-



Graf 50 Hlášené případy Lymeské boreliózy v roce 2015, MS kraj dle okresů (absolutní čísla)

Rok	Bruntál	Karviná	Opava	Nový Jičín	Frydek-Místek	Ostrava	MSK	ČR
2006	18	4	19	6	2	25	74	1 029
2007	8	3	13	5	1	9	39	546
2008	10	4	19	4	3	13	53	631
2009	8	1	17	5	0	8	39	816
2010	10	2	7	1	0	10	30	589
2011	14	6	13	3	1	13	50	861
2012	13	2	6	7	2	7	37	573
2013	8	2	14	3	5	7	39	625
2014	11	2	7	3	3	7	33	410
2015	5	0	3	1	3	4	16	355

Tabulka 11 Klíšťová encefalitida – hlášené případy v letech 2006 – 2015 dle okresů MS kraje, srovnání MS kraje a ČR



Graf 51 Nemocnost na klíšťovou encefalitidu v MS kraji ve srovnání s ČR v letech 2006 – 2015 (relativní počet onemocnění na 100 tisíc obyvatel)

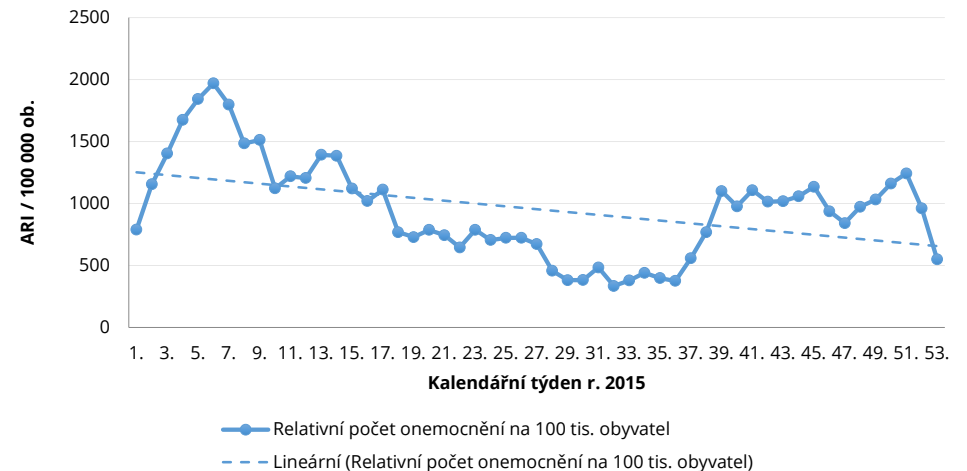
nižší nemocnost za sledované období byla v roce 2015, kdy nejvyšší počty hlásil okres Bruntál (5,3/100 tisíc obyvatel). Okolím města Bruntálu je uváděno jako

významné přírodní ohnisko, kde jsou dobré ekologické podmínky pro život klíštěte *Ixodes ricinus* a rezervoárových zvířat.

Záněty dýchacích cest (ARI)

Koncem ledna 2015 probíhala v celé západní části Evropy i ČR plošná epidemie ARI. V MS kraji začaly počty onemocnění nabírat epidemických hodnot ve 4. kalendářním týdnu, kdy celková nemocnost dosáhla 1 674 případů na 100 tisíc obyvatel, maxima hodnot bylo dosaženo o 2 týdny později, kdy bylo nahlášeno 1 969 onemocnění na 100 tisíc obyvatel. K vyhasnutí epidemie došlo v 10. kalendářním týdnu. Ve věkové skupině

0 až 5 let byly nejvyšší počty ARI na začátku epidemického výskytu ve 4. kalendářním týdnu, ve věkových skupinách 6 až 14 a 15 až 24 let dosáhly hodnoty maxima v 7. kalendářním týdnu, u skupin 25 až 59 let a 60+ byly evidovány nejvyšší počty v 6. kalendářním týdnu. Dominujícím subtypem byl virus chřipky A(H3N2) a subtyp A(H1N1). Typ B cirkuloval ojediněle. Mimo epidemické období byla epidemiologická situace



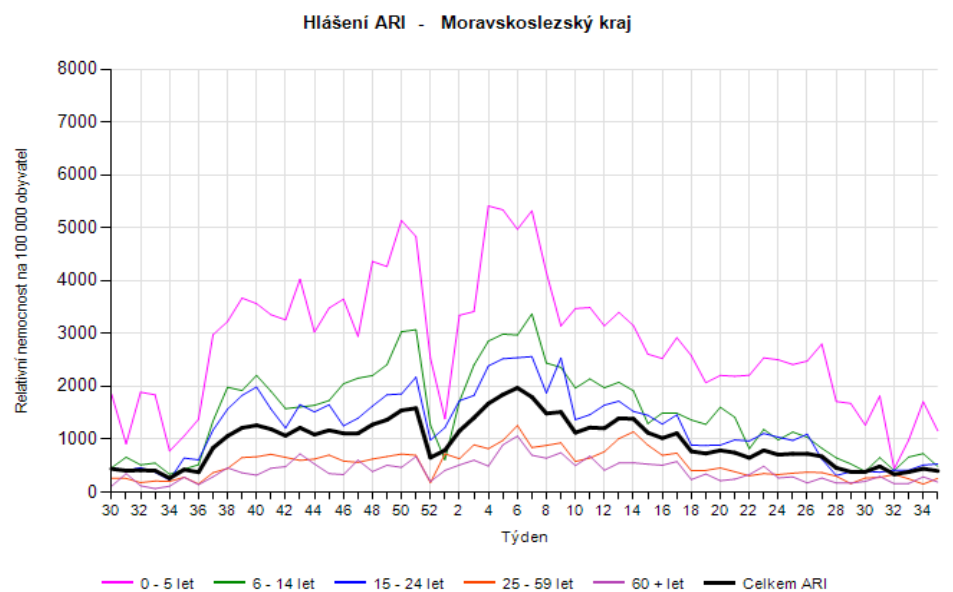
Graf 52 Akutní respirační infekce v MS kraji v roce 2015 dle kalendářních týdnů (relativní nemocnost na 100 tisíc obyvatel)

Při srovnání výskytu onemocnění je třeba mít na paměti, že hlášení se podává podle trvalého bydliště nemocného, ne podle místa nákazy.

v průběhu roku 2015 příznivá a odpovídala běžnému sezónnímu výskytu.

Záněty dýchacích cest způsobuje celá škála jak virových, tak bakteriálních původců. Viry chřipky a někteří další viroví i bakteriální původci akutních respiračních onemocnění (např. *Mycoplasma pneumoniae*) způsobují epidemie, které jsou obvykle explozivní a postihují celé území České republiky. ARI, včetně

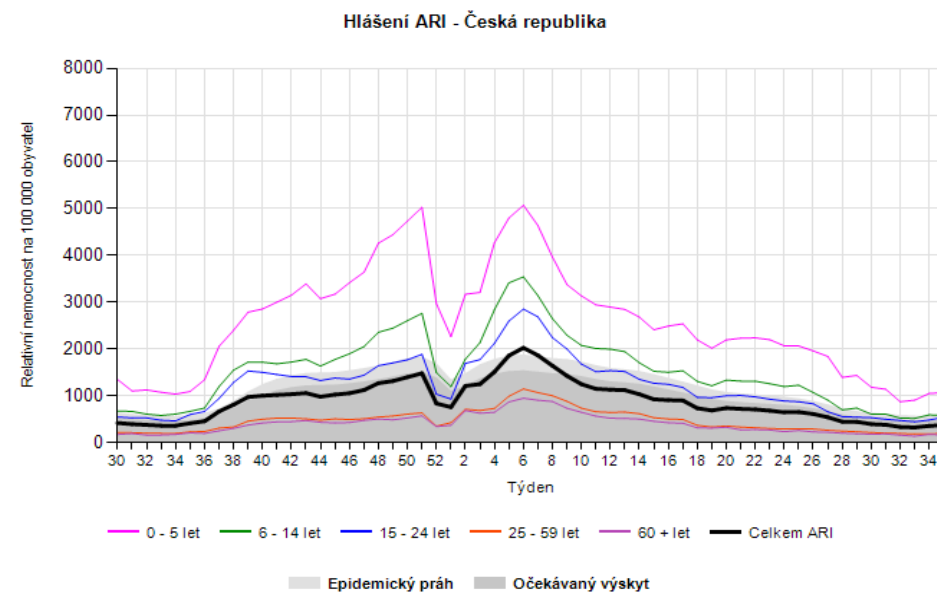
chřipky, a těžká akutní respirační onemocnění (SARI – Severe Acute Respiratory Infection) vyžadující hospitalizaci na odděleních JIP nebo ARO, patří mezi onemocnění se závažnými zdravotními a ekonomickými následky. Z tohoto důvodu se v rámci surveillance ARI (epidemiologické bdělosti ARI) provádí ve spolupráci s praktickými lékaři a lékaři pro děti a dorost sentinelový sběr dat o epidemiologické situaci v terénu, což



Graf 53 Relativní nemocnost ARI podle věku – MS kraj (sezóna 2014/2015)

umožňuje včasné zachycení a identifikaci aktuálně cirkulujících variant nebo subtypů virů chřipky a včasné rozpoznání vzniku epidemie. Komplex těchto

opatření následně umožňuje přijímat příslušná protiepidemická opatření na snížení případných následků.



Graf 54 Relativní nemocnost ARI podle věku – ČR (sezóna 2014/2015)

Tuberkulóza

Tuberkulóza (TBC) patří mezi infekční onemocnění projevující se specifickými zánětlivými procesy. Byla popsána již v antických dobách – v Řecku i v Římě. Jejím původcem je *Mycobacterium tuberculosis*. Nejčastěji (v 85 %) postihuje dýchací ústrojí a v ostatních případech napadá jiné orgány, např. mízní uzliny, klouby a kosti, urogenitální trakt, kůži, pleny mozkové, osrdečník a další orgány. Hlavním zdrojem nákazy je dýchací ústrojí infikovaných osob. Onemocnění se šíří vzdušnou cestou, kapénkovou infekcí a riziko onemocnění závisí na délce trvání kontaktu s nemocným v uzavřeném prostoru. Přes veškeré snahy zdravotníků o její vymýcení zůstává stále hrozbou.

V České republice má onemocnění tuberkulózou klesající trend, ČR patří mezi země s nejnižším výskytem tuberkulózy v Evropě. V MS kraji počty hlášených onemocnění tento trend potvrzují. Počet nově registrovaných onemocnění od roku 2009 nezaznamenal větších výkyvů, maximální počty byly evidovány v roce 2014, kdy bylo hlášeno 97 onemocnění (7,9 případů na 100 tisíc obyvatel). V roce 2015 došlo k poklesu hlášených onemocnění na 78 případů (6,4/100 tisíc obyvatel), což odpovídá dlouhodobému klesajícímu trendu. Nejnižší počty výskytu onemocnění jsou

v okresech Nový Jičín a Opava, nejvyšší počet nově registrovaných onemocnění je u osob nad 65 let věku. U dětí do 14 let byly v roce 2015 hlášeny 2 případy tříletých dětí.

V roce 2015 je v MS kraji evidováno celkem 24 mykobakterií jiných než je TBC, což činí 27 % z celorepublikového počtu nahlášených případů. Mykobak-

terií jiné než TBC jsou vyvolávány mnoha druhy atypických mykobakterií, z nichž nejznámější je *Mycobacterium kansasii*. Jejich rezervoárem jsou především vodní zdroje (vodovodní rozvody), půda, prach, ptáci, drůbež. *Mycobacterium* bývá často nalézáno ve sprchových růžicích a potrubích na důlních závodech. Známou endemickou oblastí výskytu *Mycobacterium kansasii*

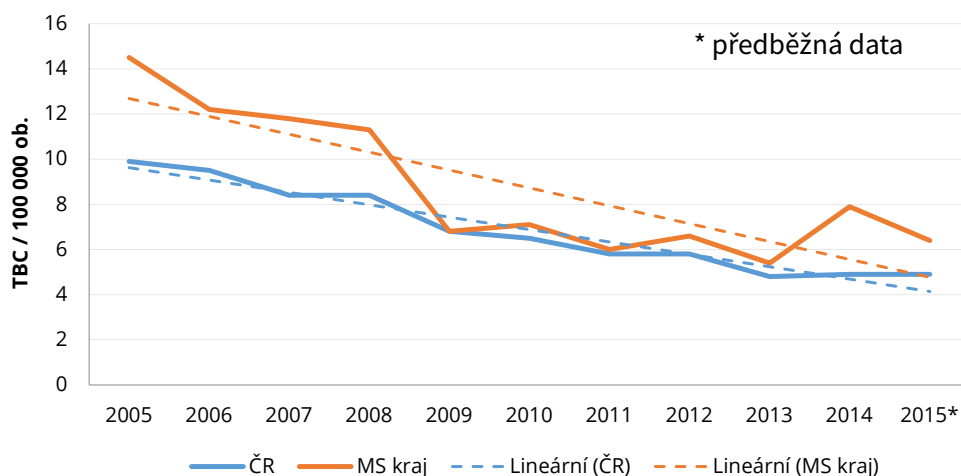
je Karvinsko. Klinické příznaky onemocnění jsou podobné jako u tuberkulózy.

Okresy	Absolutní počet							Relativní výskyt/100 000 obyvatel						
	2015*	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2015*	2014	2013	2012	2011	2010	2009
BR	8	7	2	8	4	13	5	8,5	7,4	2,1	8,3	4,1	13,3	5,1
FM	10	15	10	17	13	20	21	4,7	7,1	4,7	8,0	6,1	9,5	9,9
KA	23	27	19	27	20	23	33	9,0	10,5	7,3	10,3	7,4	8,4	12,0
NJ	2	7	5	7	10	5	5	1,3	4,6	3,3	4,6	6,6	3,3	3,3
OP	4	9	7	7	5	6	4	2,3	5,1	4,0	4,0	2,8	3,4	2,3
OV	31	29	23	19	22	22	17	9,5	8,9	7,0	5,8	6,6	6,6	5,0
MSK	78	97	66	85	74	89	85	6,4	7,9	5,4	6,9	6,0	7,1	6,8
ČR	514	514	502	611	609	680	710	4,9	4,9	4,8	5,8	5,8	6,5	6,8

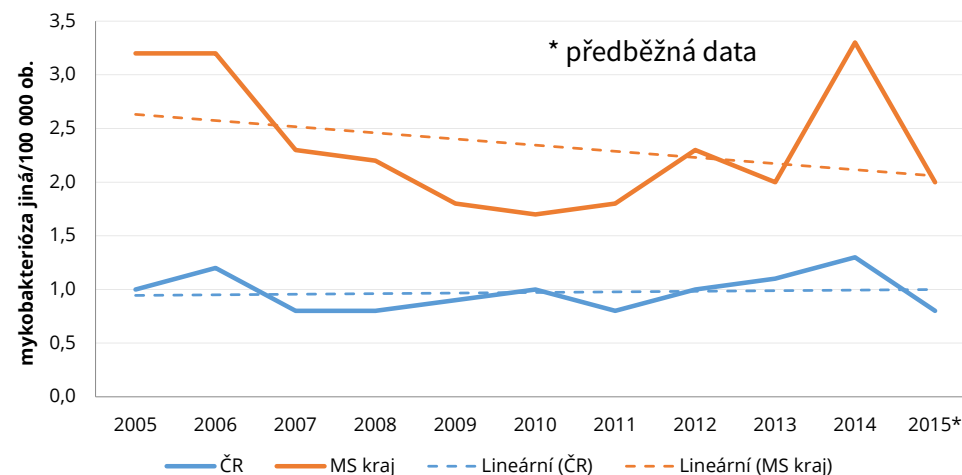
Tabulka 12 Počet nově registrovaných onemocnění TBC včetně jiných mykobakterií v MS kraji, srovnání let 2009 - 2015 (absolutní a relativní výskyt/100 tisíc obyvatel) * předběžná data

	Absolutní počet							Relativní výskyt/100 000 obyvatel						
	2015*	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2015*	2014	2013	2012	2011	2010	2009
ČR	88	133	113	108	82	100	92	0,8	1,3	1,1	1,0	0,8	1,0	0,9
MSK	24	40	23	28	22	21	23	2,0	3,3	2,0	2,3	1,8	1,7	1,8

Tabulka 13 Onemocnění mykobakterií jinou než TBC, porovnání ČR a MS kraj, období 2009 - 2015 (absolutní a relativní výskyt/100 tisíc obyvatel) * předběžná data



Graf 55 Porovnání počtu nově hlášených onemocnění tuberkulózou v letech 2005 – 2015, ČR a MS kraj (relativní počet onemocnění/100 tisíc obyvatel), (zdroj Registr TBC)



Graf 56 Onemocnění mykobakterií jinou než TBC, porovnání ČR a MS kraj, 2005 – 2015 (relativní počet onemocnění/100 tisíc obyvatel)

MERS-CoV

V roce 2015 byla prioritní pozornost zaměřena na protiepidemická opatření u osob s cestovní anamnézou z oblastí zasažených novým koronavirem. MERS-CoV (Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus) – koronavirus blízkovýchodního respiračního syndromu vyvo-

lává těžké záněty plic spojené s akutní poruchou dýchání.

Virus MERS-CoV byl poprvé zjištěn v červnu 2012 u občana Saúdské Arábie, od té doby se nákaza na Arabském poloostrově významně rozšířila. V květnu 2015 se nákaza ze zemí Blízkého vý-

chodu objevila v Jižní Koreji, kde došlo k epidemickému výskytu infekce, která měla převážně nozokomiální charakter (přenos od hospitalizovaných pacientů s prokázanou infekcí MERS-CoV na pacienty a personál). Na základě vývoje epidemiologické situace vydal Výbor pro zdravotní bezpečnost Evropské

unie na podkladě vědeckých informací Evropského střediska pro prevenci a kontrolu nemocí prohlášení týkající se jednotlivých postupů při pečování zdravotnických pracovníků o pacienty s infekcí MERS-CoV, včetně postupu u osob, které se vrací z rizikových oblastí.

Problematika HIV

V Moravskoslezském kraji je evidováno od roku 1988 do konce roku 2015 celkem 184 HIV pozitivních osob. Z tohoto počtu je 159 infikovaných mužů a 25 žen. V roce

2015 bylo zaznamenáno 15 nových diagnostikovaných HIV pozitivních osob. Nejvíce nových případů je evidováno v okrese Ostrava (7), dále na Frý-

decko-Místecku (3), na Opavsku a Novojičínsku (2) a na Karvinsku 1 případ. Stejně tak jako v celé ČR dochází k nárůstu nových případů, ze-

jména ve skupině mužů majících sex s muži. Nejvíce postiženou věkovou skupinou jsou osoby ve věku 20 až 34 let.

Počty hlášených případů jsou „špičkou ledovce“. Reálný počet případů infiko-

vaných osob se odhaduje 8 až 10 krát vyšší.

Prevence HIV/AIDS

V naší republice se prevencí zabývá Národní program řešení problematiky HIV/AIDS na období let 2013 – 2017.

Prioritou celého programu zůstávají preventivní programy zaměřené na cílové skupiny (gravidní ženy, homosexuální muži, osoby poskytující sexuální služby za úplatu, injekční uživatelé drog, osoby ve výkonu vazby, partneři HIV pozitivních, migranti, osoby bez příštěší). Hlavním úkolem tohoto programu je cílená propagace a podpora účelného HIV testování a zkvalitnění poradenství prováděného v rámci testování.

V roce 2015 byla nově otevřena poradna AIDS/HIV v budově Zdravotního ústavu v Ostravě. Poradna poskytuje klientům bezplatné a anonymní testování na HIV protilátky a poradenství zaměřené na prevenci HIV/AIDS. Provoz je realizován ve spolupráci s Českou společností AIDS pomoc. Součástí prevence je vzájemná spolupráce se zdravotnickými zařízeními a neziskovými organizacemi. Každoročně v rámci světového dne boje proti AIDS, který připadá na 1. prosince, vjíždí do ulic Ostravy „Tramvaj proti AIDS“, ve které pracovník KHS MSK poskytuje zájemcům informace k problematice HIV/AIDS.

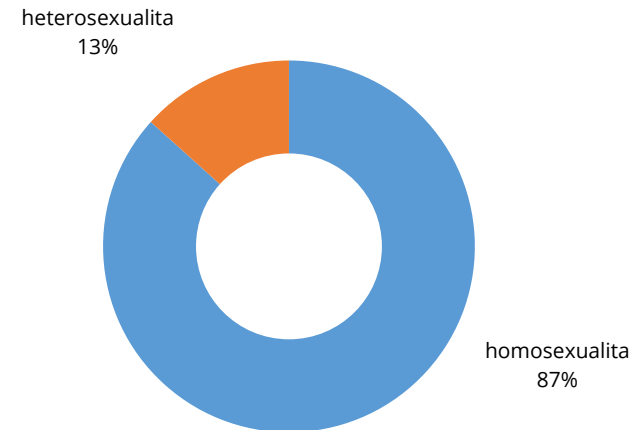
Pohlavní nákazy

Kapavka (gonorrhoeae)

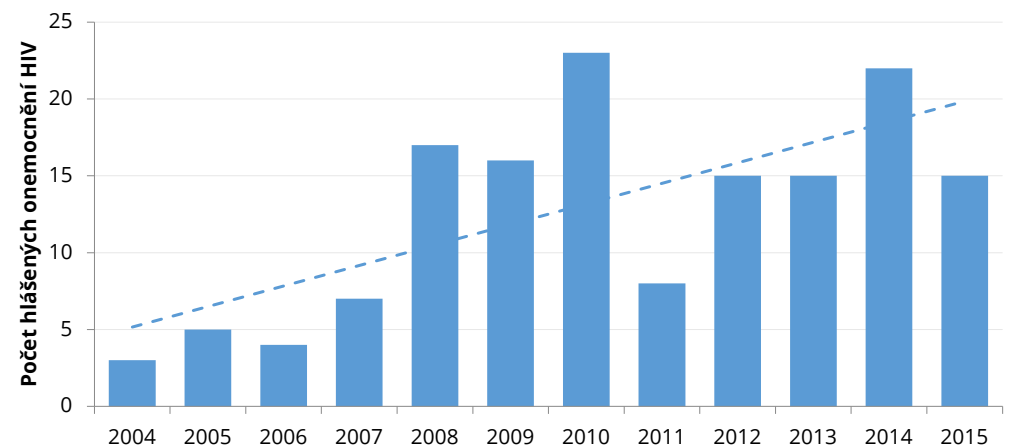
Patří mezi nejrozšířenější sexuální přenosné nemoci na světě. Způsobuje ji bakterie *Neisseria gonorrhoeae*. Onemocnění má obvykle charakter hnisavého zánětu sliznic vylučovacích apohlavních orgánů. Umužňuje nejčastějším projevem pálení a řezání při močení s hojným hnisavým výtokem z močové

trubice, u žen dochází také k potížím při močení s vaginálním výtokem, asi 50 % žen je bez potíží.

V MS kraji byly registrovány nejvyšší počty onemocnění za posledních 10 let v roce 2014, kdy bylo nahlášeno 213 případů (17,4/100 tisíc obyva-



Graf 57 Rozdělení HIV pozitivních osob v MS kraji v roce 2015 dle sexuální orientace



Graf 58 Hlášené případy onemocnění HIV v MS kraji v letech 2004 – 2015, trend výskytu

tel), v roce 2015 bylo evidováno 128 onemocnění (10/100 tisíc obyvatel), z toho 74 mužů a 54 žen. Nejvyšší počty onemocnění se vyskytly

Syfilis (příjice, lues)

Je chronické infekční onemocnění způsobené bakterií *Treponema pallidum*, které se přenáší téměř výhradně pohlavním stykem. Neléčená syfilis může být smrtelná nebo způsobit trvalou invaliditu. Onemocnění začíná jedním nebo více nebolestivými vřidky kdekoliv na těle v místě vstupu infekce, současně dojde ke zduření spádových mízních uzlin. Vřed se obvykle během 4 – 6 týdnů spontánně zhojí, infekce však postupuje mízní cestou do celého těla. V sekundárním stádiu se infekce projeví vyrážkou po těle a zduřením hlavních lymfatic-

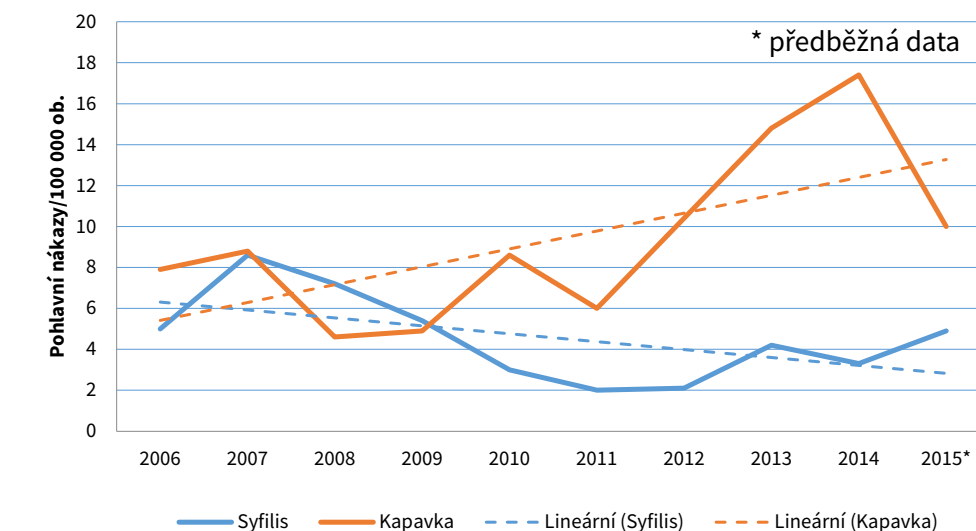
u mužů i žen ve věkové skupině 20 až 29 let (39 mužů, 21 žen) a ve skupině 30 až 39 let (23 mužů a 14 žen).

kých uzlin. Pozdní syfilis se objevuje za 4 a více let po neléčené primární infekci. Komplikace se mohou projevit v podobě postižení kůže, kostí, vnitřních orgánů, dýchacího či centrálního nervového systému. Nejvyšší počty onemocnění za posledních 10 let byly v MS kraji evidovány v roce 2008, kdy onemocnělo 108 osob (7,2/100 tisíc obyvatel), v roce 2015 bylo hlášeno 34 onemocnění (2,8/100 tisíc obyvatel), z toho 22 mužů a 11 žen s nejvyššími počty ve věkové skupině 20 až 29 let (10 mužů a 5 žen).

Kontrola proočkovanosti dětí

Na základě pokynu hlavního hygienika ČR provádí orgán ochrany veřejného zdraví již řadu let kontrolu proočkovanosti dětí v návaznosti na vyhlášku č. 537/2006 Sb., o očkování proti přenosným nemocem. V MS kraji byla v roce 2015 provedena administrativní kontrola proočkovanosti u dětí s příjmením začínajícím písmenem „M“ s velmi dobrými výsledky. Proočkovanost proti záškrtu, tetanu, černému kašli, invaziv-

ním onemocněním způsobenými *Haemophilus influenzae* typu B, přenosné dětské obrně a virové hepatitidě B je u dětí narozených v roce 2012 – 97,8 %, v roce 2013 – 93,2 %. Proočkovanost proti záškrtu, tetanu a černému kašli a přenosné dětské obrně u dětí narozených v roce 2003 byla 98,9 %. Proočkovanost proti spalničkám, zarděnkám a příušnicím je u dětí narozených v roce 2011 – 97,3 %. Proti žloutence



Graf 59 Nemocnost u pohlavních nákaz v roce 2006 – 2015, MS kraj, relativní výskyt/100 tisíc obyvatel

typu B u dětí narozených v roce 2000 dosáhla proočkovanost 99 %. Pro udržení kolektivní imunity je nutné udržování proočkovanosti nejlépe nad 95 %. Z výsledků administrativní kontroly proočkovanosti je zřejmé, že i přes narůstající aktivity některých rodičů, kteří odmítají povinné očkování, jsou podle kontroly v naprosté většině případů splněny podmínky pro zajištění kolektivní imunity.

Vysoká proočkovanost chrání populaci proti šíření infekčních onemocnění. Povinnost dát dítě očkovat je výrazem odpovědnosti v péči o dítě vlastní, ale i projevem kolektivní odpovědnosti za zdraví populace. Vysoká proočkovanost populace totiž poskytuje tzv. nepřímou ochranu jedincům, kteří ze zdravotních důvodů očkování být nemohli.

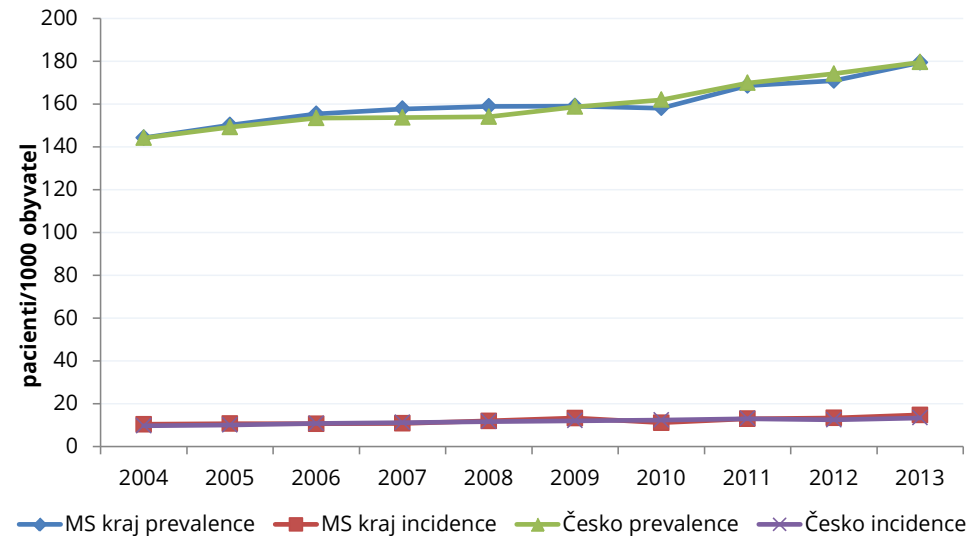
NEMOCI OBĚHOVÉ SOUSTAVY

Nemoci oběhové soustavy představují, s 216 tisíci hospitalizovaných osob v roce 2013, nejčastější příčinu hospitalizace. Téměř čtvrtina z registrovaných pacientů v ordinacích praktických lékařů pro dospělé byla sledována pro hypertenzní nemoci, téměř desetina pro ischemické nemoci srdeční a pro cévní nemoci mozku 3 % pacientů. Pro tato onemocnění bylo zaznamenáno 40,4 tisíce případů pracovní neschopnosti a invalidní důchod pobíralo ke konci roku 43,7 tisíce obyvatel ČR.

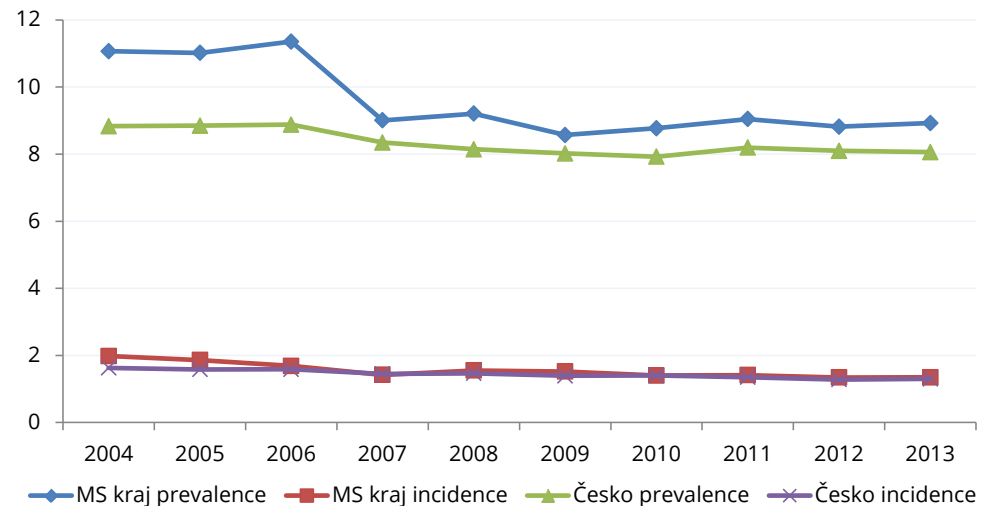
Ischemická choroba srdeční je akutní nebo chronické onemocnění srdečního svalu vzniklé na podkladě nedostatečného krevního zásobení srdeční svaloviny při postižení věnčitých tepen. Ischemické nemoci srdce jsou nejčastější příčinou hospitalizace v ČR a zároveň nejčastější příčinou úmrtí. Mortalita na ICHS dosáhla v ČR vrcholu v polovině osmdesátých let 20. století a od té doby setrvale klesá. Tento pokles je výrazný především u akutních forem onemocnění a přispívá k růstu střední délky života, zejména u mužů. Pacienti, kteří přežijí akutní fázi onemocnění, nebo u kterých se pozvolna vyvine jeho chronická fáze, jsou onemocněním často invalidizováni, omezení v běžném životě

a především ohroženi zvýšeným rizikem akutní ataky.

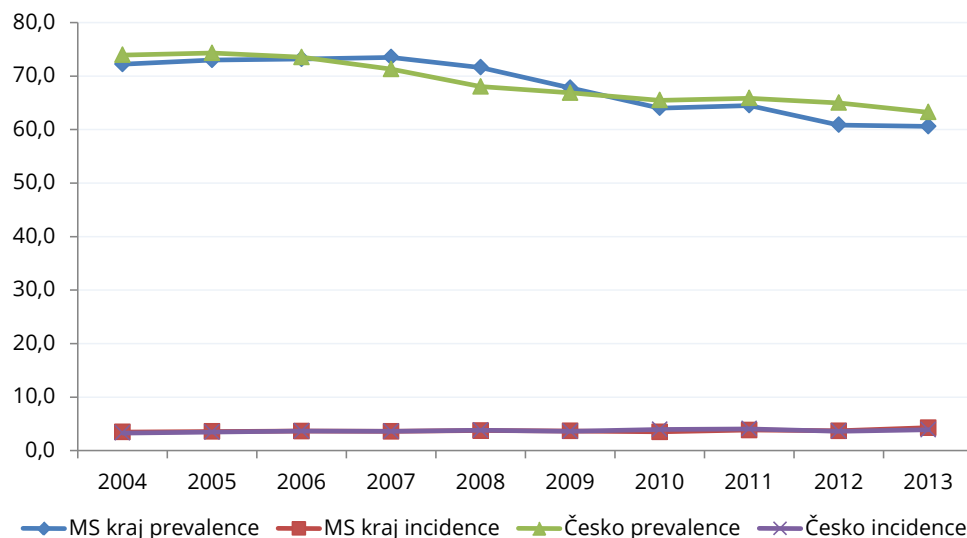
Dispenzarizovaní pacienti pro vybrané nemoci oběhové soustavy – celkem: Celkový počet onemocnění na vybrané nemoci oběhové soustavy (Hypertenzní nemoci (I10-I15), Ischemické nemoci srdeční (I20-I25), Cévní nemoci mozku (I60-I69) u pacientů pod stálým lékařským dohledem (z registrovaných pacientů u praktických lékařů pro dospělé); podle kraje zařízení. Jeden pacient může být uveden i vícekrát, pokud je sledován pro více diagnóz. Jednotkou zjišťování je vybraná diagnóza. Jsou zde uvedeni všichni pacienti, o nichž praktický lékař pro dospělé, u něhož jsou zaregistrováni, ví (z vlastní praxe nebo ze zpráv lékařů – specialistů, kteří mají povinnost zpětně informovat registrujícího lékaře o zjištěných skutečnostech), že jsou k 31.12. daného roku pod stálým lékařským dohledem pro nemoci oběhové soustavy.



Graf 60 Dispenzarizovaní pacienti pro Hypertenzní nemoci (I10-I15), přepočten na 1 000 obyvatel, MS kraj a ČR, 2004 – 2013 (zdroj ÚZIS)



Graf 61 Dispenzarizovaní pacienti pro Akutní infarkt myokardu (AIM, I21-I22), přepočten na 1 000 obyvatel, MS kraj a ČR, 2004 – 2013 (zdroj ÚZIS)



Graf 62 Dispenzarizovaní pacienti pro Ostatní ischemické nemoci srdeční, přepočtena na 1 000 obyvatel, MS kraj a ČR, 2004 – 2013 (zdroj ÚZIS)

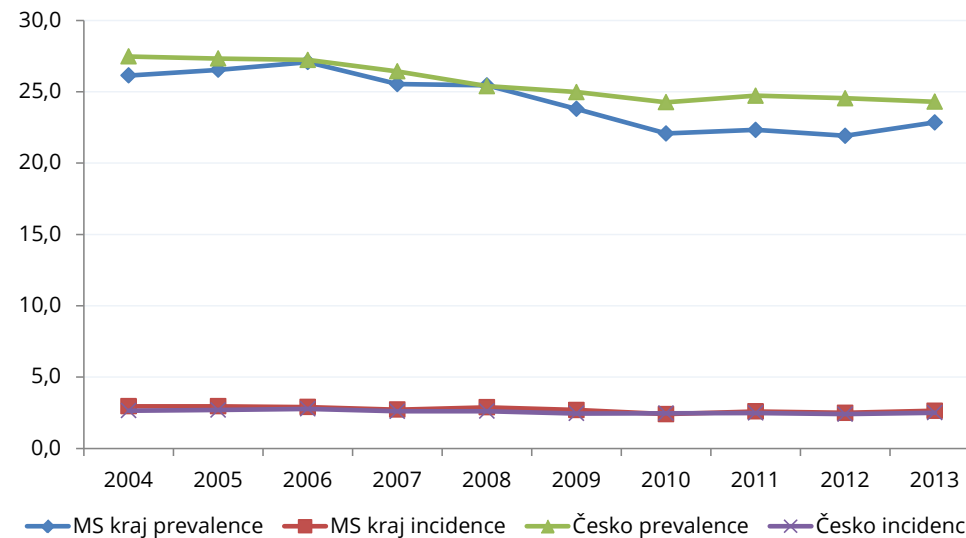
Diabetes

Diabetes mellitus (DM) – cukrovka – je skupinou chronických onemocnění, jejichž základním rysem je hyperglykémie. Vzniká v důsledku nedostatečného účinku inzulínu při jeho absolutním nebo relativním nedostatku a je provázen komplexní poruchou metabolismu cukrů, tuků a bílkovin.

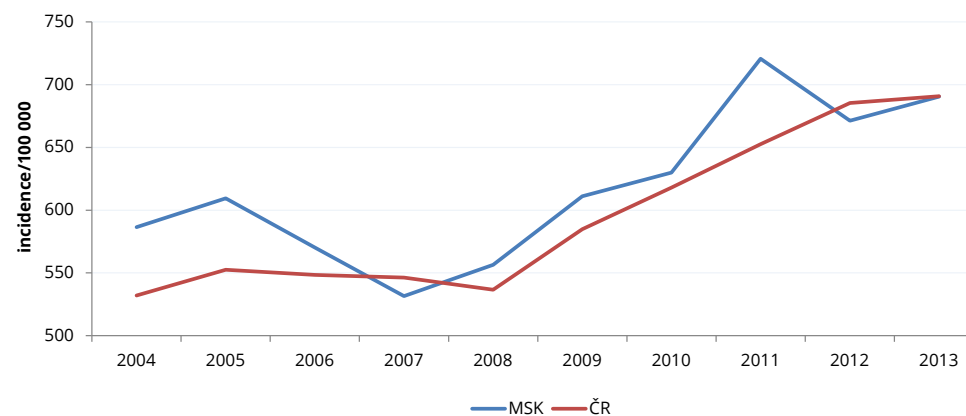
S postupně se rozšiřujícími vědeckými poznatky o patofyzických mechanismech lze rozlišit stále více podskupin tohoto onemocnění, nejčastějším ovšem zůstává II. typ (dříve označovaný jako insulin

rezistentní forma, který zahrnuje až 95 % všech případů. Přes širokou škálu faktorů, které se na vzniku DM podílejí, lze především u typu II na prvních místech jmenovat nedostatek pohybu, obezitu, dietní návyky a genetické predispozice. Nárůst prevalence DM má charakter celosvětové epidemie a je dáván do souvislosti s přejímáním „západního“ životního stylu.

Z následující tabulky je zřejmé, že s tímto onemocněním se v roce 2013 v ČR léčilo 861,6 tisíce osob (z toho 47,8 % mužů a 52,2 % žen), v MS kraji se léčilo celkem



Graf 63 Dispenzarizovaní pacienti pro Cévní nemoci mozku (I60-I69), přepočtena na 1 000 obyvatel, MS kraj a ČR, 2004 – 2013 (zdroj ÚZIS)



Graf 64 Počet nově zjištěných diabetiků (mužů a žen) na 100 000 obyvatel (incidence), MS kraj a ČR, vývoj 2004 – 2013 (zdroj ÚZIS)

108,8 tisíc osob, rozložení dle pohlaví je obdobné jako v ČR. Převahu výskytu dia-

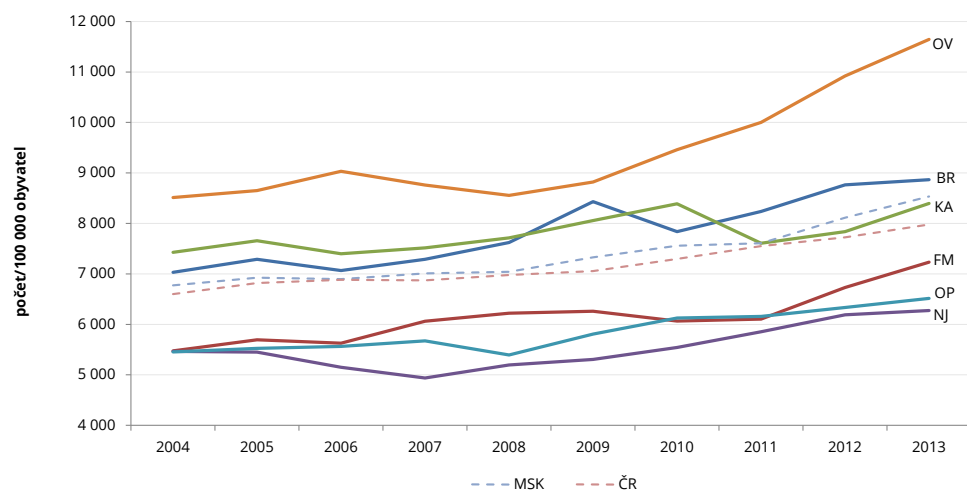
betu u žen lze vysvětlit průměrně vyšším věkem dožití žen a nástupem diabetu II.

typu převážně ve vyšším věku. Od roku 2007 došlo v ČR i v MS kraji ke výraznému

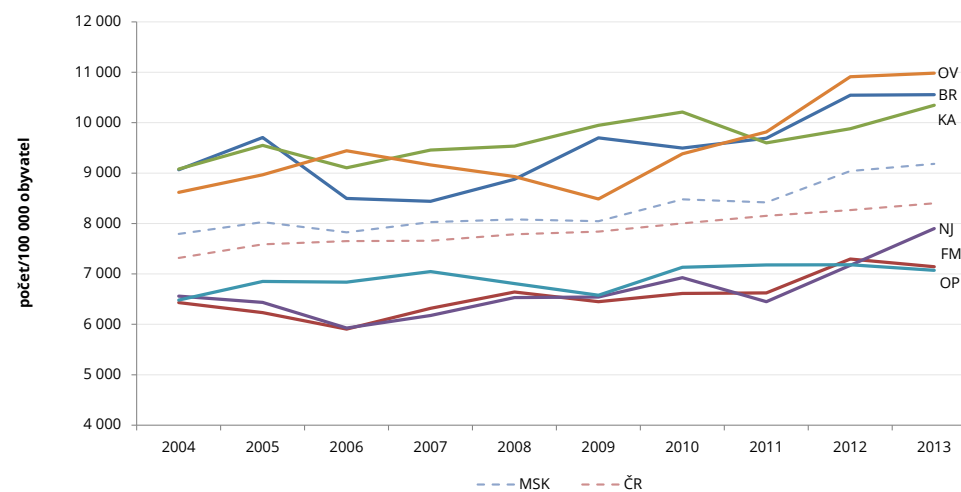
nárůstu nově zjištěných případů diabetu (viz graf 64).

území, okres	počet léčených pacientů			u PL pro dospělé v %	počet nově zjištěných onemocnění		
	celkem	z toho v %			celkem	z toho v %	
		muži	ženy			muži	ženy
Bruntál	9 289	45,00	55,00	12,07	626	46,65	53,35
Frýdek-Místek	15 270	49,54	50,46	24,62	1 341	50,56	49,44
Karviná	24 381	43,83	56,17	14,16	1 866	43,78	56,22
Nový Jičín	10 784	43,51	56,49	19,53	1 196	46,99	53,01
Opava	12 031	46,99	53,01	17,10	877	53,48	46,52
Ostrava	36 999	49,94	50,06	15,00	2 544	47,84	52,16
MS kraj	108 754	47,13	52,87	16,59	8 450	47,75	52,25
ČR	861 647	47,81	52,19	21,20	72 600	47,85	52,15

Tabulka 14 Počet léčených diabetiků k 31.12.2013 (zdroj ÚZIS)



Graf 65 Prevalence diabetiků – mužů, 2004 – 2013, okresy MSK, ČR (zdroj ÚZIS)



Graf 66 Prevalence diabetiků – žen, 2004 – 2013, okresy MSK, ČR (zdroj ÚZIS)

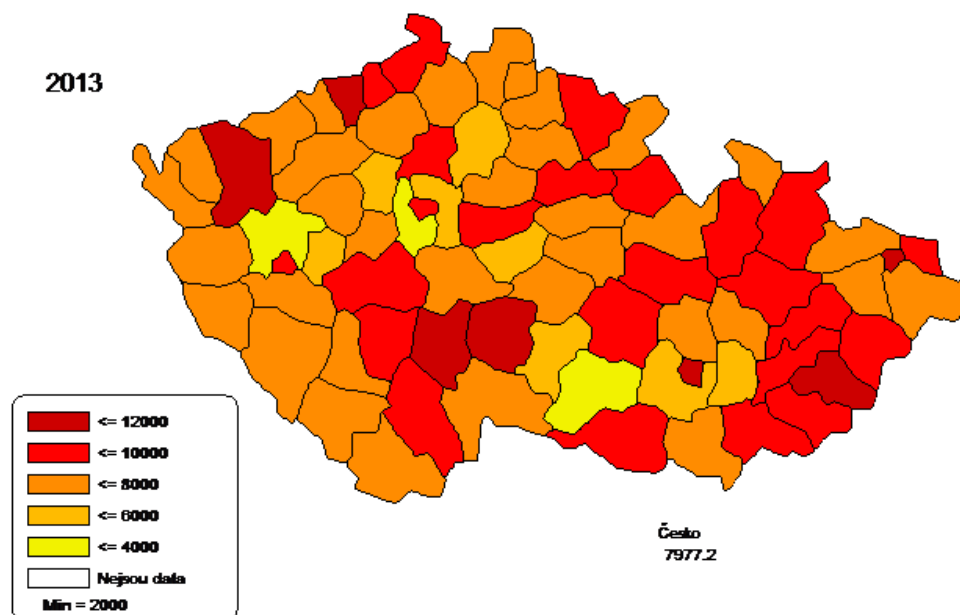
Od roku 2004 do roku 2013 došlo v ČR k nárůstu prevalence diabetu u mužů z 6 600,5 na 7 977,2 na 100 000 mužů, u žen z 7 315,6 na 8 402,4 na 100 000

žen. V MS kraji došlo k nárůstu u mužů z 6 774,5 na 8 535,3 na 100 000 mužů, u žen z 7 794,2 na 9 183,7 na 100 000 žen.

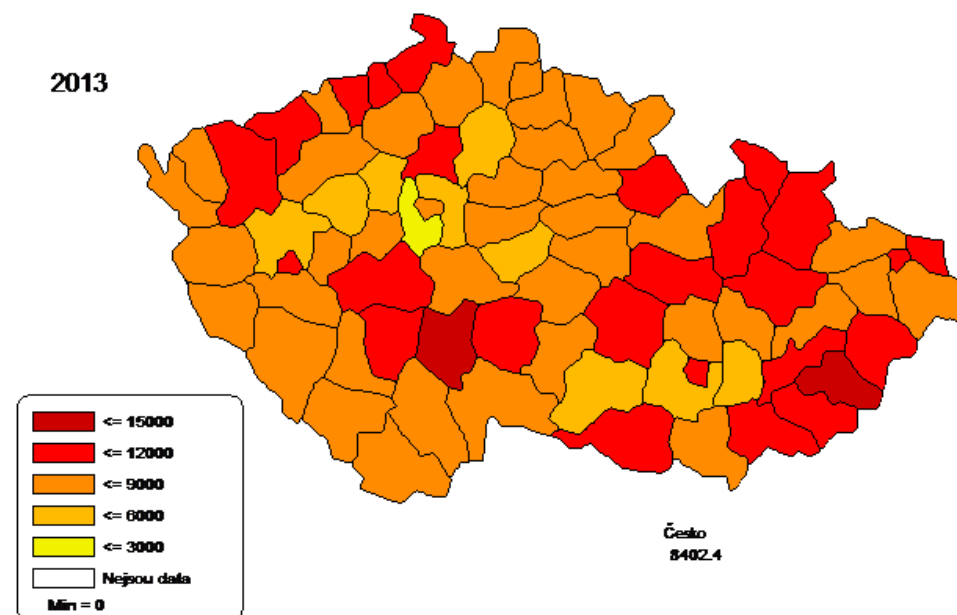
Léčba DM se odvíjí od typu onemocnění. U diabetiků II. typu je nedílnou součástí léčby dieta a pohybová aktivita, navíc se podle aktuálního doporučeného

postupu ihned v okamžiku diagnózy onemocnění nasazuje také farmakologická léčba.

Prevalence diabetiků - muži



Prevalence diabetiků - ženy



Kartogram 17 Počet evidovaných diabetiků na 100 000 obyvatel (prevalence), muži, okresy ČR, rok 2013 (zdroj DPS ÚZIS)

Kartogram 18 Počet evidovaných diabetiků na 100 000 obyvatel (prevalence), ženy, okresy ČR, rok 2013 (zdroj DPS ÚZIS)

ALERGIE

Zdravotní stav dlouhodobě významně ovlivňuje výskyt alergií. V ordinacích klinické imunologie a alergologie bylo v roce 2013 v ČR léčeno 891 tisíc pacientů. Nejvíce léčených pacientů na průměrný roční úvazek lékaře vykazovaly kraje Moravskoslezský (2 857) a Zlínský (2 689). Naopak v Praze dosahuje tento

poměr dlouhodobě nejnižší hodnoty. V MS kraji bylo léčeno 133 090 pacientů.

Nejvíce dispenzarizací v kraji bylo evidováno, v přepočtu na 10 000 obyvatel, pro onemocnění pollinosou (385 osob), pro astma (360) a pro stálou alergickou rýmu (177). Atopická dermatitis se

vyskytovala ve 24 % u dětí 6 až 14 let a v 21 % u dětí 0 až 5 let, relace 94 případů na 10 tis. obyvatel kraje byla vyšší než průměr za ČR 81 případů. Nejvíce dispenzarizovaných pro astma bylo v okrese Nový Jičín (v roce 2012 v okrese Ostrava).

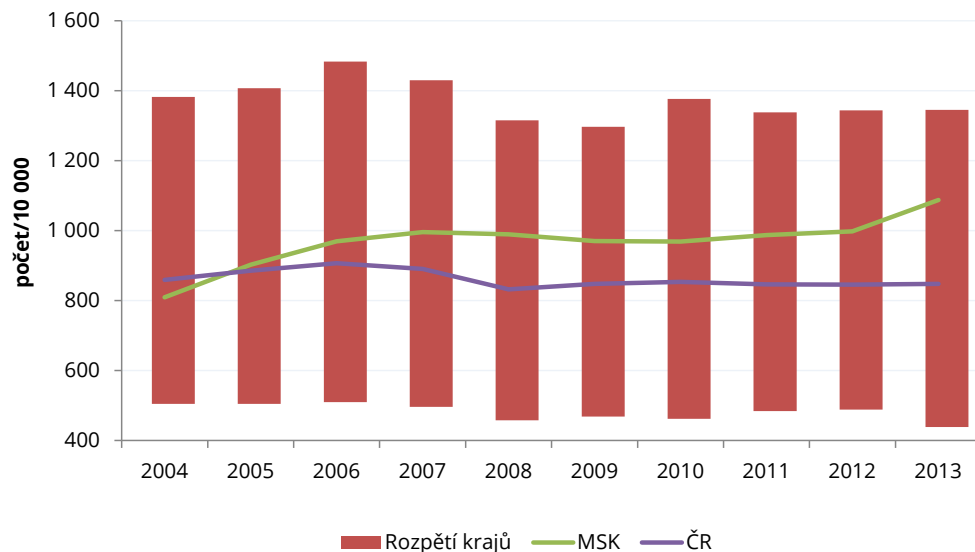
Od roku 2004 počet léčených pacientů alergologie na 10 tisíc obyvatel vzrostl v kraji z 809,5 na 1 087,4, v ČR klesl z 859,3 na 847,6.

Vybraná onemocnění (diagnóza MKN-10)	celkem	Počet dispenzarizovaných osob					„kraj na 10 tis. obyvatel“	„ČR na 10 tis. obyvatel“
		z toho ve věku (v %)						
		0-5 let	6-14 let	15-19 let	20 a více			
Atopická dermatitis (L20.-)	11 511	21,0	24,0	18,0	37,0	94,21	81,17	
Pollinosa (J30.1)	47 093	4,5	21,6	22,4	51,5	385,43	312,46	
Stálá alergická rýma (J30.3)	21 565	7,0	17,3	21,2	54,5	176,50	165,31	
Astma (J45.-)	44 034	7,2	20,2	20,7	51,9	360,39	285,15	

Tabulka 15 Dispenzarizovaní pacienti pro vybranou diagnózu, MS kraj, 2013 (zdroj ÚZIS)

	Atopická dermatitida (L20.-)	Pollinosis (J30.1)	Stálá alergická rýma (J30.3)	Astma (J45,-)
Bruntál	22,38		252,91	127,35
Frýdek-Místek	202,84		659,89	197,14
Karviná	68,05		408,18	224,08
Nový Jičín	88,94		319,88	218,63
Opava	55,36		200,61	91,12
Ostrava	88,66		358,12	166,42
MS kraj	94,21		385,43	176,50
ČR	81,17		312,46	165,31

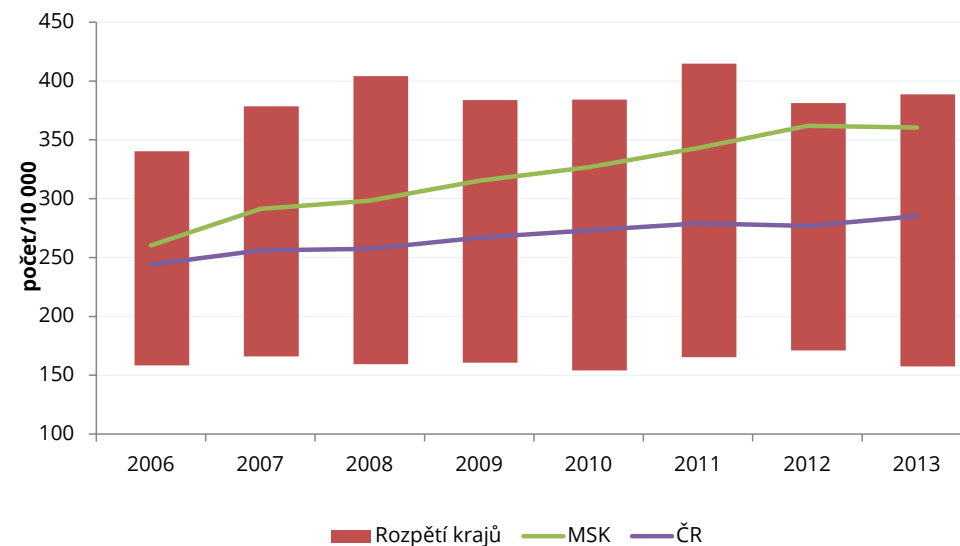
Tabulka 16 Dispenzarizovaní pacienti pro vybranou diagnózu v okresech v roce 2013, počet na 10 tisíc obyvatel (zdroj ÚZIS)



Graf 67 Počet léčených pacientů – odd. alergologie na 10 tisíc obyvatel, vývoj v letech 2004 – 2013, srovnání rozpětí krajů, MS kraje a ČR (zdroj ÚZIS)

Počet léčených pacientů – oddělení alergologie na 10 tis. obyvatel: Celkový počet ambulantních pacientů alergologie, podle kraje zařízení, kteří byli alespoň jedenkrát za sledovaný rok ošetřeni (tj.

počet prvních ošetření – vyšetření v roce a každý pacient je započten pouze jedenkrát). Tento počet je přepočten na 10 tisíc obyvatel. (Zdroj: ÚZIS ČR, DPS).



Graf 68 Počet léčených pacientů – pro astma na 10 tisíc obyvatel, vývoj v letech 2006 – 2013, srovnání rozpětí krajů, MS kraje a ČR (zdroj ÚZIS)

Počet léčených pacientů – pro astma na 10 tis. obyvatel, MKN 10: J45.-. Celkový počet pacientů dispenzarizovaných na odd. alergologie pro astma, kteří jsou pod stálým lékařským dohledem. Tento

počet je přepočten na 10 tisíc obyvatel. (Zdroj: ÚZIS ČR, DPS).

INCIDENCE ZHOUBNÝCH NOVOTVARŮ – NEMOCNOST NA NOVOTVARY

Zhoubné novotvary (ZN, podle MKN-10 kódovány jako C00-C97) a novotvary in situ (D00-D09) jsou v České republice povinně hlášeny do Národního onkologického registru ČR (NOR). Tento registr funguje od roku 1976 a umožňuje podrobné rozborů epidemiologie onkologických onemocnění na našem území.

NOR je specifický sledováním registrovaného pacienta i v časovém úseku až 8 měsíců po určení diagnózy, kdy je možné hlásit jednak přesný diagnostický profil, jednak proběhlou část léčby pacienta. Z tohoto důvodu a z důvodu

složitosti sběru dat z více pracovišť zapojených do komplexní péče o onkologické pacienty je možné uzavřít stav daného roku až s přibližně dvouletým zpožděním.

Incidence zhoubných novotvarů v České republice i MS kraji v dlouhodobém pohledu roste. Pozitivní trendy stagnace nebo dokonce mírného poklesu u některých závažných diagnóz (ZN plic u mužů, ZN kolorekta) vyvažuje nárůst ZN prsu u žen, nárůst ZN prostaty způsobený dostupností diagnostických metod a nárůst incidence ZN kůže.

Zhoubný nádor tlustého střeva a konečníku

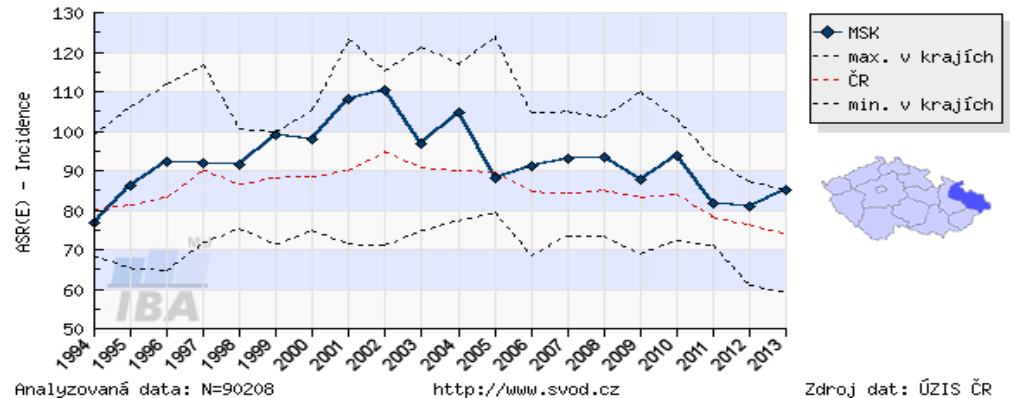
Zhoubný nádor tlustého střeva a konečníku se v České republice vyskytuje velmi často, ve srovnání s jinými zeměmi světa jsme v incidenci (výskyt nových onemocnění) i mortalitě (poměr počtu zemřelých k celkovému počtu obyvatel) na 3. místě za Slovenskem a Maďarskem.

V roce 2013 byl v ČR zjištěn tento nádor u 8 066 osob (4 751 mužů a 3 315 žen), v MS kraji to bylo u 1 043 osob (616 mužů a 427 žen). Počet zemřelých na uvedená onemocnění byl v roce 2013

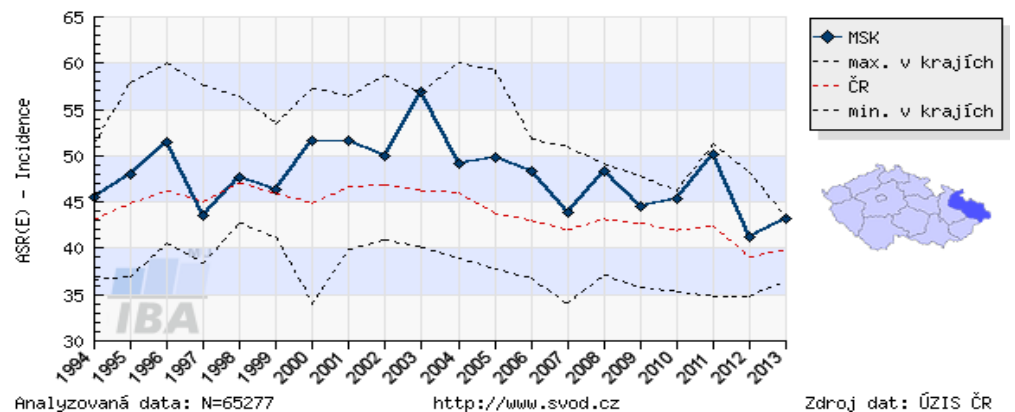
v ČR celkem 3 716 osob (2 205 mužů a 1 511 žen), z toho v MS kraji 371 osob (203 mužů a 168 žen).

Vývoj výskytu nových onemocnění a standardizované úmrtnosti v posledních 20 letech v ČR a v MS kraji u mužů a žen znázorňují následující grafy.

V uvedeném období výskyt nových onemocnění v MS kraji stagnuje, v ČR mírně klesá, úmrtnost klesá významně jak v ČR, tak i v našem regionu, a to u mužů i žen. Ve výskytu nových onemocnění je



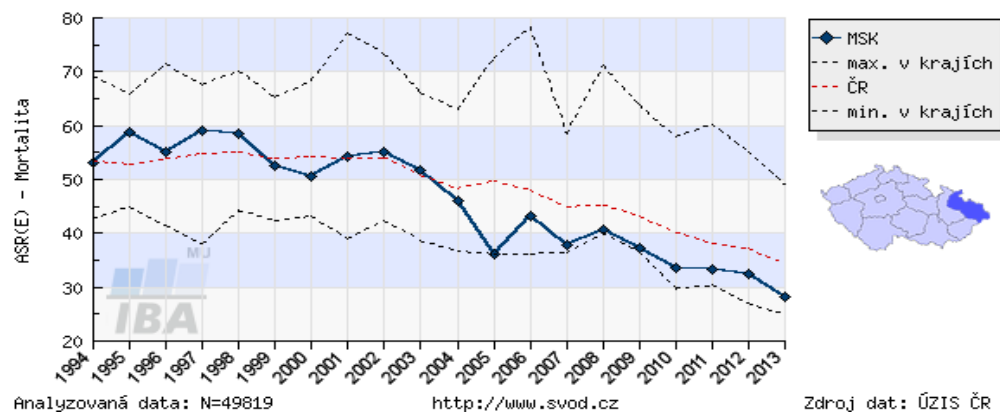
Graf 69 Incidence ZN tlustého střeva a konečníku u mužů, ČR a Moravskoslezský kraj, 1994 – 2013



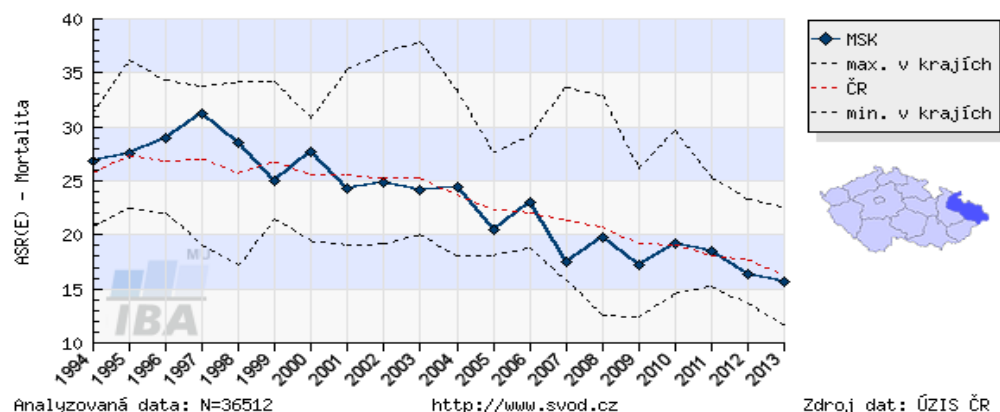
Graf 70 Incidence ZN tlustého střeva a konečníku u žen, ČR a Moravskoslezský kraj, 1994 – 2013

MS kraj nad průměrem ČR u mužů i žen. Ačkoliv výskyt nových onemocnění v MS kraji je vyšší než průměr ČR, úmrtnost v kraji na zhoubný nádor tlustého střeva

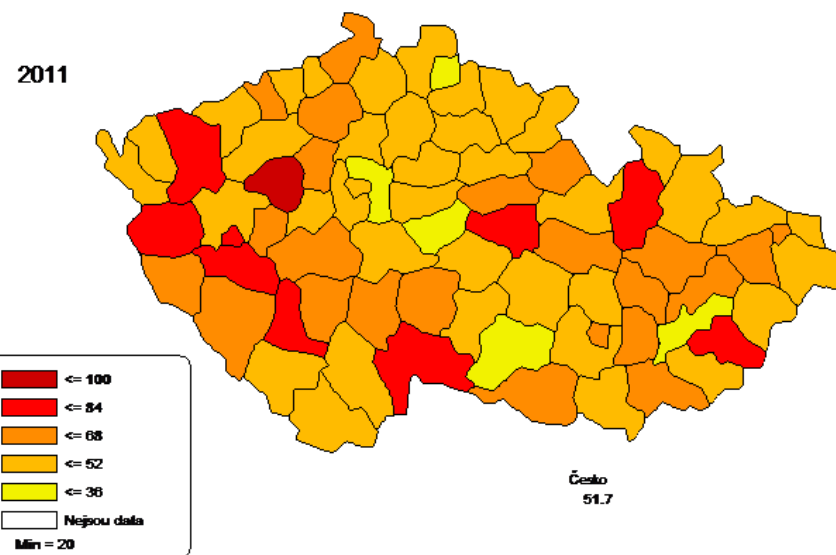
a konečníku je nižší než průměr ČR. Lze předpokládat, že se daří diagnostikovat onemocnění již v raném stádiu a zahájit včas jeho léčbu.



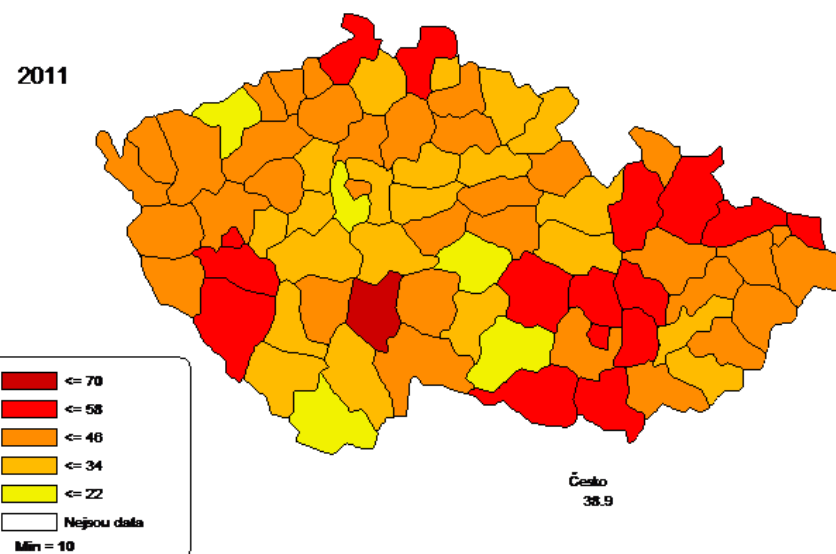
Graf 71 Mortalita ZN tlustého střeva a konečníku u mužů, ČR a Moravskoslezský kraj, 1994 – 2013



Graf 72 Mortalita ZN tlustého střeva a konečníku u žen, ČR a Moravskoslezský kraj, 1994 – 2013



Kartogram 19 Incidence ZN tlustého střeva (C 18) na 100 000, muži, okresy, 2011 (zdroj DPS ÚZIS)



Kartogram 20 Incidence ZN tlustého střeva (C 18) na 100 000, ženy, okresy, 2011 (zdroj DPS ÚZIS)

Prevence zhoubného nádoru tlustého střeva a konečníku

Životní styl hraje v rozvoji tohoto onemocnění nezanedbatelnou roli. Ovlivnit můžeme tyto rizikové faktory:

- **Nadváha** – vyšší tělesná hmotnost je rizikem pro vznik celé řady nemocí (vysoký tlak, nemoci srdce a cév, cukrovka), u osob s nadváhou se také vyskytuje častěji kolorektální karcinom.
- **Vysoký podíl živočišných tuků v potravě** – nadměrná konzumace

Zhoubné nádory průdušek a plic

Zhoubné nádory průdušek a plic jsou druhým nejčastějším zhoubným nádorem u mužů a šestým nejčastějším zhoubným nádorem u žen. Ve srovnání s jinými zeměmi světa je Česká republika v incidenci (výskyt nových onemocnění) na 13. místě a v mortalitě (poměr počtu zemřelých k celkovému počtu obyvatel) na 17. místě.

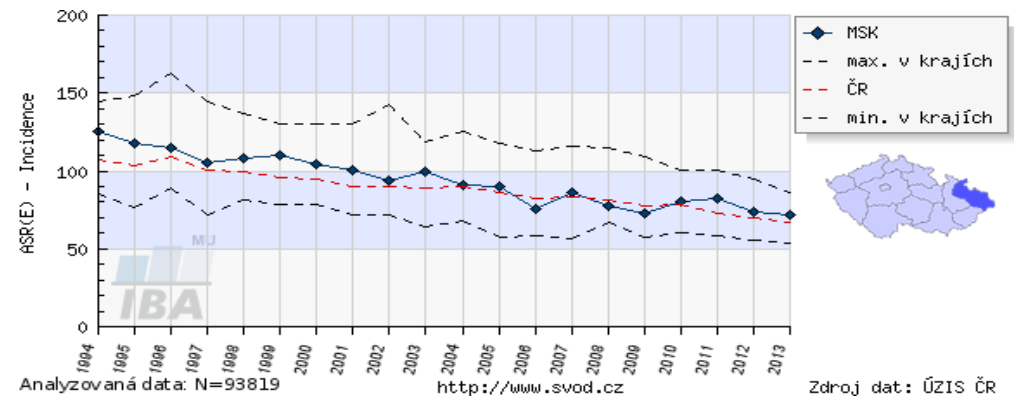
V roce 2013 byly v ČR zjištěny tyto nádory u 6 374 osob (4 354 mužů a 2 020

žen), v MS kraji to bylo u 751 osob (523 mužů a 228 žen). Počet zemřelých na uvedená onemocnění byl v roce 2013 v ČR celkem 5 287 osob (3 693 mužů a 1 594 žen), z toho v MS kraji 562 osob (400 mužů a 162 žen).

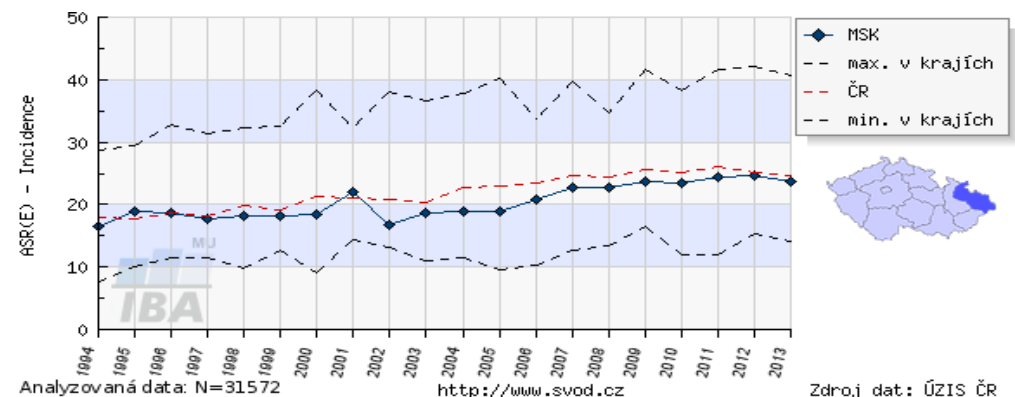
Vývoj výskytu nových onemocnění a standardizované úmrtnosti posledních 20 let v ČR a v MS kraji u mužů a žen znázorňují následující grafy.

červeného masa a živočišných tuků (sádlo, máslo) je jedním z významných rizikových faktorů. Je doporučeno vyhýbat se také uzeninám, které mají vysoký obsah karcero-genických látek.

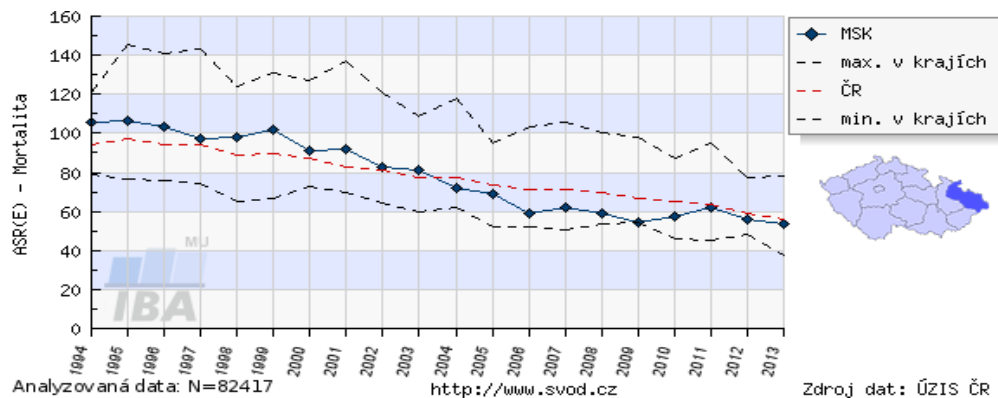
- **Nedostatek pohybu**
- **Nízký obsah vlákniny v potravě** – vláknina zrychluje pohyb obsahu tlustého střeva, a tím snižuje dobu, po kterou na střevní sliznici působí procházející zplodiny.



Graf 73 Incidence ZN průdušnice, průdušky a plic u mužů, ČR a Moravskoslezský kraj, 1994 – 2013

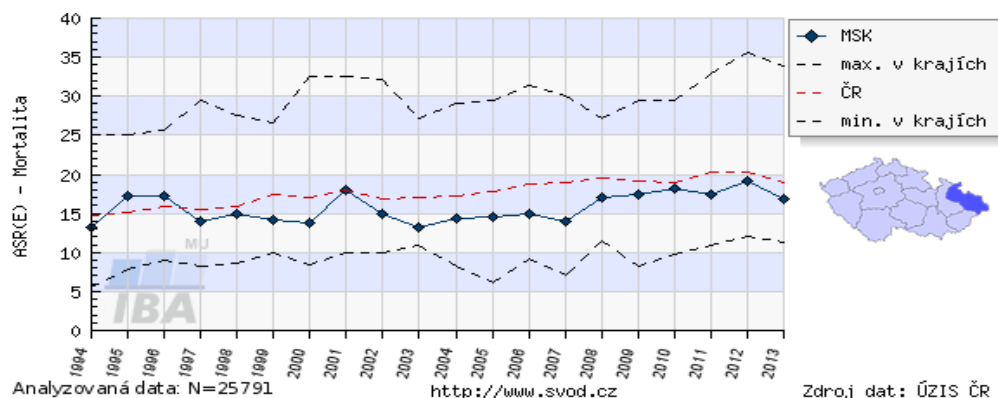


Graf 74 Incidence ZN průdušnice, průdušky a plic u žen, ČR a Moravskoslezský kraj, 1994 – 2013



Graf 75 Mortalita ZN průdušnice, průdušky a plíce u mužů, ČR a Moravskoslezský kraj, 1994 – 2013

V uvedeném období výskyt nových onemocnění u mužů v ČR i v MS kraji mírně klesá, naopak u žen dochází k mírnému nárůstu.

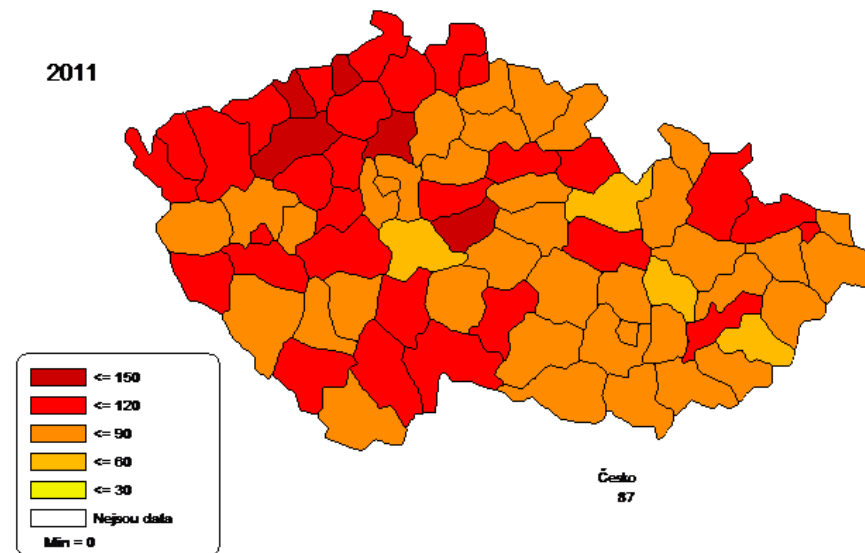


Graf 76 Mortalita ZN průdušnice, průdušky a plíce u žen, ČR a Moravskoslezský kraj, 1994 – 2013

Stejně tak úmrtnost u mužů v ČR i v MS kraji vykazuje pokles, u žen dochází dlouhodobě k pozvolnému nárůstu úmrtnosti. Ve výskytu nových onemocnění je MS kraj nad průměrem ČR

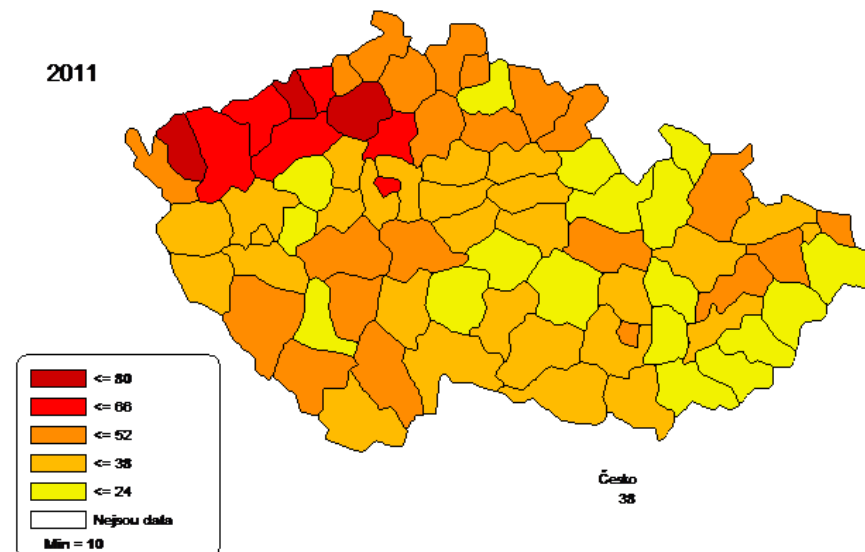
u mužů, u že je naopak pod republikovým průměrem. Úmrtnost v kraji na zhoubné nádory průdušek a plic je srovnatelná s průměrem v ČR u mužů i žen.

2011



Kartogram 21 Incidence ZN průdušnice, průdušky a plíce (C 33, 34) na 100 000, muži, okresy, 2011 (zdroj DPS ÚZIS)

2011



Kartogram 22 Incidence ZN průdušnice, průdušky a plíce (C 33, 34) na 100 000, ženy, okresy, 2011 (zdroj DPS ÚZIS)

Příznaky a průběh onemocnění

Nejběžnějším příznakem nádoru plic je dlouhodobě přetrvávající kašel, zpravidla suchý. Častým příznakem bývají

opakované zápal plic. U pokročilého onemocnění se vyskytuje bolest na hrudi, dušnost, může být i přítomna

bolest horní končetiny. Dalšími symptomy může být chrapot a městnání krve v horní části těla s bolestmi hlavy a oto-

ky obličeje a krku. Lokálně může prorůstání nádoru způsobit potíže při polykání.

Rizikové faktory a prevence

K nejvýznamnějším rizikovým faktorům patří kuřáctví tabákových výrobků, zejména cigaret. Více než 95 % mužů a 80 % žen, kteří touto chorobou onemocní, jsou současnými nebo bývalými kuřáky. Rizikovým faktorem je i pasivní vdechování tabákového kouře – pasivní kuřáctví, i kouř z doutníků či dýmek, také ovzduší znečištěné zejména produkty spalování. Pro vznik zhoubného nádoru

průdušek a plic má význam i složení stravy.

Zhoubné nádory průdušek a plic nejsou samy o sobě dědičné, zvýšená vnímavost k rakovinotvorným látkám však může mít dědičný základ. Proto se toto onemocnění může objevit u více rodinných příslušníků, zejména mají-li stejnou expozici rizikovým faktorům, podobné stravovací zvyklosti a podobný životní styl.

Zanechání kuřáctví výrazně snižuje riziko vzniku zhoubných nádorů plic, ale riziko přetrvává ještě léta po zanechání kouření. Proto je třeba i bývalým kuřákům doporučit, aby nezanedbávali pravidelné kontroly. Úspěch léčby rakoviny plic závisí z velké části na tom, v jaké fázi byla objevena. Při odhalení nemoci v jejím prvním stadiu je míra přežití 5 let až 80%, ve čtvrtém stadiu se pak propadá na 10 %.

Mezi ochranné faktory proti vzniku zhoubných nádorových onemocnění průdušek a plic řadíme nekuřáctví, pravidelnou fyzickou aktivitu a v neposlední řadě i zdravou, pestrou a vyváženou stravu s dostatečným množstvím ovoce, zeleniny a mléčných výrobků, s omezením vysoce kalorických potravin, zejména živočišných tuků.

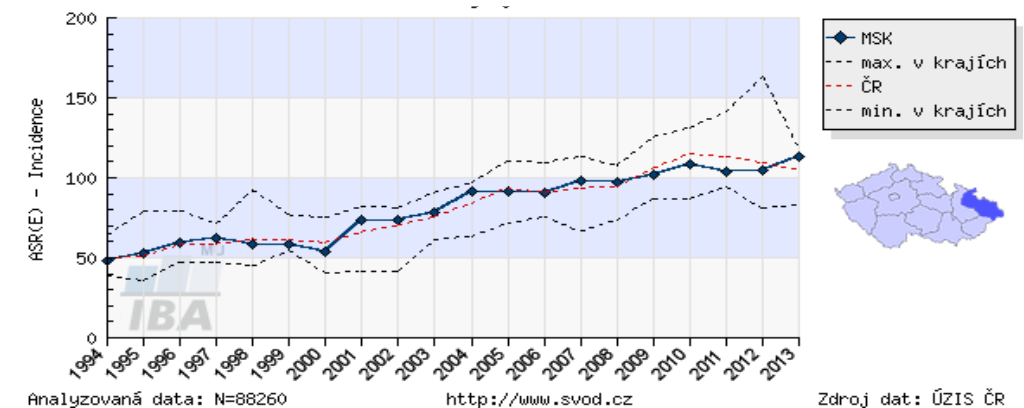
Zhoubný nádor prostaty

Karcinom prostaty je nejčastějším onkologickým onemocněním mužů u nás. Ve srovnání s jinými zeměmi světa je ČR v incidenci (výskyt nových onemocnění) na 31. místě a v mortalitě (poměr počtu zemřelých k celkovému počtu obyvatel) na 73. místě.

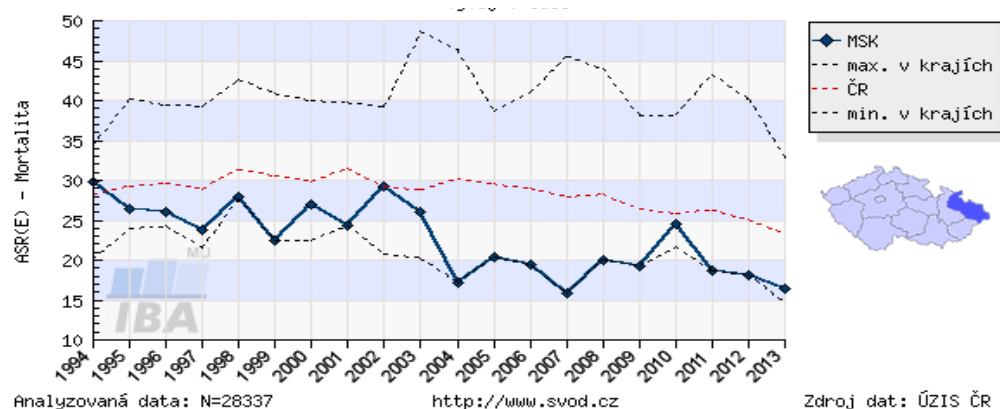
u 830 mužů. Počet zemřelých na uvedená onemocnění byl v roce 2013 v ČR 1 472 mužů, z toho v MS kraji 114 mužů.

Vývoj výskytu nových onemocnění a standardizované úmrtnosti v posledních 20 letech v ČR a v MS kraji znázorňují následující grafy.

V roce 2013 byly v ČR zjištěny tyto nádory u 6 846 mužů, v MS kraji to bylo



Graf 77 Incidence ZN prostaty u mužů, ČR a Moravskoslezský kraj, 1994 – 2013



Graf 78 Mortalita ZN prostaty u mužů, ČR a Moravskoslezský kraj, 1994 – 2013

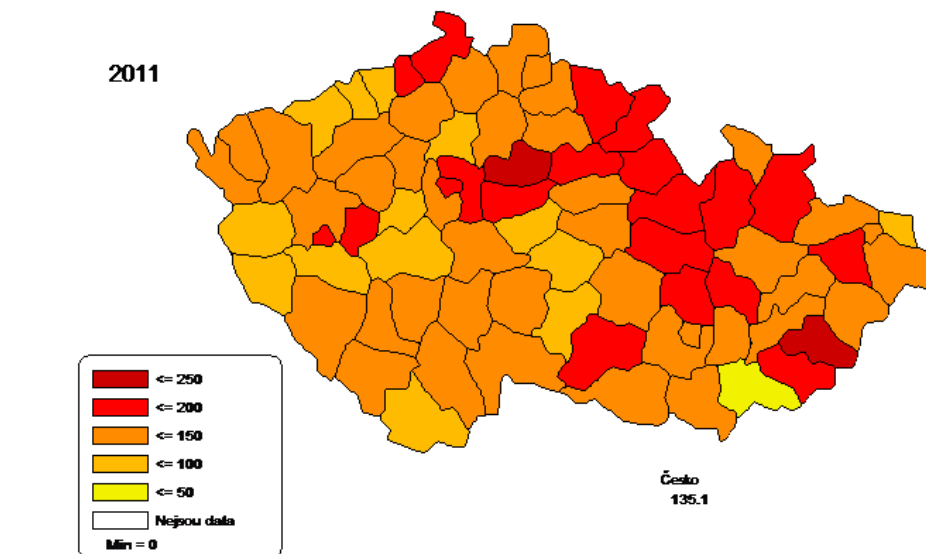
V období mezi lety 1994 – 2013 došlo ke zvýšení výskytu o více než 100 %. Naproti tomu úmrtnost o téměř 20 % klesla. Ve výskytu nových onemocnění je MS kraj pod průměrem ČR, stejně tak i úmrtnost v kraji je nižší než průměr ČR. Incidence karcinomu prostaty vzrůstá s věkem. Před čtyřicátým rokem života se jedná o vzácné, ojedinělé případy, mezi

40 až 50 lety je výskyt nízký s postupnou akcelerací po „padesátce“. V časných stádiích onemocnění většina nemocných nemá žádné obtíže. Na přítomnost onemocnění nás většinou upozorní zvýšená hladina prostatického specifického antigenu (PSA) nebo subjektivní obtíže.

Zhoubný nádor prsu

Zhoubný nádor prsu je nejčastějším zhoubným onemocněním žen v České republice. Ve srovnání s jinými zeměmi světa je ČR v incidenci (výskyt nových onemocnění) na 19. místě a v mortalitě (poměr počtu zemřelých k celkovému počtu obyvatel) na 28. místě.

V roce 2013 byly v ČR zjištěny tyto nádory u 7 140 žen, v MS kraji to bylo u 813 žen. Počet zemřelých na uvedená onemocnění byl v roce 2013 v ČR 1 845 žen, z toho v MS kraji 175 žen.

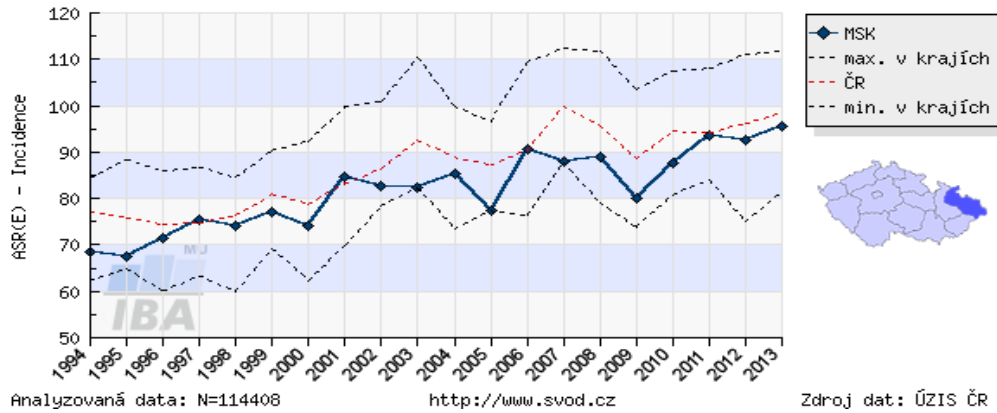


Kartogram 23 Incidence ZN prostaty (C 61) na 100 000, muži, okresy, 2011 (zdroj DPS ÚZIS)

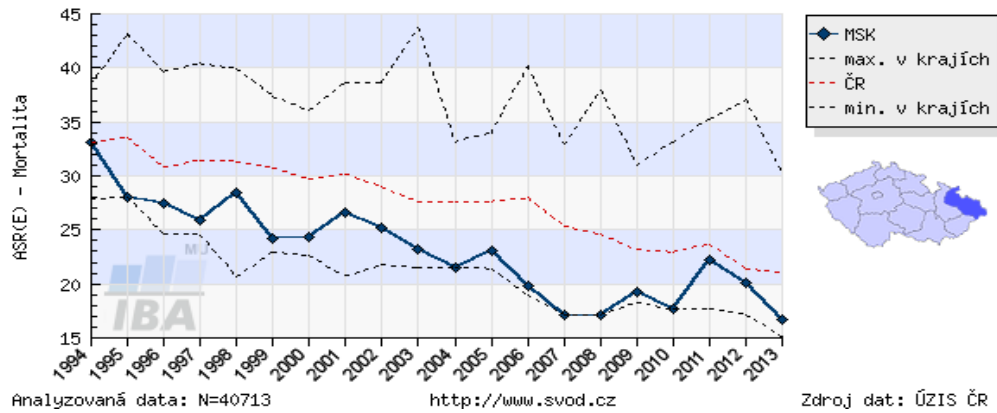
V rámci prevence zhoubného nádoru prostaty by muži nad 50 let měli absolvovat vyšetření prostaty. Pravidelným

samovyšetřováním lze dosáhnout včasné diagnózy a tím podstatně zvýšit šanci na úplné vyléčení možného zhoubného nádoru.

Vývoj výskytu nových onemocnění a standardizované úmrtnosti v posledních 20 letech v ČR a v MS kraji znázorňují následující grafy.



Graf 79 Incidence ZN prsu u žen, ČR a Moravskoslezský kraj, 1994 – 2013

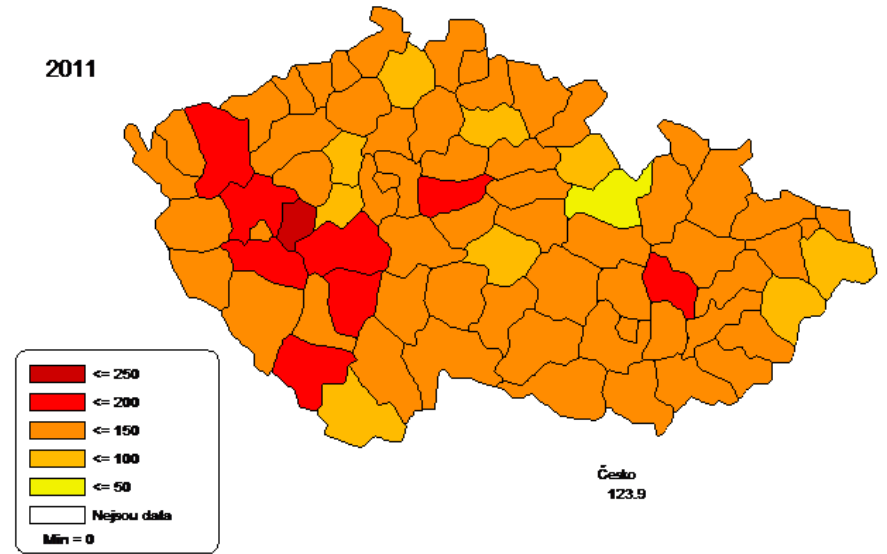


Graf 80 Mortalita ZN prsu u žen, ČR a Moravskoslezský kraj, 1994 – 2013

Výskyt nových onemocnění ve sledovaném období má stoupající tendenci. Počet úmrtí v důsledku zhoubného nádoru prsu naopak postupně mírně klesá. To znamená, že díky zavedení pravidelného vyšetřování žen a lepších

léčebných možností umírá méně žen, které onemocněly. Ve výskytu nových onemocnění je MS kraj pod průměrem ČR, stejně tak i úmrtnost v kraji je nižší než průměr ČR.

2011



Kartogram 24 Incidence ZN prsu (C 50) na 100 000, ženy, okresy, 2011 (zdroj DPS ÚZIS)

Prevence zhoubného nádoru prsu

- Zajímejte se o možnosti předcházení vzniku nádorů prsu a jejich včasného záchytu
 - Pravidelně jedenkrát měsíčně si sama provádějte vyšetření prsů
 - Pravidelně docházejte k vyšetření prsů odborným lékařem – ve věku do 40 let stačí jedenkrát za 2 – 3 roky, ve věku nad 40 let jedenkrát ročně
 - Ve věku nad 50 let je vhodné pravidelné rentgenologické vyšetření prsů (mammografie) jedenkrát za 2 roky
 - Dodržujte zásady správné výživy, zejména:
 - jezte pestrou stravu
 - vybírejte stravu s nízkým množ-
- stvím tuku, zejména živočišného
- dávejte přednost netučnému bílému masu a nízkotučným mléčným výrobkům
 - omezte spotřebu cukru, červeného masa a soli
 - konzumujte dostatečné množství ovoce, zeleniny a potravin připravených z obilovin (celozrnné pečivo)
 - přijímejte dostatečné množství tekutin
 - alkoholické nápoje pijte jen v minimálním množství
 - udržujte si vhodnou tělesnou váhu
 - dodržujte dostatečnou pohybovou aktivitu, a to minimálně 20 minut cvičení denně.

Zhoubné nádory hrdla děložního (děložního čípku)

Rakovina děložního hrdla (někdy označována jako cervikální karcinom) je zhoubné nádorové onemocnění, kdy se povrchové buňky děložního čípku začnou nekontrolovatelně množit. Samotnému nádoru (karcinomu) předcházejí přednádorové změny buněk (tzv. prekancerózy), se kterými se organismus někdy sám vypořádá. Prekancerózy se neprojevují žádnými zdravotními

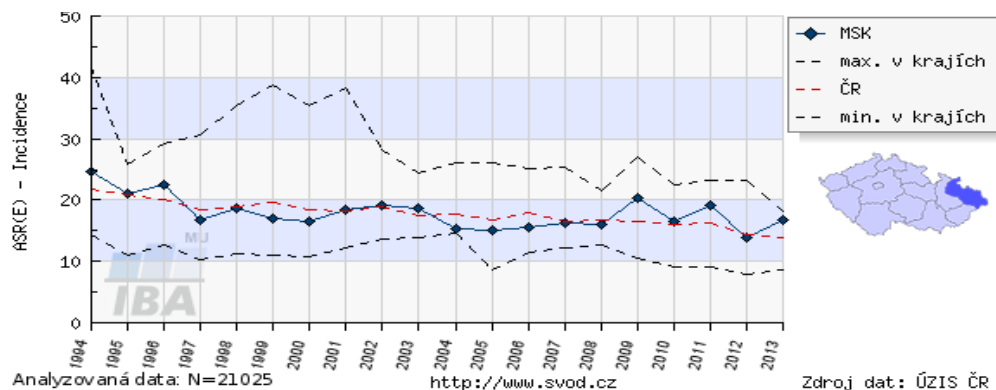
obtížemi a lze je odhalit jedině specializovaným cytologickým vyšetřením. Tyto časně objevené přednádorové stavy lze úspěšně vyléčit. Čím později však dojde k diagnóze, tím je léčba náročnější a, bohužel, i méně úspěšná.

V incidenci (výskyt nových onemocnění) zhoubných nádorů hrdla děložního obsazuje ČR světové 107. místo a v Evropě

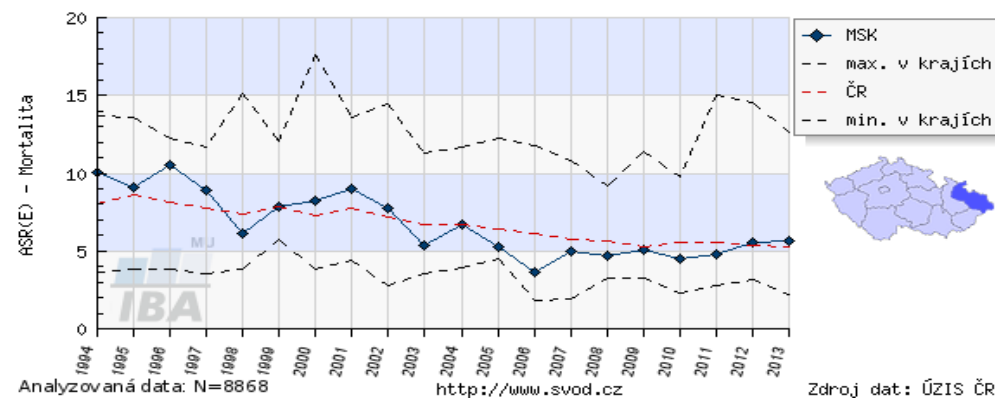
13. nejvyšší pozici. V mortalitě (poměr počtu zemřelých k celkovému počtu obyvatel) zhoubných nádorů hrdla děložního se ČR řadí na 137. místo ve světě a na 18. místo v Evropě.

V roce 2013 byly v ČR zjištěny tyto nádory u 895 žen, v MS kraji to bylo u 126 žen. Počet zemřelých na uvedená onemocnění byl v roce 2013 v ČR 388 žen, z toho

v MS kraji 51 žen. Vývoj výskytu nových onemocnění a standardizované úmrtnosti v posledních 20 letech v ČR a v MS kraji znázorňují následující čárové grafy. Výskyt nových onemocnění i úmrtnost stagnuje, případně mírně klesá.



Graf 81 Incidence ZN hrdla děložního u žen, ČR a Moravskoslezský kraj, 1994 – 2013



Graf 82 Mortalita ZN hrdla děložního u žen, ČR a Moravskoslezský kraj, 1994 – 2013

Rizikové faktory

Za nejvýznamnější rizikový faktor dnes považujeme infekci onkogenním (tzn. „rakovinu vyvolávajícím“) typem lidského papilomaviru (HPV). Tento virus se přenáší z 99,9 % pohlavním stykem, k infekci jsou nejnáchylnější mladé dívky. Jim také v období hledání

stálých partnerů a někdy i promiskuity hrozí největší riziko nákazy. Do věku 35 let se tak s touto infekcí u nás setkají dvě ženy ze tří. Většinou o tom ani nevědí, protože jejich imunitní systém tyto viry zničí. Kouření či poruchy imunity však způsobují, že u pěti žen ze sta

virů nepozorovaně přetrvávají v epitelu děložního čípku někdy i celá desetiletí. Po dovršení 35 let riziko roste. V některých případech se z této zdánlivě neškodné infekce vyvine přednádorový stav (změny v buňkách na povrchu čípku) a poté zhoubný nádor.

Projevy a příznaky

Přednádorové změny jsou asymptomatické (neprojevují se žádnými příznaky), proto je velmi důležité, aby ženy po

zahájení sexuálního života pravidelně chodily na preventivní gynekologické prohlídky. Mezi pozdní příznaky, kdy už

je nádor výrazněji rozvinut, patří bolest v podbříšku, krvácení po pohlavním styku nebo zapáchající výtok z pochvy.

Uvedené příznaky nemusí být vždy projevem zhoubného nádoru, vždy jsou však důvodem k návštěvě gynekologa.

Prevence

Pravidelné gynekologické prohlídky

Rakovině děložního čípku lze poměrně účinně předcházet pravidelným docházením na každoroční gynekologickou prohlídku. Pravidelné gynekologické vyšetření dokáže objevit tzv. předná-

dorové stavy (prekancerózy), které lze velice účinně léčit. Samozřejmě jsou případy, které mohou tomuto vyšetření uniknout (nádory endocervikální, které jsou uloženy mimo dosah stěru sliznice z

čípku), a pokud ty dají vznik již nádorovému onemocnění, pravidelné gynekologické vyšetření je schopno jej objevit v iniciálním stadiu: toto onemocnění je ve více než 95 % případů vyléčitelné. Od

objevení prvních přednádorových změn ke zhoubnému nádoru totiž uběhne dost dlouhá doba (kolem tří let).

Bezpečný sex

Důležitým preventivním opatřením je partnerská stálost nebo alespoň důsled-

né používání prezervativu, neboť rakovina děložního čípku způsobuje v 99 % pří-

padů lidský papillomavirus (HPV), který se přenáší pohlavním stykem.

Očkování proti HPV

V současné době jsou na českém trhu registrovány dvě vakcíny proti infekci lidským papilomavirem (HPV). Obě vakcíny účinně brání proti infekci způsobené virovými typy 16 a 18. Právě typy HPV 16 a 18 jsou prokazatelně nejčastějšími původci karcinomu děložního čípku. Vakcíny tedy působí preventivně jak proti vzniku karcinomu, tak proti vzniku prekancerózních změn, které by později mohly k nádorovému bujení vést. Jedna z vakcín navíc chrání proti typům HPV 6 a 11, které vyvolávají většinu případů

genitálních bradavic. Vakcíny obsahují neinfekční virové bílkoviny, které jsou schopné v imunitním systému organismu vyvolat tvorbu protilátek. Pokud se tělo následně setká s virovou infekcí, je schopno s pomocí těchto protilátek infekci potlačit.

Vakcíny jsou určeny k prevenci proti infekci HPV. Nejlepší ochranu poskytují dívkám, které je ještě nezačaly žít sexuálním životem. Infekce HPV je totiž v populaci často rozšířena a u dívek a žen, které se s infekcí již setkaly, není očkování jako

prevence před onemocněním natolik efektivní. Vakcínami je možno očkovat dívky od 9., resp. 10. roku života. Nebylo prokázáno, že by vakcína měla léčebné účinky, není tedy určena k léčbě buněčných změn vzniklých po infekci HPV.

Očkování chrání dívky a ženy pouze před infekcí těmi typy HPV, proti kterým jsou určeny. Neposkytují ochranu proti ostatním typům HPV. Proto vakcinace není jediným způsobem v ochraně a prevenci proti onemocnění rakovinou děložního čípku. I přes očkování je důležité pravidelně

chodit na preventivní gynekologické prohlídky. Jedině tak může lékař sledovat stav buněk děložního čípku, aby bylo možno včas odhalit případné abnormality.

V souladu se zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, je od 1.4.2012 hrazeno v provedení ekonomicky nejméně náročném očkování proti lidskému papilomaviru (HPV) třemi dávkami očkovací látky, a to pro dívky, je-li očkování zahájeno od dovršení třináctého do dovršení čtrnáctého roku věku.

Další preventivní opatření

Infekce lidským papillomavirem (HPV) je sice nutnou, nikoli však postačující podmínkou pro vznik rakoviny dělož-

ního čípku. Na vzniku nádorového onemocnění se podílí řada dalších faktorů, jako je kouření, nezdravá strava a další

prvky špatného životního stylu. Bližší informace o prevenci nádorových one-

mocnění najdete například na stránkách www.prevencenadoru.cz.

Zhoubný nádor ledviny

Ledviny jsou párové orgány, ležící na každé straně páteře v bederní oblasti. Jsou částí močového vylučovacího ústrojí, ke kterému dále patří močovod, močový měchýř a močová trubice. Hlavní funkcí ledvin je tvorba moče. Krev, která protéká ledvinami, je zbavována přebytečné vody a odpadních produktů. Výsledkem této činnosti je moč, která se sbírá do ledvinné pánvičky, odtud putuje močovodem do močového měchýře a z něj

opouští tělo močovou trubicí. Ledviny také produkují látky, které se podílejí na udržování krevního tlaku a na regulaci tvorby červených krvinek.

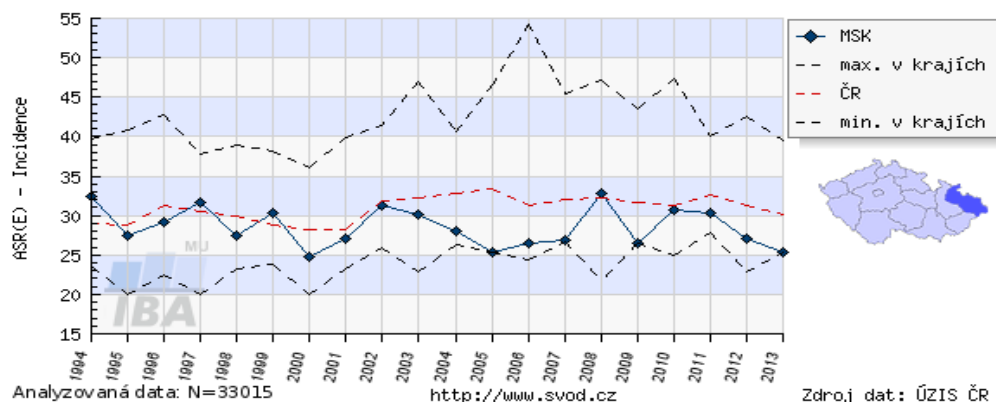
Nejčastějším nádorem ledvin je adenokarcinom ledviny u dospělých. Onemocnění se může krevním řečištěm šířit do organismu a zakládat metastázy – nejčastěji jsou postižené kosti, plíce a centrální nervový systém. Ve srovná-

ní s ostatními zeměmi světa jsme v incidenci (výskyt nových onemocnění) i v mortalitě (poměr počtu zemřelých k celkovému počtu obyvatel) na 1. místě.

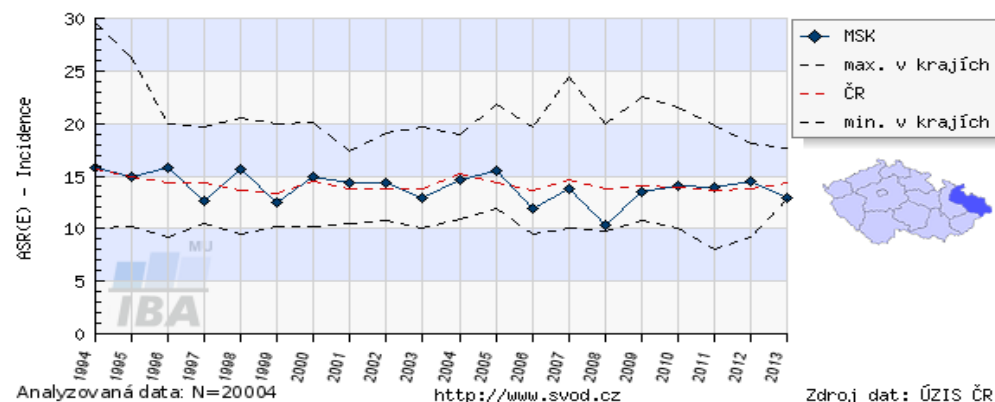
V roce 2013 byly v ČR zjištěny tyto nádory u 3 052 osob (1 911 mužů a 1 141 žen), v MS kraji to bylo u 312 osob (187 mužů a 125 žen). Počet zemřelých na uvedená onemocnění byl v roce 2013 v ČR celkem 1 060 osob (667 mužů a 393 žen),

z toho v MS kraji 99 osob (54 mužů a 45 žen). Kromě vzácných dědičných forem, zůstává příčina vzniku tohoto onemocnění nejasná. Udává se však 1,5 – 2,5 × vyšší výskyt nádorů ledvin u kuřáků. Vrchol výskytu má kolem 60 let věku.

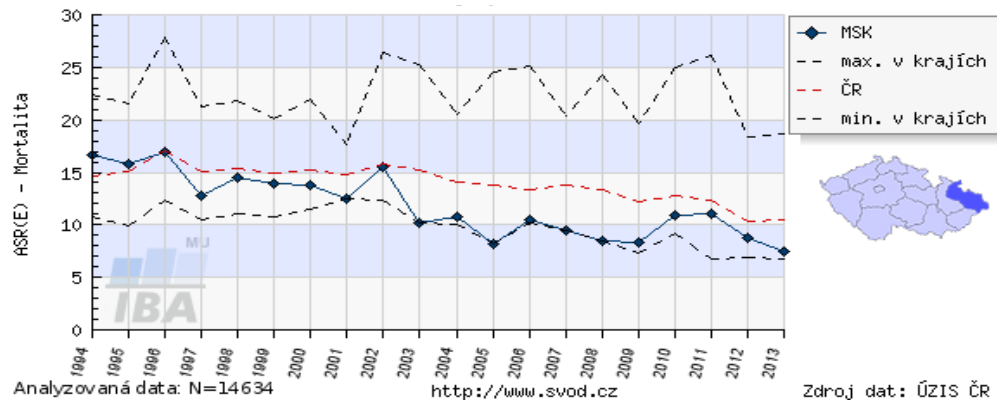
Vývoj výskytu nových onemocnění a standardizované úmrtnosti v posledních 20 letech v ČR a v MS kraji u mužů a žen znázorňují následující čárové grafy.



Graf 83 Incidence ZN ledviny u mužů, ČR a Moravskoslezský kraj, 1994 – 2013



Graf 84 Incidence ZN ledviny u žen, ČR a Moravskoslezský kraj, 1994 – 2013



Graf 85 Mortalita ZN ledviny u mužů, ČR a Moravskoslezský kraj, 1994 – 2013

Výskyt tohoto onemocnění v posledních letech je spíše setrvalý, úmrtnost mírně klesá. Ve výskytu nových onemocnění

je MS kraj pod průměrem ČR u mužů i žen. Úmrtnost v kraji na zhoubné nádory

Příznaky onemocnění

V časných stádiích zhoubný nádor ledvin nezpůsobuje žádné potíže. Postupně, jak nádor roste, objevují se i příznaky onemocnění. Nejčastějším

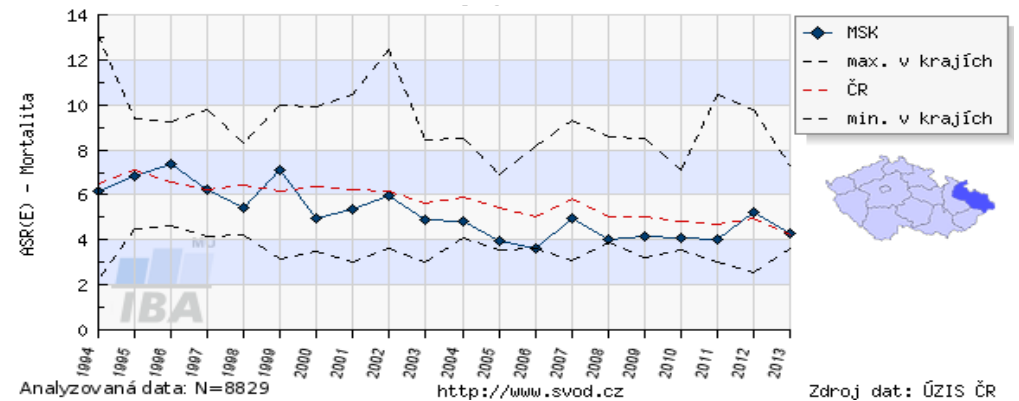
symptomem je krev v moči, dále bolest v bederní krajině, méně častými příznaky jsou únava, nechutenství, úbytek na váze, zvýšené teploty a všeobecný pocit

Zhoubné nádory mozku

Nádory mozku a míchy můžeme rozdělit na primární, tedy vycházející přímo z centrálního nervového systému, a sekundární, tedy metastázy jiného nádoru (např. plíce, prso). Primární nádory mozku představují cca 1 až 2 % všech zhoubných nádorů, objevují se nejčas-

těji v dětském věku a dále až po 60. roce věku.

Nádory mozku se nejčastěji projeví bolestí hlavy, závratěmi a zvracením, které bývá nejčastěji ráno bez předchozího pocitu na zvracení. Prvním projevem



Graf 86 Mortalita ZN ledviny u žen, ČR a Moravskoslezský kraj, 1994 – 2013

dory ledvin je nižší než průměr ČR u mužů i žen.

špatného zdraví. Lidé s výše uvedenými příznaky by měli navštívit svého lékaře nebo přímo urologa. Ve většině přípa-

dů včasná diagnóza nádoru ledvin dává větší šanci na uzdravení.

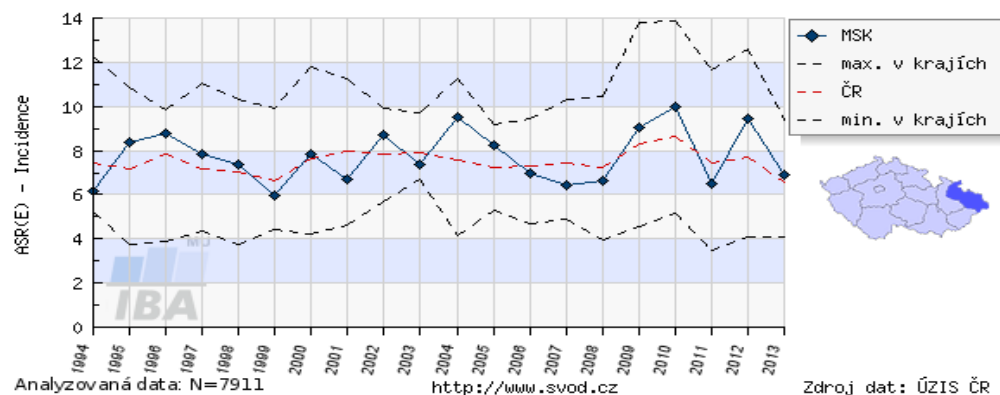
může být pouze změna chování a psychiky nemocného nebo porucha hybnosti, citivosti a řeči. Nádory míchy se projeví poruchou hybnosti a bolesti vystřelující do končetin. Obecně se mohou nádory mozku projevit jakýmkoliv neurologickým deficitem v závislosti

na útlaku okolních struktur. Pokročilé nádory způsobují otok mozku s těžkým neurologickým postižením.

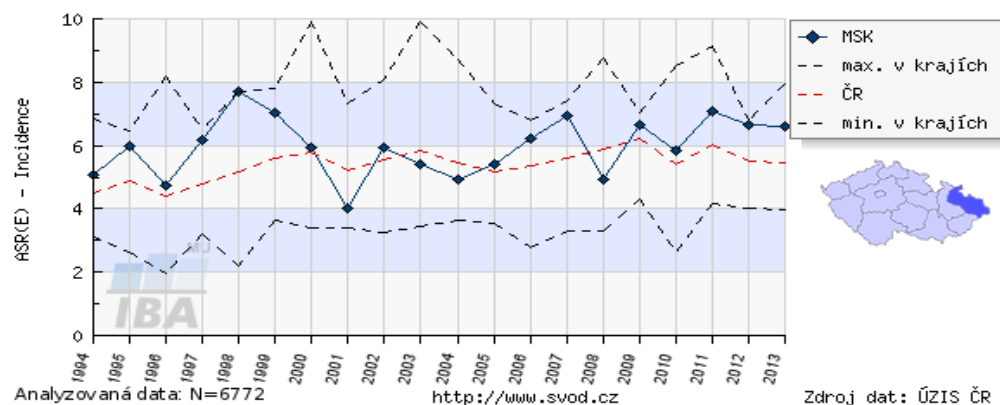
V roce 2013 byly v ČR zjištěny zhoubné nádory mozku u 784 osob (399 mužů a 385 žen), v MS kraji to bylo u 99 osob

(48 mužů a 51 žen). Počet zemřelých na uvedená onemocnění byl v roce 2013 v ČR celkem 588 osob (305 mužů a 283 žen), z toho v MS kraji 77 osob (38 mužů a 39 žen).

Vývoj výskytu nových onemocnění a standardizované úmrtnosti v posledních 20 letech v ČR a v MS kraji u mužů a žen znázorňují následující grafy.



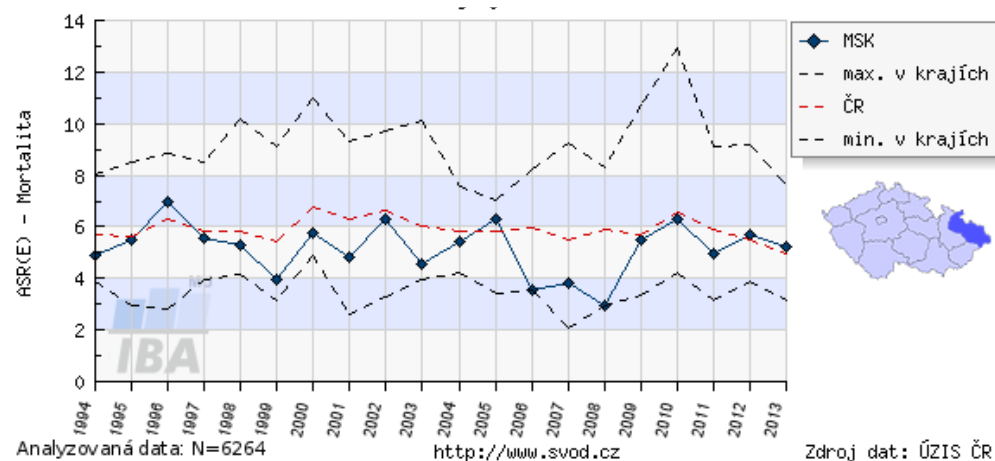
Graf 87 Incidence ZN mozku u mužů, ČR a Moravskoslezský kraj, 1994 – 2013



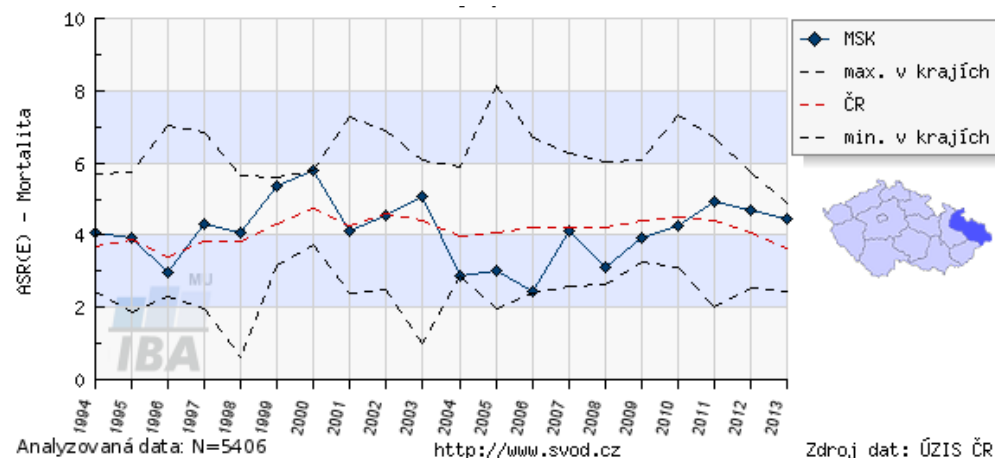
Graf 88 Incidence ZN mozku u žen, ČR a Moravskoslezský kraj, 1994 – 2013

Výskyt nových případů tohoto onemocnění i úmrtnost vykazují v posledních letech setrvalý stav. Ve výskytu nových onemocnění je MS kraj nad průměrem ČR

u mužů i žen. Úmrtnost v našem kraji na zhoubné nádory mozku je nižší než průměr ČR u mužů i žen.



Graf 89 Mortalita ZN mozku u mužů, ČR a Moravskoslezský kraj, 1994 – 2013



Graf 90 Mortalita ZN mozku u žen, ČR a Moravskoslezský kraj, 1994 – 2013

Na vzniku nádorů mozku a míchy se spolupodílí zevní prostředí, kouření a určité dědičné dispozice nebo genetické mutace.

Prevence: vyvarovat se kouření. Při neustupujících neurologických potížích je nutné vyšetření neurologem.

Výskyt nových případů tohoto onemocnění i úmrtnost vykazují v posledních letech setrvalý stav. Ve výskytu nových onemocnění MS krajina nad průměrem ČR

u mužů i žen. Úmrtnost v našem kraji na zhoubné nádory mozku je nižší než průměr ČR u mužů i žen.

Na vzniku nádorů mozku a míchy se spolupodílí zevní prostředí, kouření a určité dědičné dispozice nebo genetické mutace.

Prevence: vyvarovat se kouření. Při neustupujících neurologických potížích je nutné vyšetření neurologem.

Evropský kodex proti rakovině – 12 zásad, jak předcházet vzniku rakoviny

Kodex byl vypracován na základě nejnovějších vědeckých poznatků a obsahuje celkem 12 doporučení pro zdravější životní styl, která by měla podpořit prevenci nádorových onemocnění napříč

Evropou. Čím více uvedených doporučení budou lidé dodržovat, tím nižší bude jejich riziko vzniku zhoubného nádoru. Podle odborných odhadů by bylo možné zabránit polovině ze všech úmrtí

na zhoubné nádory v Evropě, kdyby se každý občan řídil uvedenými doporučeními.

Originál je k dispozici na stránkách European Code Against Cancer, překlad převzat ze stránek www.onconet.cz, oficiálních stránek Národního onkologického programu ČR.



1. Nekuřte. Vyhněte se jakékoliv formě tabáku.

2. Mějte svůj domov nekuřácký. Podpořte tento přístup i ve svém pracovním prostředí.



3. Snažte si udržet zdravou tělesnou hmotnost.










4. Denně vykonávejte nějakou tělesnou činnost. Omezte čas strávený sezením.



5. Jezte zdravě:

- Jezte hodně celozrnných výrobků, luštěniny, zeleniny a ovoce.
- Omezte vysoce kalorické potraviny (potraviny s vysokým obsahem cukru nebo tuku) a vyhněte se sladkým nápojům.
- Vyhněte se průmyslově upravenému masu, omezte červené maso a potraviny s vysokým obsahem soli.

-  6. Pokud pijete alkohol jakéhokoliv typu, omezte jeho příjem. Nejlepší je alkoholu se vyhnout úplně.
-  7. Předcházejte přílišnému vystavování se slunečnímu záření, zvláště u dětí. Při pobytu na slunci používejte ochranné prostředky. Vyhněte se solárium.
-  8. Při svém povolání se chraňte před rakovinotvornými látkami a postupujte dle zdravotních a bezpečnostních pokynů.
-  9. Zjistěte si, zda nejste doma vystaveni záření radonu. Přijměte opatření ke snížení jeho vysoké koncentrace.
-  10. Pro ženy:
- Kojení snižuje u matek riziko vzniku rakoviny. Pokud můžete, své dítě kojte.
 - Hormonální substituční léčba zvyšuje riziko vzniku mnoha typů rakoviny. Omezte ji.
-  11. Zajistěte svým dětem očkování:
- Proti hepatitidě B (u novorozenců).
 - Proti lidským papilomavirům (HPV) (u dívek).
-  12. Účastněte se organizovaných screeningových programů:
- Rakoviny tlustého střeva (muži i ženy).
 - Rakoviny prsu (ženy).
 - Rakoviny děložního čípku (ženy.)

DUŠEVNÍ PORUCHY

V ambulantních zařízeních psychiatrie bylo v roce 2013 provedeno 2 896 tisíc vyšetření u 603 205 pacientů. Proti předchozímu roku došlo k nárůstu vyšetření o více než 2 % a k nárůstu počtu ošetřených pacientů o více než 4 %.

Stejně jako v minulých letech i v roce 2013 vyhledaly psychiatrickou péči častěji ženy než muži. Jejich podíl na celkovém počtu vyšetření i na počtu pacientů je dlouhodobě asi 60 %.

Nejčastějšími diagnózami, pro které byli ošetřeni pacienti v psychiatrických ordinacích, byly stejně jako v předchozích letech neurotické poruchy (40 % z celkového počtu léčených pacientů) a afektivní poruchy (19 %). Dalšími častými poruchami byly poruchy vyvolané návykovými látkami a schizofrenie (obě skupiny diagnóz cca 8 %).

Na 10 000 obyvatel připadlo 573,80 pacientů léčených v psychiatrických ambulancích. Nejvíce v Praze (955,55 pacientů na 10 000 obyvatel kraje) a v Olomouckém kraji (684,21 pacientů). Pacienti jsou sledováni podle sídla zdravotnického zařízení, nikoli podle trvalého bydliště.

V MS kraji bylo v roce 2013 na odděleních a pracovištích psychiatrie provedeno 273 801 vyšetření u 58 758 pacientů. Počet psychiatrických vyšetření celkem na 100 000 obyvatel činil v kraji 22 371 a prvních vyšetření na 100 000 obyvatel bylo ve sledovaném roce 4 801. Nejčastějšími poruchami u pacientů byly neurotické poruchy (36 %), 1 746 pacientů na 100 000 obyvatel, organické duševní poruchy (17 %), 840 na 100 000 obyvatel.

Od roku 2011 se samostatně sledují demence u Alzheimerovy nemoci (dg. F00) a ostatní demence (dg. F01-F03). V souvislosti s demencí u Alzheimerovy nemoci bylo v kraji léčeno celkem 1 469 pacientů (ČR 16 049 pacientů). Pacientů léčených pro ostatní demence bylo 3 763 (ČR 21 132). Nově je také sledována diagnóza F50 – poruchy příjmu potravy, pro kterou bylo léčeno celkem 190 pacientů (ČR 3 824), dále pacienti, u kterých bylo zaznamenáno sebepoškození (464 pacientů, ČR 3 089 pacientů) a pacienti v substituční léčbě závislosti na opiátech/opioidech (82 pacientů, ČR 1 991 pacientů).

Proti předchozímu roku došlo u většiny sledovaných skupin diagnóz k nárůstu počtu pacientů. Nejvíce vzrostl počet pacientů léčených pro neurotické poruchy (o 5 %), pro schizofrenii, afektivní poruchy a vývojové poruchy

v dětství a adolescenci (všechny o necelá 4 %). Pouze u poruch vyvolaných ostatními psychoaktivními látkami došlo k poklesu počtu pacientů, a to téměř o 4 %.

Z porovnání počtu pacientů v jednotlivých skupinách psychiatrických diagnóz dle pohlaví je zřejmé, že u žen se častěji vyskytovaly afektivní poruchy (71%) a neurotické poruchy (69 %). Muži byli výrazně častěji ošetřováni v souvislosti se sexuálními poruchami/deviacemi (78 %), vývojovými poruchami v dětství a adolescenci (79 %), poruchami vyvolanými ostatními psychoaktivními látkami (66 %) a alkoholem (65 %), poruchy osobnosti, z toho hlavně v patologickém hráčství, zaujímali muži 88 %.

Vybraná onemocnění (diagnóza MKN-10)		Území							ČR
		Bruntál	Frydek-Místek	Karviná	Nový Jičín	Opava	Ostrava	MS kraj	
Organické duševní poruchy (F00-F09)	a	24,6	92,5	126,3	36,3	59,2	98,4	84,1	63,9
	b	8,6	21,2	43,2	11,3	10,6	24,4	22,9	17,2
Poruchy vyvolané alkoholem (F10)	a	5,8	35,0	36,3	17,2	15,8	40,3	29,4	25,2
	b	2,7	9,2	10,2	2,3	3,6	10,6	7,6	6,2
Poruchy vyvol. ostat. psycho-aktiv. látkami (F11-F19)	a	3,3	8,2	11,6	5,3	5,0	17,9	10,4	16,5
	b	1,4	2,5	3,6	1,2	1,8	5,1	3,1	3,4
Schizofrenie (F20-F209)	a	12,2	59,0	54,8	33,0	45,4	63,8	50,5	46,2
	b	4,6	5,6	5,2	1,5	2,9	8,5	5,3	4,9
Afektivní poruchy (F30-F39)	a	7,1	122,4	57,4	30,0	50,4	74,9	65,1	105,7
	b	2,3	19,3	8,0	2,8	2,9	12,4	9,3	18,0
Neurotické poruchy (F40-F48, F50-F59)	a	17,7	138,9	209,0	109,2	136,4	268,3	174,8	223,2
	b	7,1	35,4	41,6	23,7	29,9	54,9	37,5	53
Poruchy osobnosti (F60-F63, F68-F69)	a	10,0	12,1	19,0	7,6	17,5	26,8	17,6	26,0
	b	4,2	2,4	3,0	1,6	3,2	6,1	3,7	6,0
Sexuální poruchy, deviace (F64-F66)	a	0,1	1,0	0,2	2,0	0,1	4,7	1,8	4,7
	b	-	0,4	-	0,4	-	1,0	0,4	0,5
Mentální retardace (F70-F79)	a	9,6	21,7	20,7	10,2	22,7	27,5	20,8	20,0
	b	1,1	2,3	2,4	1,2	1,8	2,8	2,2	2,7
Výv. poruchy v dětství a adolescenci (F80-F98) ¹⁾	a	0,5	56,0	76,4	213,6	162,9	392,7	179,7	28,7
	b	0,5	17,9	27,6	68,7	19,8	41,8	31,6	7,1
Neurčená duševní porucha (F99)	a	0,2	3,1	-	-	0,1	0,8	0,3	1,2
	b	0,2	0,6	-	-	0,1	0,7	0,3	0,6

a – prevalence (celkem); b – incidence (nově zjištěná); ¹⁾ Přepočten na 10 000 obyvatel ve věku 0-19 let

Tabulka 17 Počty pacientů podle vybraných psychiatrických diagnóz na 10 000 obyvatel, 2013 (zdroj ÚZIS)

ÚRAZY

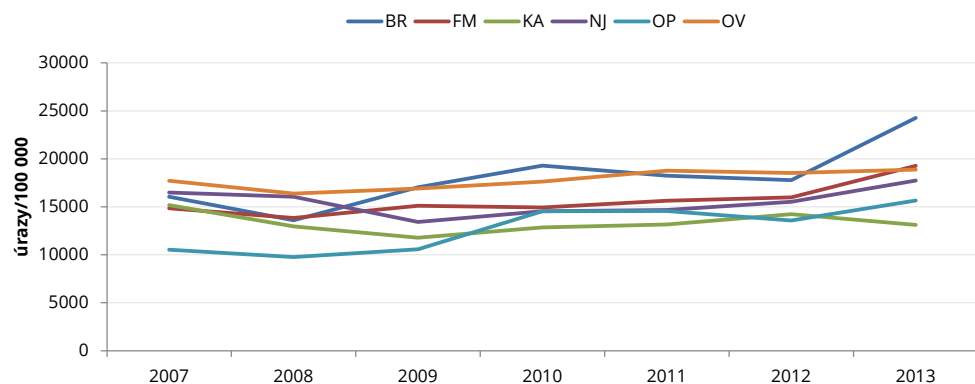
Úraz je jakékoliv neúmyslné či úmyslné poškození organismu, ke kterému došlo následkem akutní expozice termální, mechanické, elektrické či chemické energie a z nedostatku životně nezbytných energetických prvků či veličin, jako jsou kyslík nebo teplo. Zjednodušeně řečeno je úraz porucha zdraví způsobená náhle a vnější příčinou. Současně se jedná o úrazy ošetřené ambulancemi chirurgických oborů (chirurgie, dětská chirurgie, neurochirurgie, plastická chirurgie a léčba popálenin, kardiologie, traumatologie, ortopedie, hrudní chirurgie, cévní chirurgie).

Celková úrazovost: Ošetřené úrazy z ambulancí chirurgických oborů (chirurgie, dětská chirurgie, neurochirurgie, plastická chirurgie a léčba popálenin,

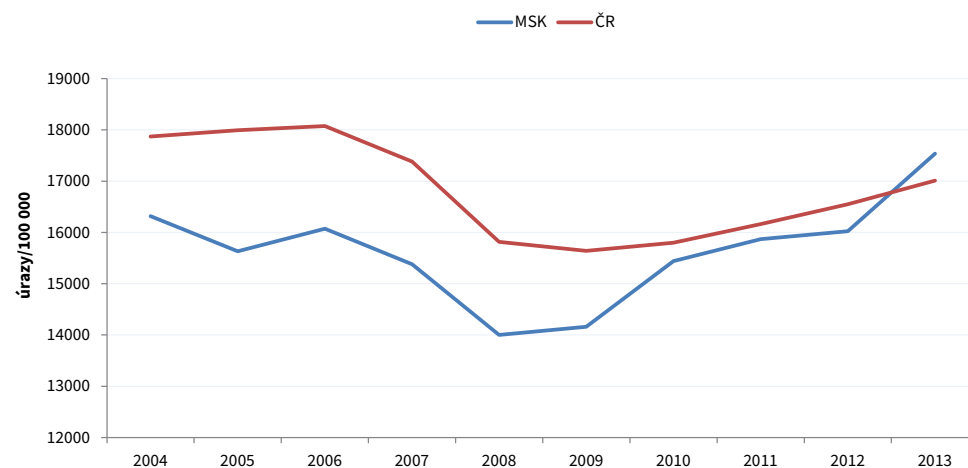
kardiologie, traumatologie, ortopedie, hrudní chirurgie, cévní chirurgie).
Zdroj: ÚZIS ČR

V České republice jsou úrazy třetí nejčastější příčinou úmrtí, u dětí a dospělých do 44 let úplně nejčastější (první). Jsou to právě úrazy a vážná onemocnění, které mohou vést ke vzniku invalidity. Úrazy můžeme rozdělit na neúmyslné, tj. pády, dopravní nehody (tyto příčiny převažují), utonutí, otravy a úrazy následkem požáru a na úmyslné, tj. vraždy, sebevraždy, násilí a války.

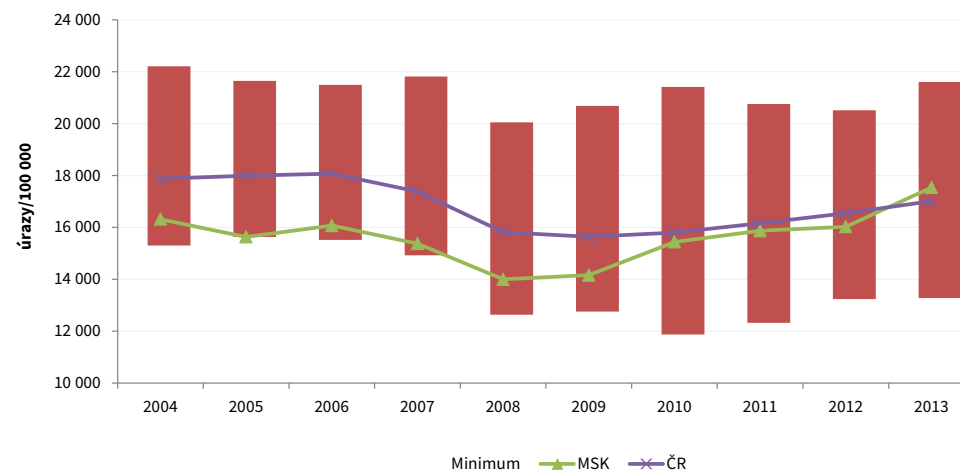
Prevence úrazů je velice složitý proces. Riziko lze snižovat opatrností a dodržováním bezpečnostních zásad a předpisů a edukací v této oblasti.



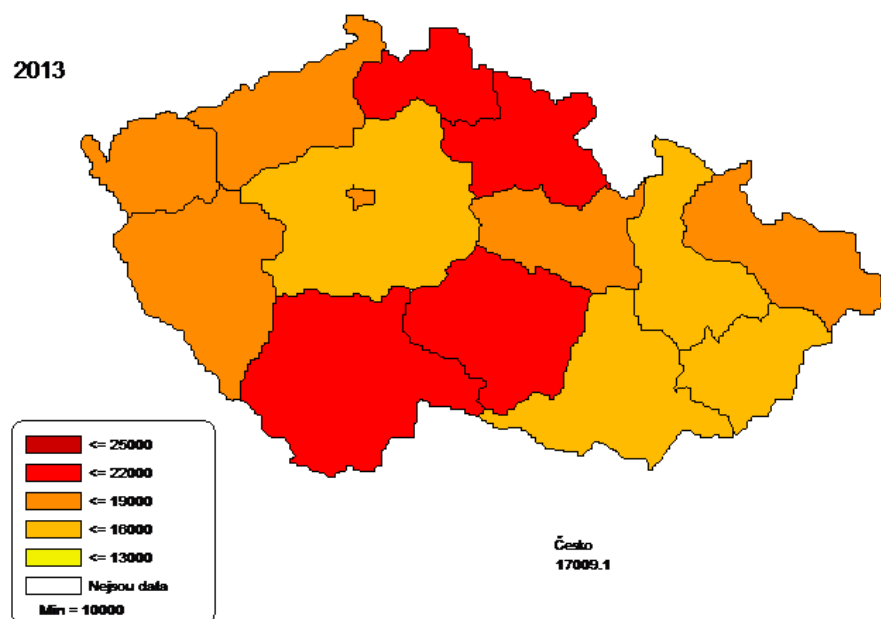
Graf 91 Úrazy na 100 tisíc obyvatel v okresech MS kraje, 2007 – 2013, (zdroj ÚZIS)



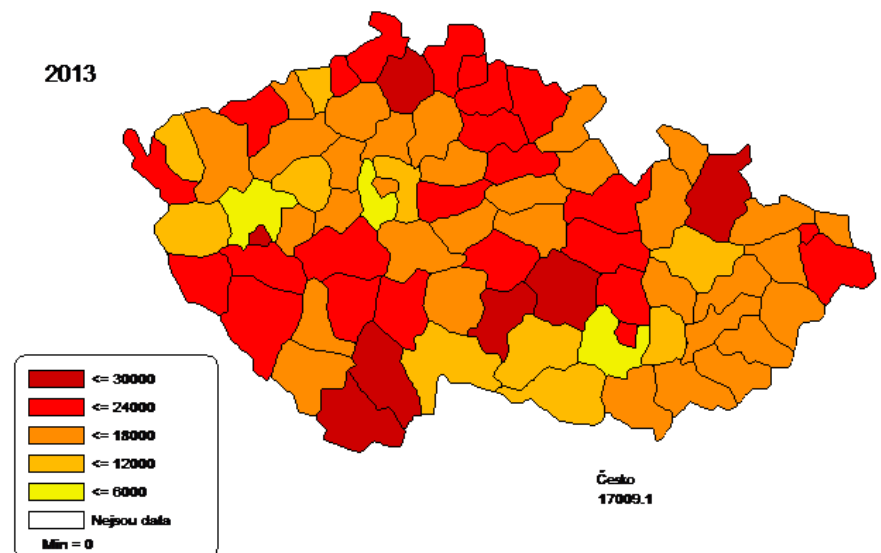
Graf 92 Úrazy na 100 tisíc obyvatel v MSK a ČR, 2004 – 2013, (zdroj ÚZIS)



Graf 93 Úrazy na 100 tisíc obyvatel, vývoj v letech 2004 – 2013, srovnání rozpětí krajů, MS kraje a ČR (zdroj ÚZIS)



Kartogram 25 Úrazy na 100 tisíc obyvatel, kraje, 2013 (zdroj DPS ÚZIS)



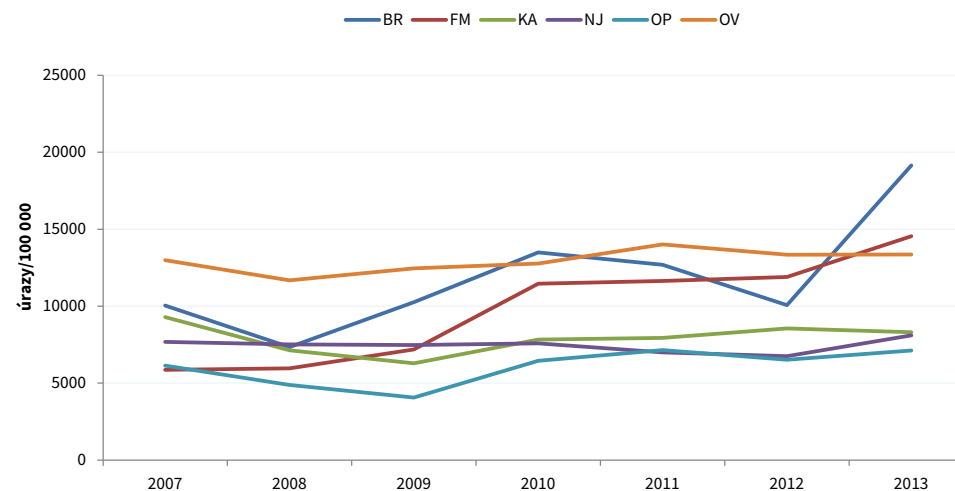
Kartogram 26 Úrazy na 100 tisíc obyvatel, okresy, 2013 (zdroj DPS ÚZIS)

Domácí + ostatní úrazy

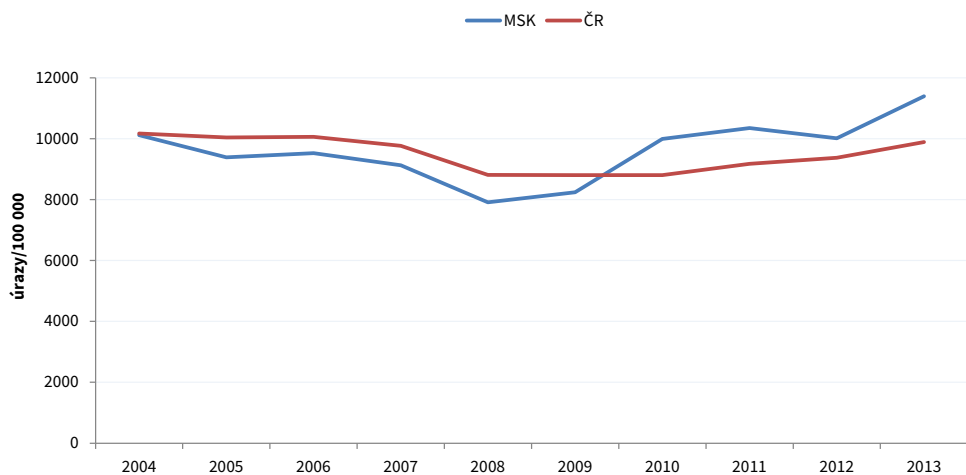
V porovnání s ostatními kraji bylo v letech 2004 až 2013 evidováno nejvíce domácích úrazů v Jihočeském kraji, kde bylo průměrně 11 684 úrazů na 100 000 obyvatel, nejméně v Pardubickém kraji – 8 648 úrazů na 100 000 obyvatel. Moravskoslezský kraj s průměrným počtem úrazů 9 606 je nad ročním průměrem Česka (9 602). Celkový trend Česka lze ve sledovaném období vyhodnotit do roku 2010 jako mírně klesající, pak dochází k mírnému nárůstu, v MS kraji byl počet úrazů pod celostátním průměrem

do roku 2009, v roce 2010 došlo k jeho překročení a od té doby stále vzrůstá.

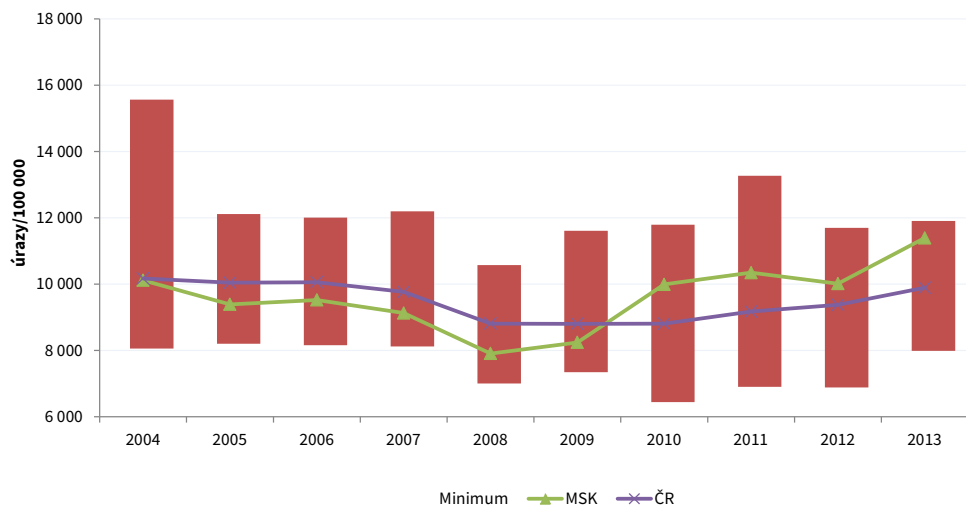
V Moravskoslezském kraji byl v letech 2007 až 2013 evidován nejvyšší počet domácích úrazů v okrese Ostrava (průměr za uvedené období 12 943 úrazů na 100 000 obyvatel), nejnižší počet v okrese Opava (6 046 úrazů na 100 000 obyvatel), průměr za MS kraj 9 575, ČR 9 232. K velkému nárůstu domácích úrazů došlo v roce 2013 v okrese Bruntál z 10 065 na 19 153 úrazů na 100 000 obyvatel.



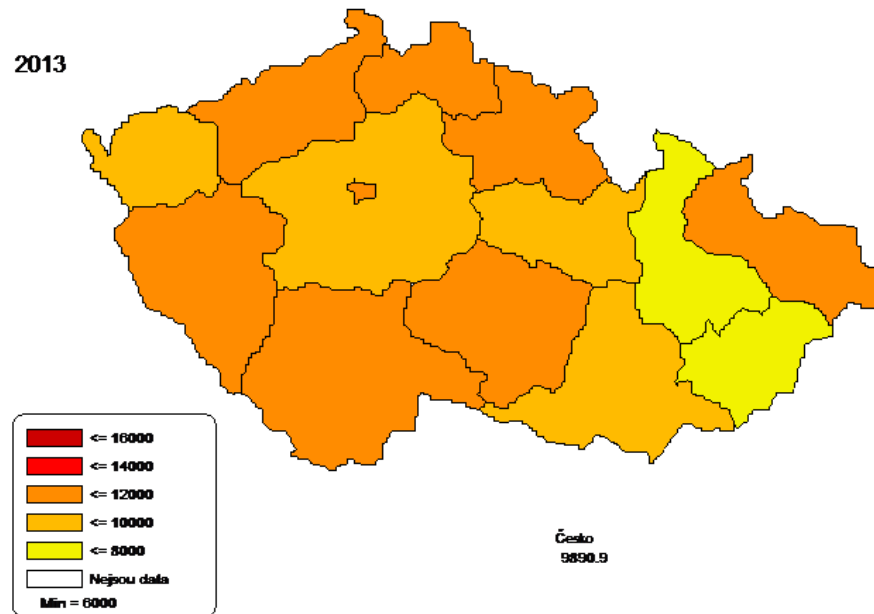
Graf 94 Úrazy domácí + ostatní na 100 tisíc obyvatel v okresech MS kraje, 2007 – 2013, (zdroj ÚZIS)



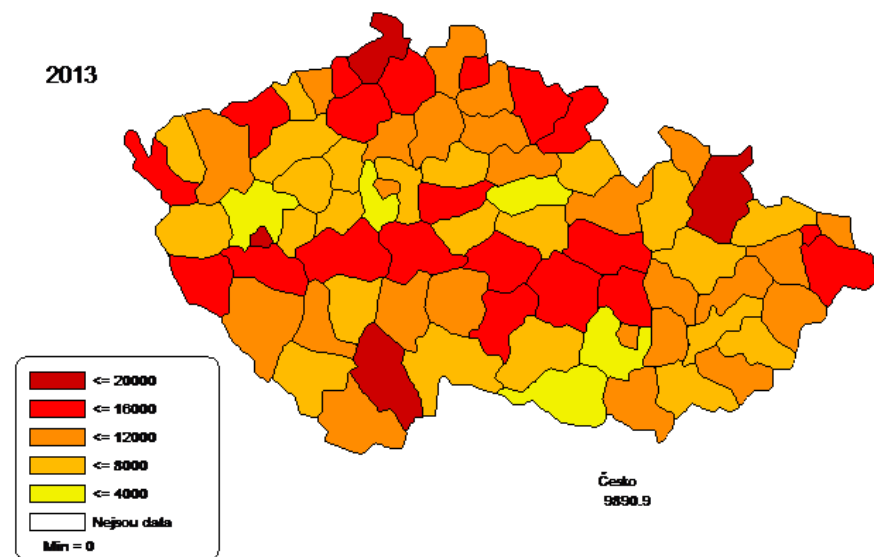
Graf 95 Úrazy domácí + ostatní na 100 tisíc obyvatel v MSK a ČR, 2004 - 2013, (zdroj ÚZIS)



Graf 96 Úrazy domácí + ostatní na 100 tisíc obyvatel, vývoj v letech 2004 - 2013, srovnání rozpětí krajů, MS kraje a ČR (zdroj ÚZIS)



Kartogram 27 Úrazy domácí + ostatní na 100 tisíc obyvatel, kraje, 2013 (zdroj DPS ÚZIS)

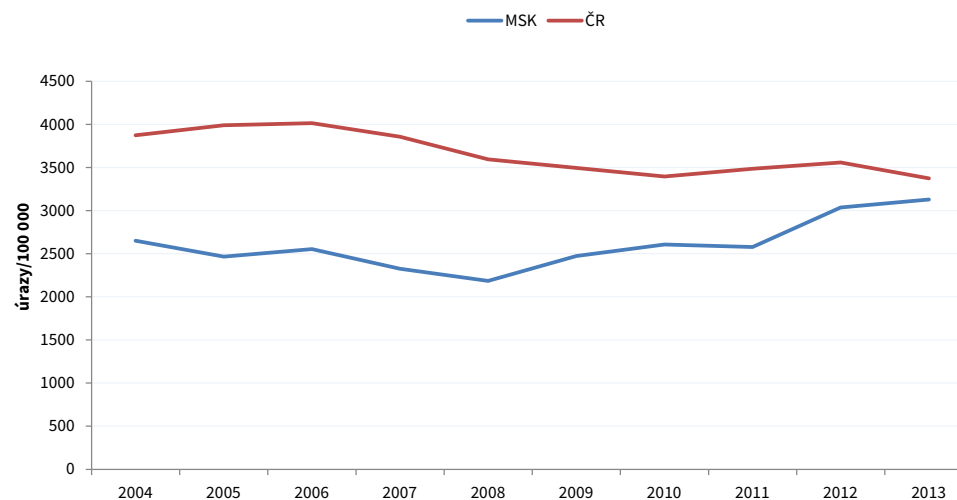


Kartogram 28 Úrazy domácí + ostatní na 100 tisíc obyvatel, okresy, 2013 (zdroj DPS ÚZIS)

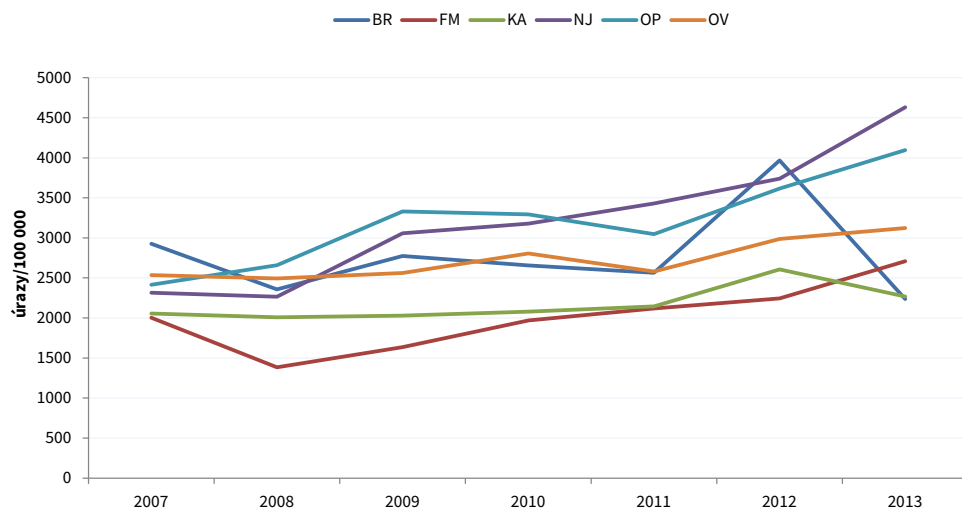
Sportovní úrazy

V porovnání s ostatními kraji bylo v letech 2004 až 2013 nejvíce sportovních úrazů v Královéhradeckém kraji, kde bylo průměrně 5 186 úrazů na 100 000 obyvatel. Nejméně sportovních úrazů bylo v Moravskoslezském kraji (2 601), roční průměr Česka je 3 665. Celkový trend Česka lze ve sledovaném období vyhodnotit jako mírně klesající, v MS kraji jako mírně rostoucí.

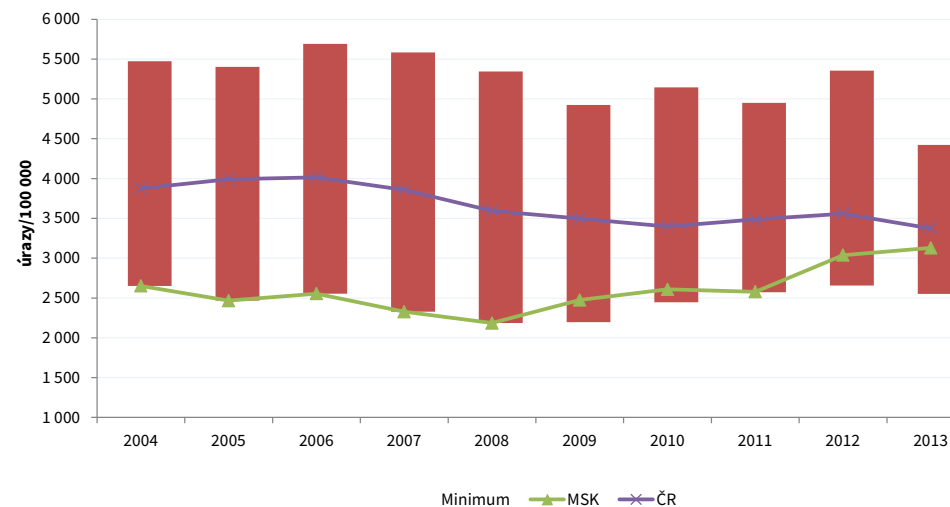
V Moravskoslezském kraji byl v letech 2007 až 2013 evidován nejvyšší počet sportovních úrazů v okrese Nový Jičín (průměr za uvedené období 3 231 úrazů na 100 000 obyvatel), nejnižší počet v okrese Frýdek-Místek (2 009 úrazů na 100 000 obyvatel), průměr za MS kraj 2 620, ČR 3 538.



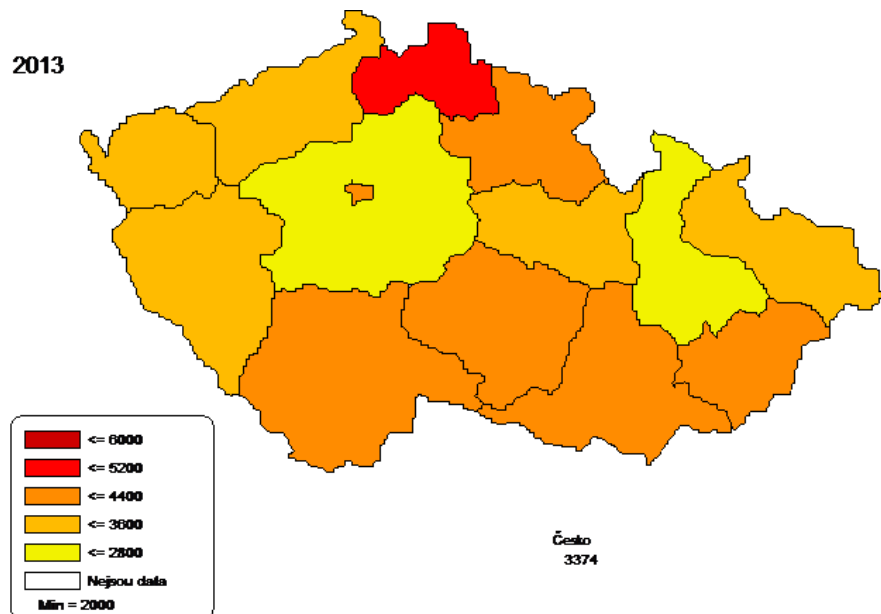
Graf 98 Úrazy sportovní na 100 tisíc obyvatel v MSK a ČR, 2004 – 2013, (zdroj ÚZIS)



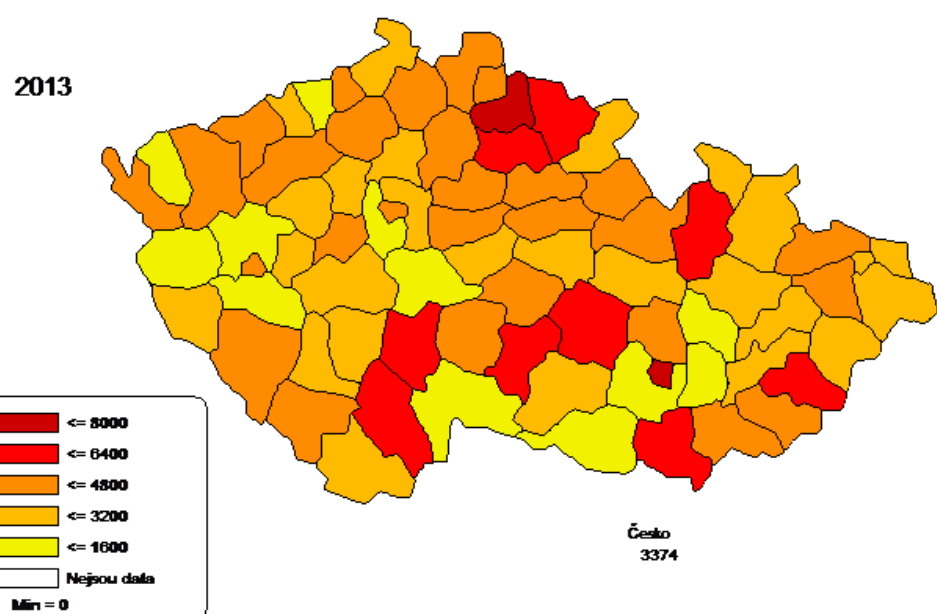
Graf 97 Úrazy sportovní na 100 tisíc obyvatel v okresech MS kraje, 2007 – 2013, (zdroj ÚZIS)



Graf 99 Úrazy sportovní na 100 tisíc obyvatel, vývoj v letech 2004 – 2013, srovnání rozpětí krajů, MS kraje a ČR (zdroj ÚZIS)



Kartogram 29 Úrazy sportovní na 100 tisíc obyvatel, kraje, 2013 (zdroj DPS ÚZIS)



Kartogram 30 Úrazy sportovní na 100 tisíc obyvatel, okresy, 2013 (zdroj DPS ÚZIS)

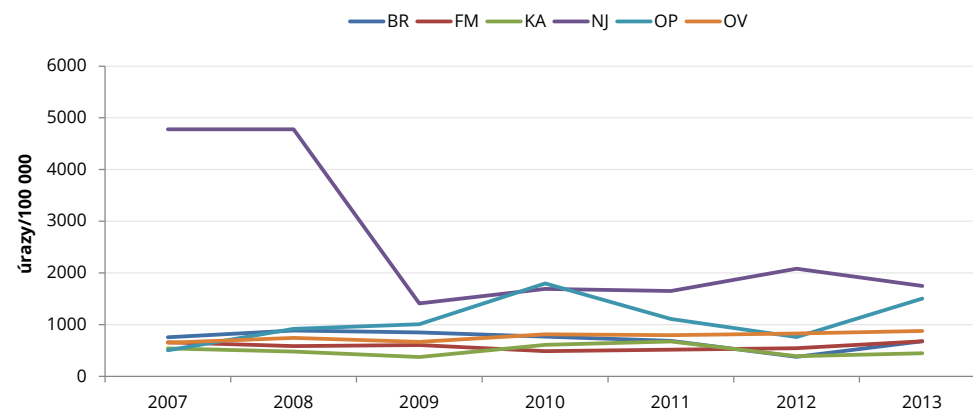
Dopravní úrazy

Dopravní úrazy představují úrazy, které vznikly v souvislosti s provozem dopravního prostředku a které byly ošetřeny ve zdravotnickém zařízení.

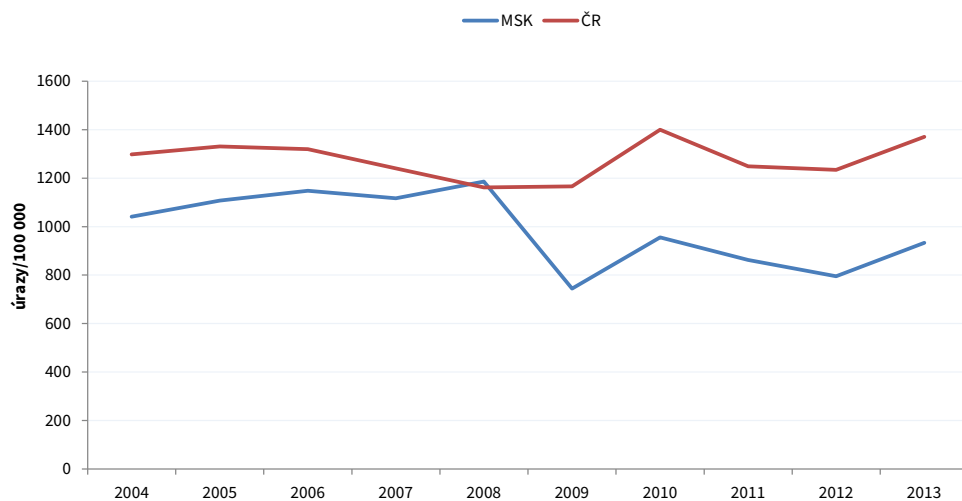
V porovnání s ostatními kraji bylo v letech 2004 až 2013 nejvíce dopravních úrazů v Libereckém kraji, kde bylo průměrně 2 066 úrazů na 100 000 obyvatel, nejnižší počet dopravních úrazů bylo ve Středočeském kraji (893). Moravskoslezský kraj s průměrným počtem dopravních

úrazů 989 na 100 000 obyvatel je pod ročním průměrem Česka (1 277).

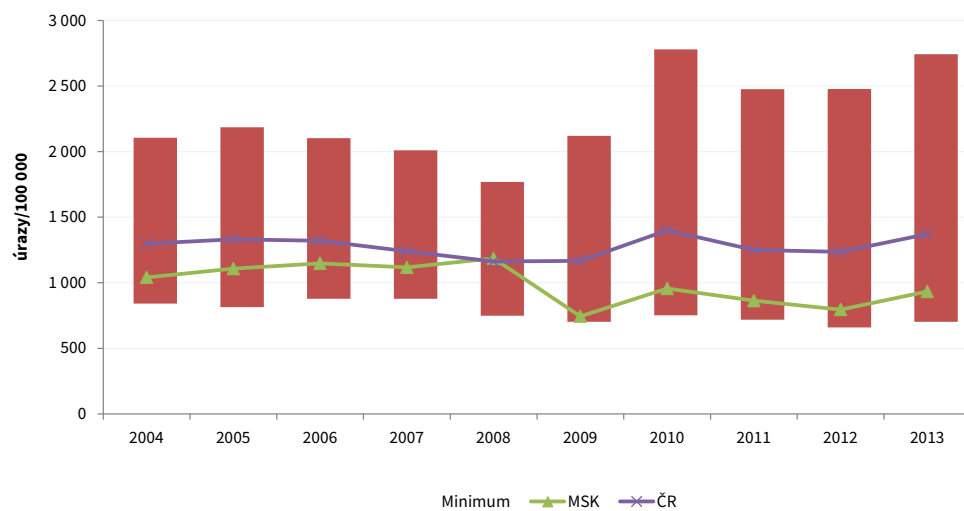
V Moravskoslezském kraji byl v letech 2007 až 2013 evidován nejvyšší počet dopravních úrazů v okrese Nový Jičín (průměr za uvedené období 2 591 úrazů na 100 000 obyvatel), nejnižší počet v okrese Karviná (501 úrazů na 100 000 obyvatel), průměr za MS kraj 942, ČR 1260.



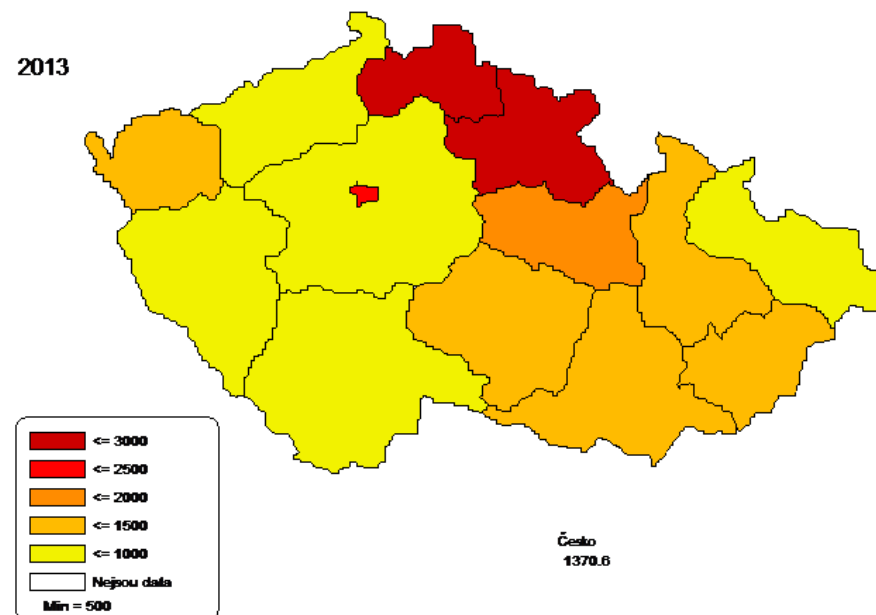
Graf 100 Úrazy dopravní na 100 tisíc obyvatel v okresech MS kraje, 2007–2013, (zdroj ÚZIS)



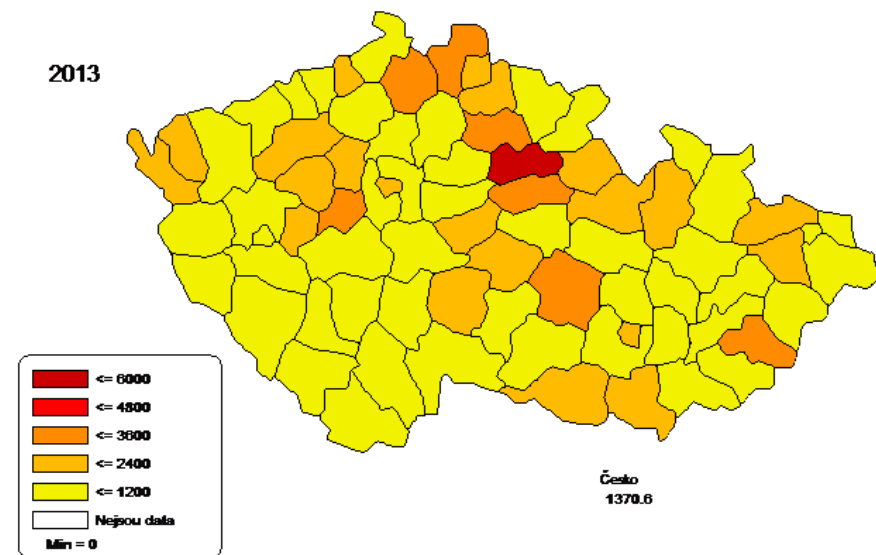
Graf 101 Úrazy dopravní na 100 tisíc obyvatel v MSK a ČR, 2004 – 2013, (zdroj ÚZIS)



Graf 102 Úrazy dopravní na 100 tisíc obyvatel, vývoj v letech 2004 – 2013, srovnání rozpětí krajů, MS kraje a ČR (zdroj ÚZIS)



Kartogram 31 Úrazy dopravní na 100 tisíc obyvatel, kraje, 2013 (zdroj DPS ÚZIS)



Kartogram 32 Úrazy dopravní na 100 tisíc obyvatel, okresy, 2013 (zdroj DPS ÚZIS)

Pracovní úrazy

Počet hlášených případů pracovní neschopnosti pro pracovní úraz na 100 nemocensky pojištěných. Ukazatel zahrnuje nově hlášené případy pracovní neschopnosti pro pracovní úraz ve sledovaném roce na základě hlášení o počátku pracovní neschopnosti. Zdroj: ČSÚ

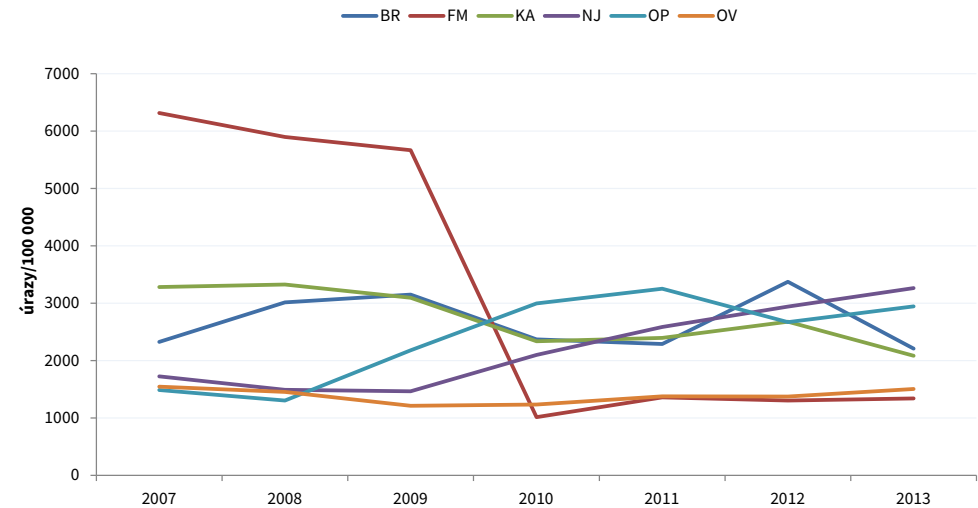
Pracovní úrazy představují skupinu úrazů, která se významně podílí na nemocnosti obyvatel z důvodu úrazu. Pracovním úrazem ve smyslu ustanovení zákoníku práce je poškození zdraví nebo smrt zaměstnance, ke které došlo nezávisle na jeho vůli krátkodobým, náhlým a násilným působením zevních vlivů při plnění pracovních úkolů nebo v přímé souvislosti s jejich plněním. Je třeba však zdůraznit, že za pracovní úraz není možné považovat úraz, který se zaměstnanci stal při cestě do zaměstnání a zpět. Každý zaměstnavatel, u kterého k pracovnímu úrazu došlo, je povinen objasnit příčiny a okolnosti vzniku tohoto úrazu.

Z dat analyzovaného období let 2004 – 2013 je zřejmé, že počet případů pracovní neschopnosti vykazuje v průběhu let trvalý mírný pokles. Hodnota ukazatele se liší v jednotlivých krajích České republiky. Nejvyšší výskyt případů pracovní neschopnosti pro pracovní úraz je

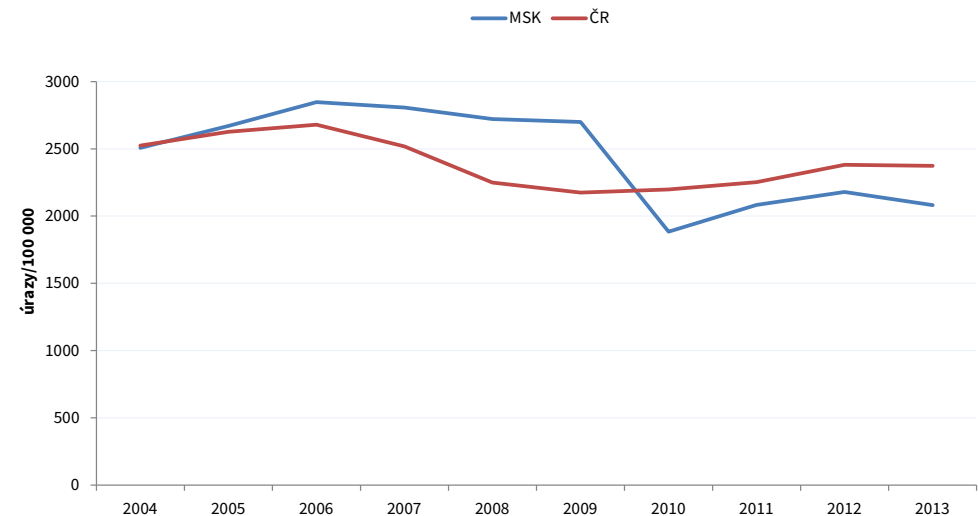
v Plzeňském kraji (průměr za uvedené období 2,1 případů PN na 100 nemocensky pojištěných). Nejnižší hodnoty ukazatele jsou dlouhodobě zjišťovány v hlavním městě Praha (průměr za uvedené období 0,9 případů PN na 100 nemocensky pojištěných). Ve Moravskoslezském kraji po celé sledované období jsou hodnoty ukazatele pod republikovými údaji.

Během desetiletého období došlo ve Moravskoslezském kraji k poklesu hodnoty ukazatele téměř o jeden případ pracovní neschopnosti pro pracovní úraz (pro rok 2004 hodnota 1,7, rok 2013 hodnota 0,9 případu) na 100 pracovníků nemocensky pojištěných pro pracovní úraz.

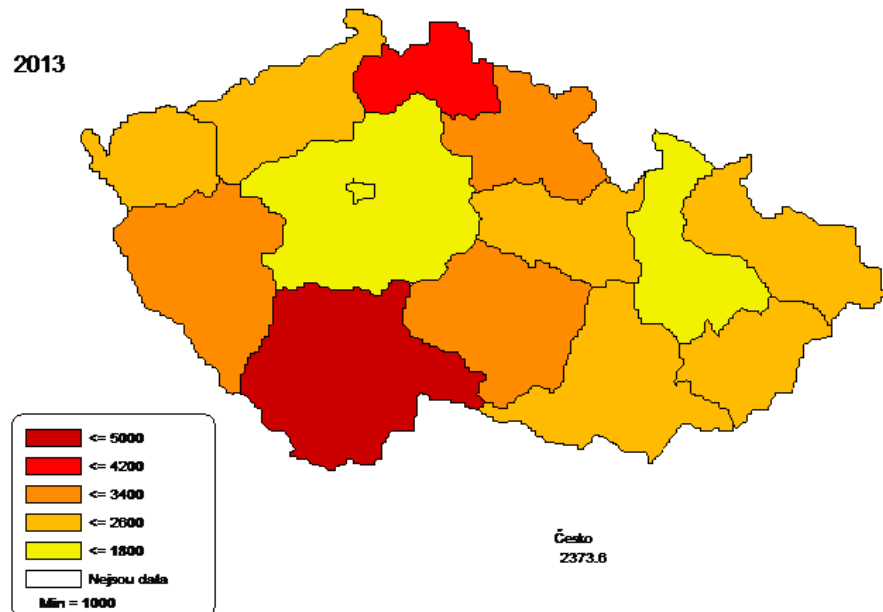
Na úrovni okresů Moravskoslezského kraje byl zjištěn nejvyšší počet případů pracovní neschopnosti pro pracovní úraz v okrese Bruntál, nejnižší výskyt za sledované období byl zaznamenán v okrese Ostrava. Hodnota ukazatele ve všech okresech Moravskoslezského kraje vykazuje obdobně jako v rámci republiky trvalý pokles.



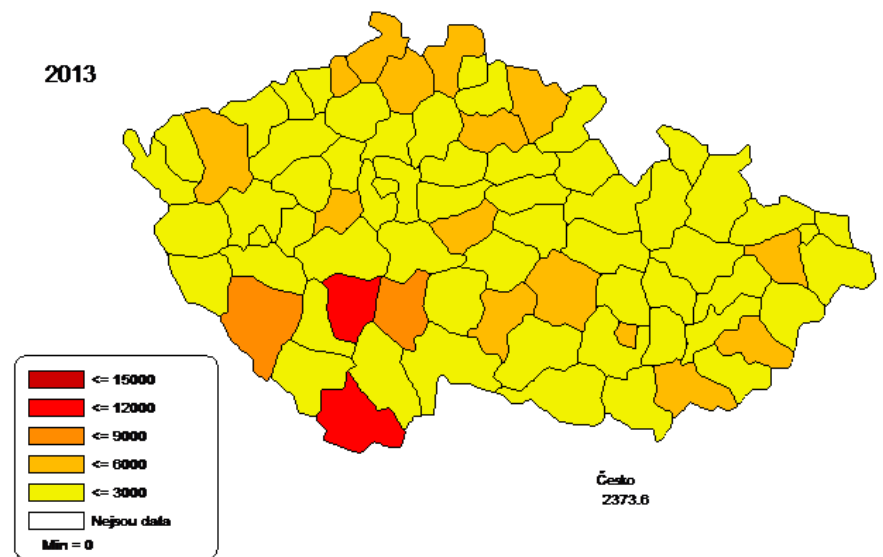
Graf 103 Úrazy pracovní na 100 tisíc obyvatel v okresech MS kraje, 2007 – 2013, (zdroj ÚZIS)



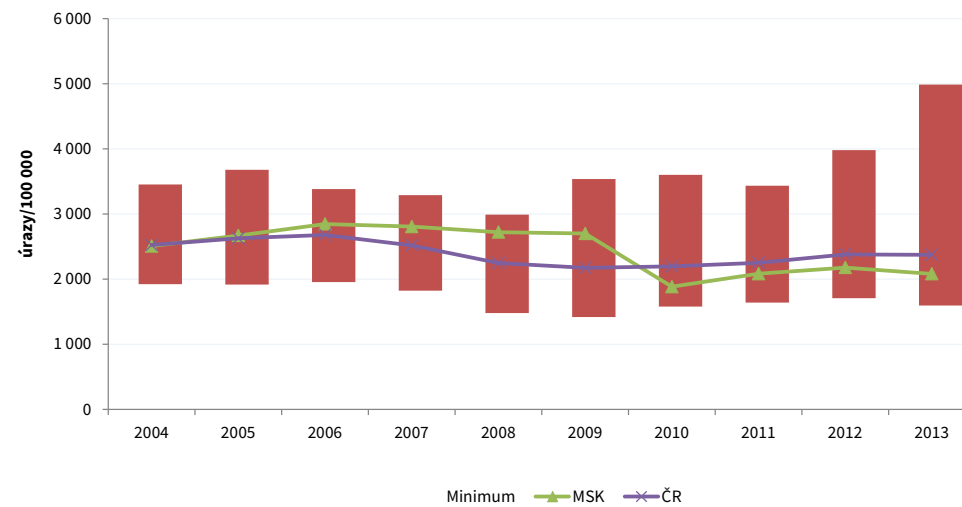
Graf 104 Úrazy pracovní na 100 tisíc obyvatel v MSK a ČR, 2004 – 2013, (zdroj ÚZIS)



Kartogram 33 Úrazy pracovní na 100 tisíc obyvatel, kraje, 2013 (zdroj DPS ÚZIS)



Kartogram 34 Úrazy pracovní na 100 tisíc obyvatel, okresy, 2013 (zdroj DPS ÚZIS)



Graf 105 Úrazy pracovní na 100 tisíc obyvatel, vývoj v letech 2004 - 2013, srovnání rozpětí krajů, MS kraje a ČR (zdroj ÚZIS)

Úrazy dětí 0 až 14 let

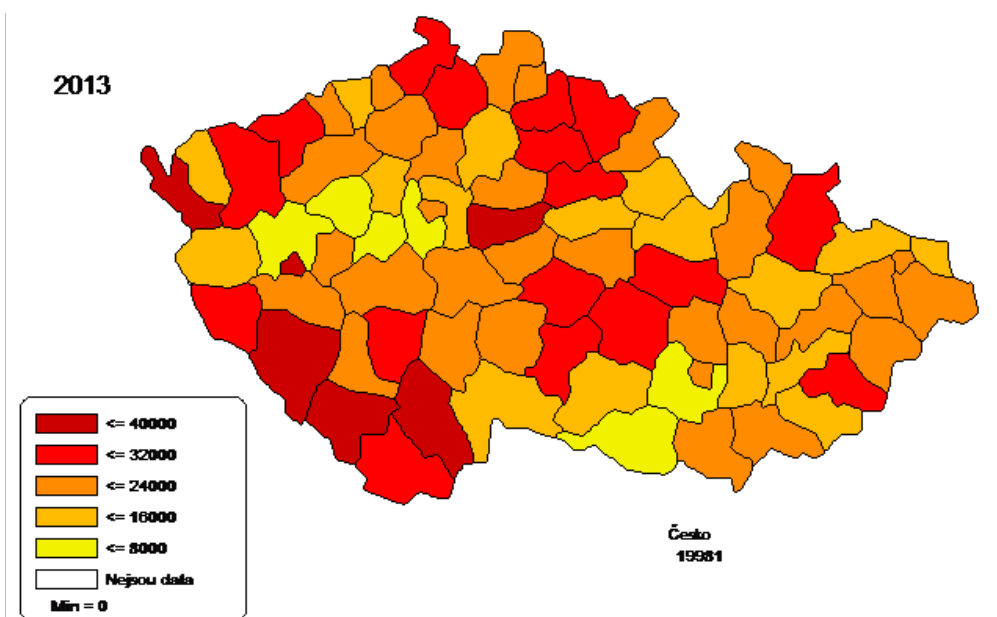
Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) jsou úrazy považovány za největší zdravotnický problém v dětském věku. Nejčastější příčinou smrti dětí ve věku od 1 roku do 14 let je úraz anebo otrava. Úrazy jsou v České republice jednou z nejčastějších příčin úmrtí u dětí. Každý rok na ně umírá cca 250 dětí, pro další dva tisíce končí úraz trvalými následky. Závažné úrazy dětí se stále opakují, jsou důsledkem stále stejných situací. Jejich závažnost se různí s věkem, pohlavím, oblastí výskytu

a socioekonomickou úrovní. Je proto důležité vědět, proč se stávají, co mohou způsobit a jak jim lze předejít. Zdravotnická statistika přináší celou řadu informací o úrazech dětí ve vazbě na jejich závažnost a sledovat lze dokonce i množství podrobností týkající se okolností vzniku úrazu, druhu poranění, délce a průběhu hospitalizace i následků úrazu včetně úmrtí. Vývoj úrazovosti lze sledovat v čase podle různých kritérií, např. podle věku, pohlaví, regionů ČR, druhu nebo mechanismu zranění i pod-

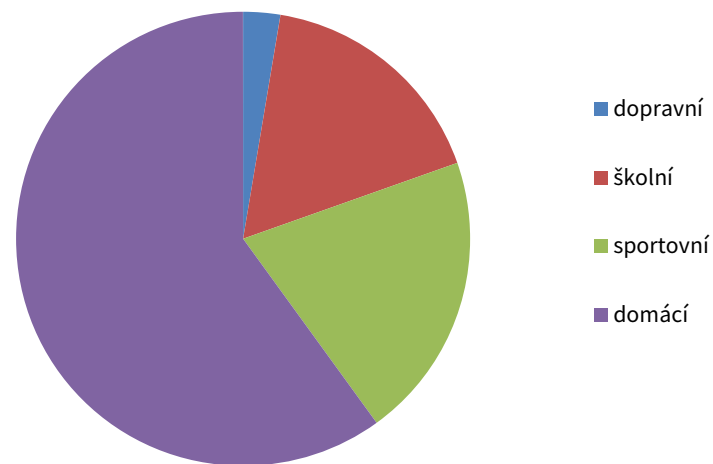
le užších kritérií jako je např. doba zranění, mechanismus úrazu typický pro určitý věk apod.

Mezi nejčastější místa úrazů dětí patří domácí prostředí (36 %), sportoviště (23%), vozovka (21%), škola, resp. předškolní zařízení (17%). Statistika uvádějí, že k téměř polovině vážných dětských úrazů dochází v bytě nebo v jeho okolí. Nejčastějšími příčinami jsou oheň s následnými popáleninami, utonutí, udušení, neúmyslné použití střelných zbraní, pády a otravy.

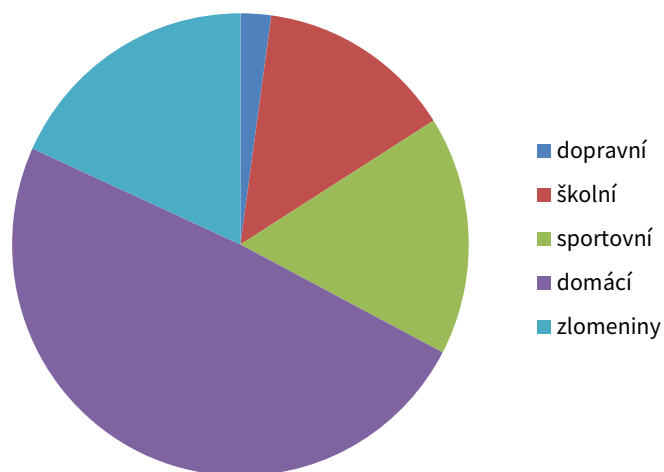
Dětské úrazy lze dělit na úrazy domácí + ostatní (dále jen domácí), úrazy sportovní, školní a dopravní. Domov je pro malé děti rizikovým místem zejména proto, že tam tráví nejvíce času a hrozí nedostatečný dozor ze strany dospělých. Z hlediska dopravních úrazů u dětí má vliv specifita psychomotorického vývoje – nedostatečně vyvinuté binokulární, stereoskopické vidění, užší zorné pole (až o 30 %), prodloužený reakční čas, ale také zvýšená únava v odpoledních a večerních hodinách, o víkendech.



Kartogram 35 Úrazy dětí 0 – 14 na 100 tisíc obyvatel, okresy, 2013 (zdroj DPS ÚZIS)



Graf 106 Poměr jednotlivých typů úrazů na celkovém počtu úrazů u dětí v Moravsko-slezském kraji v roce 2013



Graf 107 Podíl zlomenin na úrazech u dětí v Moravskoslezském kraji v roce 2013

Z obou grafů vyplývá převaha domácích úrazů nad ostatními typy dětských úrazů v roce 2013 v MSK.

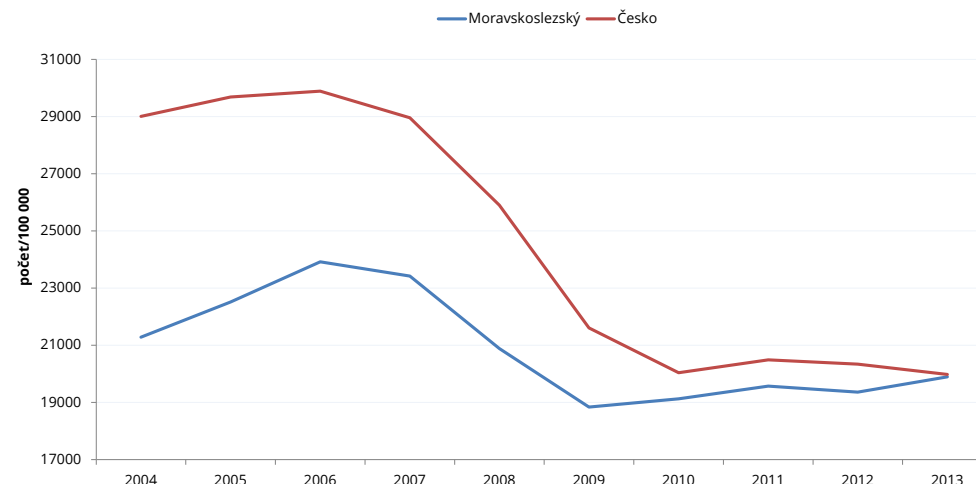
Nejčastějšími místy úrazů v domácnosti jsou koupelna, okna, balkony a terasy, schody. V koupelně je velmi nebezpečná vodou politá podlaha. Na jejím kluzkém povrchu hrozí pád nejen malému dítěti. Dalším rizikem jsou vodovodní baterie – jakmile z nich začne vytékat příliš horká voda, hrozí opaření dítěte. Ohrožující pro dítě mohou být také elektrické spotřebiče (sušič vlasů, kulma, holicí strojek), ostré nůžky a pilníčky, kosmetika tělová i koupelňová, prací prášky a podobné zajímavé hučící a lákavě vonící předměty. Na balkoně je důležitá vzdálenost tyček zábradlí, aby si mezi ně dítě

nezaklínilo hlavu anebo ruku a jakákoli možnost vylézt a naklonit se přes okraj zábradlí (stoličky, krabice). Z okrasných květin na balkóně či terase hrozí nebezpečí otrav a alergií. Všeobecná rizika hrozí ve všech místnostech domu nebo bytu a to přivření prstů do dveří, dvířek skříněk a skříní, zásuvek, prosklené vitríny a skleněné výplně, ostré rohy stolu, hrany nábytku, police, které mohou dětem sloužit jako improvizovaný žebřík. Na schodišti hrozí nebezpečí pádu, a to nejen chodících dětí, ale i lezoucích. Pro děti nejsou vhodné ani malé hračky a předměty. Hračky a „kousátka“, která nejsou dostatečně velká, mají oddělitelné nebo vypadávající části, jež by mohly dítěti uvíznout v krku.

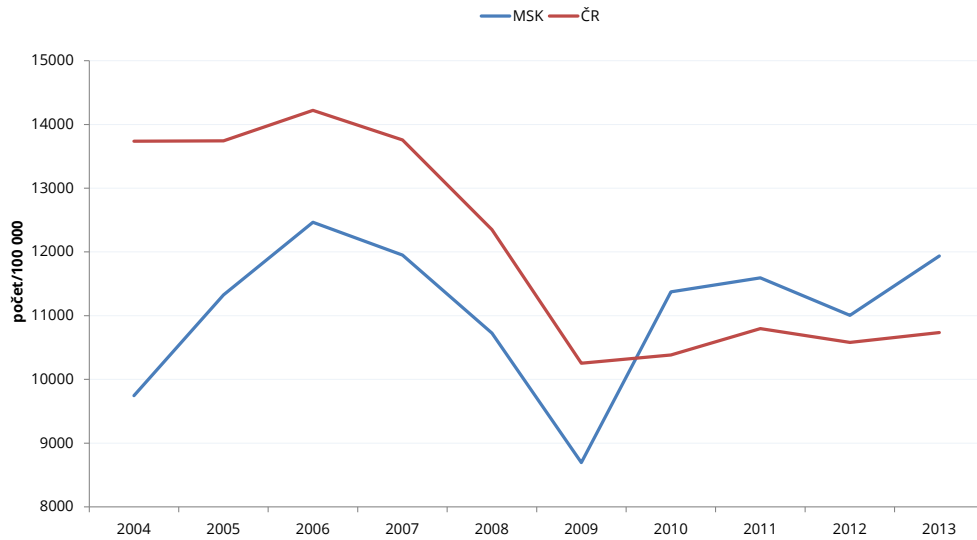
Trend vývoje dětských úrazů celkem 2003-2013

Z grafu vyplývá, že v porovnání s ČR byl výskyt dětských úrazů v MSK vždy nižší. Od roku 2006 počet dětských úrazů v ČR zaznamenal výrazný pokles až do roku 2010, stejně tak v MSK. Od roku 2010 počet dětských úrazů mírně vzrostl

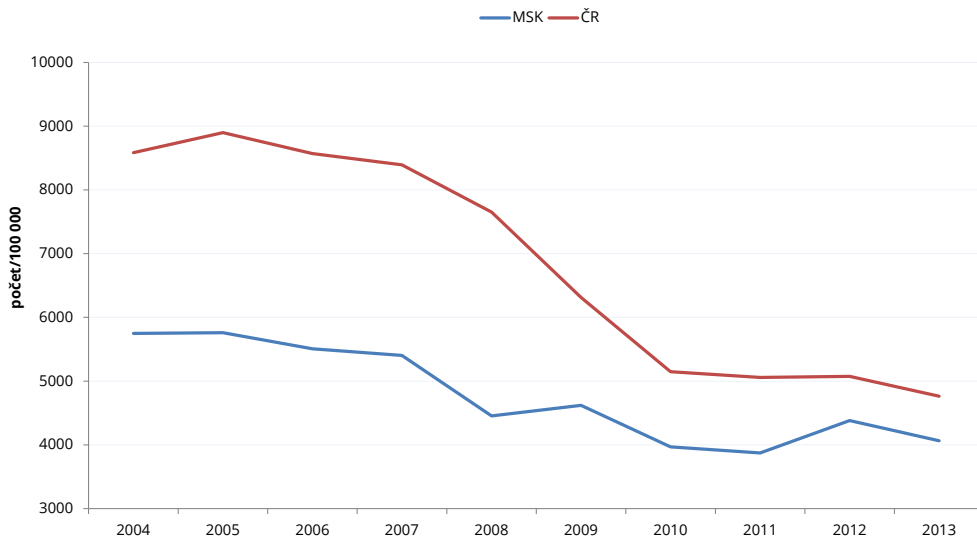
a MSK se dostává na úroveň ČR. Celkově lze konstatovat, že úrazovost (vyjádřená buď jako ambulantní úrazovost, hospitalizovanost pro úraz nebo úrazová mortalita) u dětí do 20 let má klesající trend.



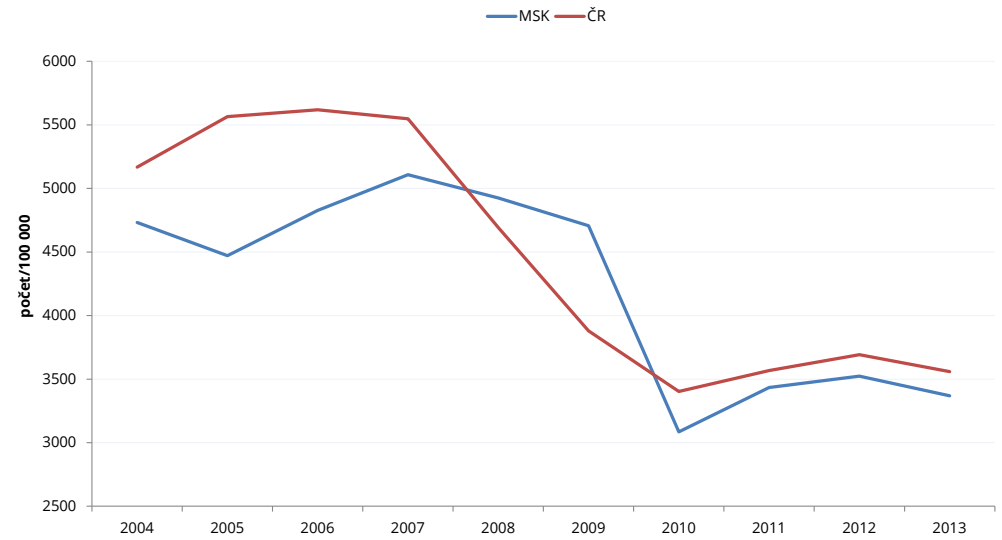
Graf 108 Vývoj výskytu dětských úrazů v letech 2004 – 2013 v Moravskoslezském kraji v porovnání s trendem v České republice



Graf 109 Trend vývoje domácích úrazů u dětí v MSK v porovnání s ČR



Graf 110 Trend vývoje sportovních úrazů u dětí v MSK v porovnání s ČR



Graf 111 Trend vývoje školních úrazů u dětí v MSK v porovnání s ČR

Následky úrazů dětí

Zdravotní komplikace, které způsobí úraz, se mohou vyléčit do několika dní, další možností jsou však trvalé tělesné následky způsobené úrazem (např. jizva na tváři po opaření vroucí vodou nebo ztráta sluchu, zraku), které si s sebou dítě nese do budoucnosti a provázejí ho po celý život. Následky úrazů mohou

přinášet také psychické problémy (sociální izolace, narušené mezilidské vztahy, uzavírání se do sebe, neschopnost komunikovat). V neposlední řadě jsou to mnohdy nezanedbatelné finanční náklady spojené s léčbou, dlouhodobou péčí o dítě, někdy bohužel dokonce celoživotní.

Prevence úrazů dětí

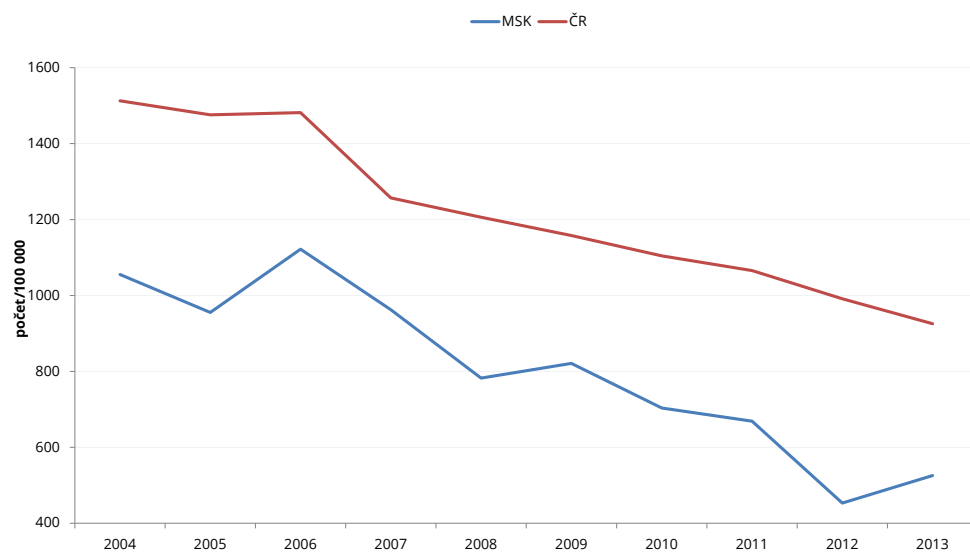
Prevence je vždy snazší a levnější než řešení následků úrazů. Vedle života a zdraví, které lze těžko vyčíslit, se pre-

venčí ušetří značné náklady na transport zraněných, nemocniční léčbu, opakované operace, péči o zraněné dítě

nebo dítě, pro které úraz skončil trvalým následkem.

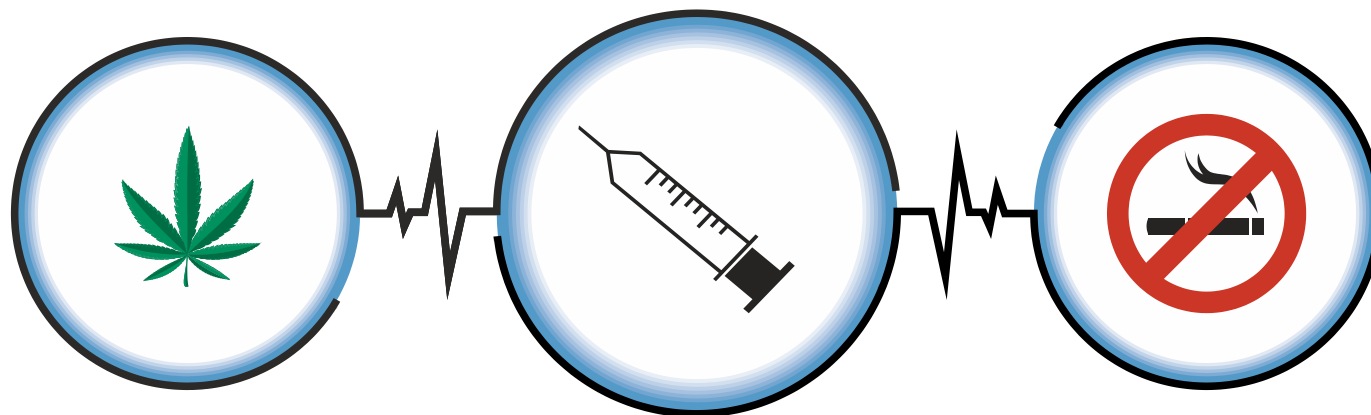
Existují dva základní způsoby, jak úrazům předcházet, a to pasivní prevence úrazů = vytváření bezpečného prostředí a aktivní prevence úrazů = výchova a motivace k bezpečnému chování. Pasivní prevencí je tedy úprava prostředí domova tak, aby bylo z hlediska možnosti úrazu bezpečnější. Taktéž vytváření bezpečného prostředí v dopravě, ve městech, školách, školkách a na dět-

ských hřištích, které je již finančně náročnější, ale zejména tady se prevence vyplácí. Bezpečné prostředí je třeba doplnit výchovou a motivací k bezpečnému chování. Děti by se měly učit rozpoznávat riziková místa a situace a umět si s nimi poradit už od předškolního a školního věku. S tím, jak dítě roste, mělo by přebírat stále větší odpovědnost za své bezpečí a zdraví, u dospívajících je pak potřeba seznámit je s možnými následky jejich rizikového chování.



Graf 112 Trend vývoje dopravních úrazů u dětí v MSK v porovnání s ČR

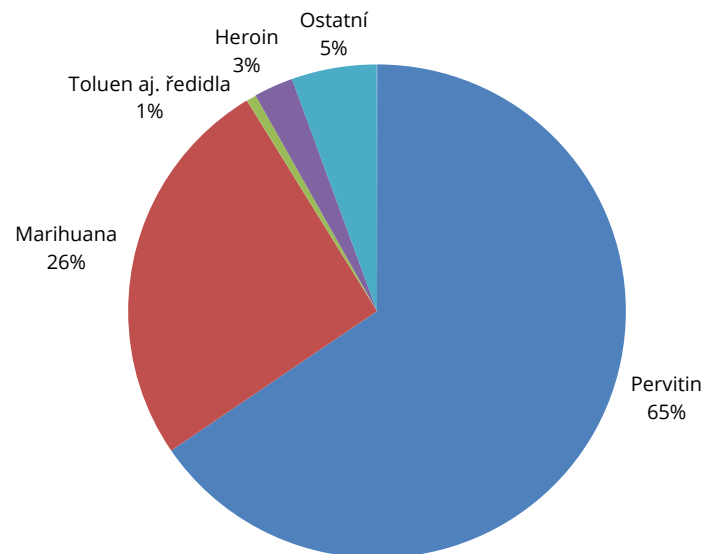
CHARAKTERISTIKA DROGOVÉ SCÉNY V MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI



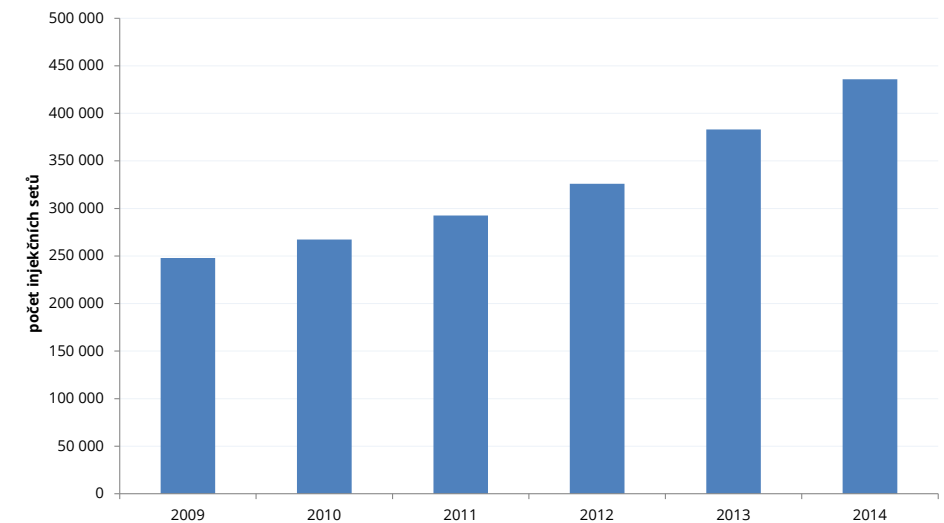
Problematika závislostí na návykových látkách je jedním ze závažných celospolečenských problémů a v konečném důsledku ohrožuje zdravý vývoj celé společnosti. Monitorování závislostí na návykových látkách je prováděno ve spolupráci s referátem drogové epidemiologie Hygienické stanice hl. m. Prahy a zabezpečuje sběr a zpracování informací o závislých osobách, které žádaly o službu v léčebně kontaktních centrech (dále jen LK centra). Moravskoslezský kraj eviduje celkem 36 LK center, což je nejvyšší počet v České republice. Převážně se jedná o zařízení ambulantního typu. Z důvodu snížení přenosu infekčních onemocnění mezi uživateli drog je v centrech realizován program výměny injekčních setů. V roce 2014

bylo vyměněno celkem 435 746 kusů injekčního materiálu, což je oproti loňskému roku 2013 nárůst o 13 %. Počty vyměněných injekčních setů se rok od roku zvyšují. V roce 2014 navštívilo LK centra celkem 921 klientů, z toho se jednalo o 727 mužů a 194 žen. Nejčastější věkovou skupinou, která navštěvuje LK centra, jsou klienti ve věku 25 – 39 let. Z celkového počtu bylo 484 klientů testováno na protilátky HIV s negativním výsledkem. V Moravskoslezském kraji je nejčastěji užívanou drogou pervitin a jeho užívání uvedlo 307 nových žadatelů o léčbu, což tvoří 64 % z celkového počtu.

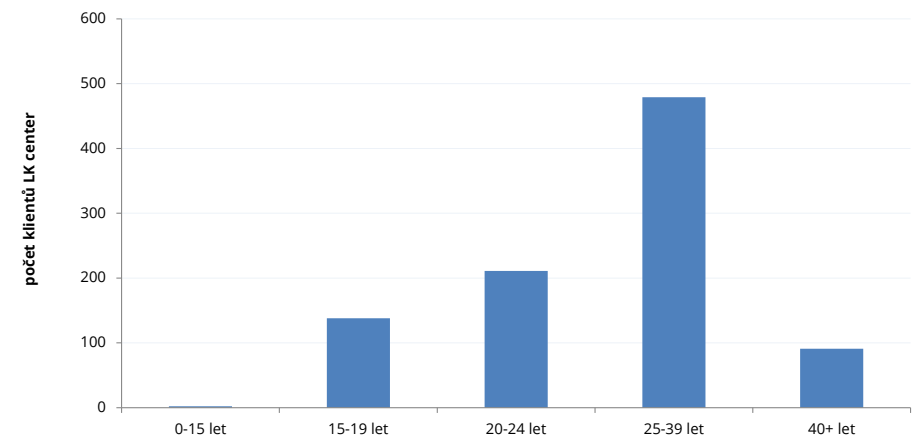
Zdroj dat: Registr drogové epidemiologie



Graf 113 Nejčastěji užívané drogy u nových žadatelů o léčbu v MS kraji v roce 2014



Graf 114 Výměnný program injekčních setů v MS kraji v letech 2009 – 2014, absolutní čísla



Graf 115 Rozdělení klientů navštěvujících LK centra v MS kraji v roce 2014 dle věkových skupin

AKTIVITY PODPORY ZDRAVÍ V MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI



**World Health
Organization**



ŠKOLA
PODPORUJÍCÍ ZDRAVÍ



OVOCE A ZELENINA
DO ŠKOL



ZDRAVÁ MĚSTA, OBCE, REGIONY
ČESKÉ REPUBLIKY

Aktivity zaměřené na ochranu a podporu zdraví jsou součástí zdravotních politik států a jsou koordinovány Světovou zdravotnickou organizací WHO. Na úrovni České republiky jsou součástí Národní strategie ochrany a podpory

zdraví a prevence nemocí, která definuje dva hlavní strategické cíle zaměřené na zlepšení zdraví obyvatel a posílení role veřejné správy v oblasti zdraví a čtyři oblasti prioritních politických opatření. Nad realizací této národní strategie od-

borně dohlíží Ministerstvo zdravotnictví České republiky, mimo jiné, prostřednictvím orgánů ochrany veřejného zdraví, na krajské úrovni je to Krajská hygienická stanice Moravskoslezského kraje. V Moravskoslezském kraji existuje řada

dalších organizací (státních i nevládních), která se problematikou prevence a podpory zdraví také zabývá.

(MZ ČR 2013, *Zdraví 2020*)

PROJEKTY WHO

Škola podporující zdraví

Národní síť programu Škola podporující zdraví v ČR je součástí 43 členné Evropské sítě škol podporujících zdraví vzniklé roku 1992. Koordinátorem a garantem programu v České republice je Státní zdravotní ústav (SZÚ) se sídlem v Praze. Program sdružuje školy, pro které zdraví neznamena jen nepřítomnost nemoci, ale snaží se zdůraznit i odpověd-

nost jedince k vlastnímu zdraví. V ČR je program zaměřen na mateřské, základní a střední školy. V mateřských školách vyznává principy – učitelka podporující zdraví, věkově smíšené třídy, tělesná pohoda a volný pohyb, zdravá výživa, spolupráce MŠ se ZŠ, začlenění MŠ do života obce. Na základních a středních školách se program zabývá pohodou

prostředí, zdravým učením a otevřeným partnerstvím. V Moravskoslezském kraji je do programu zapojeno 40 škol, v rámci ČR pak 287 škol. SZÚ jako garant programu poskytuje školám pozvánky na akce týkající se školské problematiky, zdravotně výchovné materiály, koncepci výchovy ke zdravému životnímu stylu. Na svých webových stránkách (www.szu.cz) vydává Hygienický občasník s tématy hygienických požadavků na školy a školská zařízení a poskytuje informace jak se stát členem této národní sítě škol.

(zdroj www.szu.cz)

Zdravé město

Mezinárodní projekt Zdravé město iniciovala, podporuje a rozvíjí Světová zdravotní organizace (WHO) od roku 1988. V Evropě je do projektu aktuálně zapojeno 1300 Zdravých měst ve 30 zemích. Česká Zdravá města jsou sjednocena v projektu Národní síť Zdravých měst ČR (NSZM ČR). V roce 2014 vstoupila Ná-

rodní síť Zdravých měst ČR společně s dalšími národními sítěmi v Evropě do VI. fáze Projektu Zdravé město WHO.

NSZM ČR má 119 členů, s regionálním vlivem na 2654 měst a obcí, ve kterých žije 6,018 milionu obyvatel (57% populace ČR). V roce 2014 bylo zapojeno 6

krajů, včetně kraje Moravskoslezského. Mezi 10 měst a obcí našeho kraje zapojených do projektu NSZM patří – Bolešovice, Frýdek-Místek, Hlučín, Karlovice, Kopřivnice, Krnov, Opava, Orlová, Skotnice, Zbyslavice.

V listopadu 2014 se v rámci projektu Zdravý Moravskoslezský kraj v Ostravě uskutečnila Podzimní škola Zdravých měst v prostředí Národní kulturní památky Dolní oblast Vítkovice. Toto setkání zahájil ředitel NSZM ČR Petr Švec. Účastníkům byl prostřednictvím filmové prezentace představen projekt Zdra-

vý kraj, byli seznámeni s jeho úspěšnými aktivitami jako např. se zavedením systému EMAS na krajském úřadě, dotačním systémem či rozvojem elektromobility. Byly rovněž prezentovány aktivity Zdravé obce Bolatice a Zdravého města Kopřivnice zapojených do NSZM v Moravskoslezském kraji.

V roce 2014 proběhla ve Zdravých městech a obcích tradiční kampaň Dny zdraví, která je zaměřena na zdravý životní styl a probíhá zejména v první polovině října. V rámci kampaně se konají nejruznější akce zaměřené na pohybové aktivity, zdravé stravování. Během akcí v rámci kampaně Dny zdraví si mohou

občané na řadě míst nechat zdarma změřit tělesné hodnoty (tělesnou hmotnost, tlak, hladinu cukru v krvi atp.), případně absolvovat další vyšetření nebo získat informace v rámci bezplatného poradenství. Doprovodný program je tradičně určen všem generacím včetně dětí a seniorů. Ke kampani se v Morav-

skoslezském kraji v roce 2014 připojila obec Bolatice s nabídkou – Dny zdraví, Pochod za zdravím, město Frýdek-Místek – Den zdraví a sociálních služeb a město Krnov – Týden zdraví a sociálních služeb 2014.

(zdroj web <http://nsmz.cz>)

Podnik podporující zdraví

Ochrana zdraví při práci je v naší zemi legislativně podložena a pracovní podmínky a jejich dodržování jsou orgánem ochrany veřejného zdraví v gesci krajských hygienických stanic pravidelně kontrolovány při státním zdravotním dozoru. Soutěž Podnik podporující zdraví je zaměřena na podporu zdraví na pracovišti, tudíž na možnosti, které podnik nabízí svým zaměstnancům a čím je podporuje v péči o vlastní zdraví bez ohledu na konkrétní pracovní zaměření. Tato soutěž je každoročně od

roku 2005 vyhlašována hlavním hygienikem České republiky. Od roku 2007 jsou soutěžící podniky rozděleny do dvou kategorií: velké podniky (s více než 250 zaměstnanci) a malé a střední podniky (s méně než 250 zaměstnanci). V roce 2014 proběhl již desátý ročník, soutěž organizuje Státní zdravotní ústav (SZÚ) v Praze pod záštitou Ministerstva zdravotnictví ČR. Na internetových stránkách SZÚ je k dispozici manuál ke zhodnocení úrovně péče o zdraví zaměstnanců, na jehož základě lze naplá-

novat a zavést nové aktivity a opatření k ochraně a podpoře zdraví zaměstnanců, spolu s Dotazníkem pro sebehodnocení. Všechny podniky, které dosáhnou stanoveného bodového limitu, jsou oceněny titulem Podnik podporující zdraví roku s platností na tři roky. Titul v kategorii Velké podniky za rok 2014, a to Podnik podporující zdraví 3. stupně – získal Siemens, spol. s r.o., odštěpný závod Elektromotory Frenštát pod Radhoštěm (obhajoba titulu z roku 2011), Podnik podporující zdraví 2. stupně –

získal Continental Automotive Czech Republic, spol. s r.o., Frenštát pod Radhoštěm (obhajoba titulu z roku 2011), Podnik podporující zdraví 1. stupně – získal ITT HOLDINGS CZECH REPUBLIC s.r.o., Ostrava-Hrabová, reprezentující Moravskoslezský kraj. Taktéž Ministerstvo zdravotnictví České republiky vyhlásilo soutěž o titul Podnik podporující zdraví roku 2015 a SZÚ na svých internetových stránkách vyvěsil přihlášku.

(zdroj www.szu.cz)

PROJEKTY EU

Ovoce a zelenina do škol v MSK

Tento projekt je projektem Evropské unie, v ČR byl zahájen ve školním roce 2009/2010. Jeho cílem je přispět k trvalému zvýšení spotřeby ovoce a zeleniny, vytvořit správné stravovací návyky ve výživě dětí, bojovat proti dětské obezitě. Cílovou skupinou jsou žáci prvních až pátých ročníků základních škol. Projekt je realizován tak, že je do škol zdarma dodáváno čerstvé ovoce a zelenina nebo ovocné a zeleninové šťávy. Poskytovatel dotace v České republice je Stát-

ní zemědělský intervenční fond (SZIF). Ve školním roce 2014/2015 je do projektu zapojeno 3741 škol vzdělávajících 509 030 žáků I. stupně, kterým ovoce a zeleninu dodává 25 schválených dodavatelů. Roční limit na žáka ve výši 333 Kč, tento limit je stanoven v souladu s odst. 9 § 3 Nařízení vlády č. 478/2009 Sb. o stanovení některých podmínek pro poskytování podpory na ovoce a zeleninu a výrobky z ovoce, zeleniny a banánů dětem ve vzdělávacích zařízeních

(vždy do 20.10.) a zahrnuje i náklady na dodávky do škol.

V Moravskoslezském kraji je do projektu ve školním roce 2014/2015 zapojených 408 škol z 441 (92.52%), což zahrnuje 56 354 odebírajících žáků I. stupně základních škol. Pro Moravskoslezský kraj je schváleno 6 dodavatelů: LAKTEA, o.p.s., Jesenice u Prahy, COME vending s.r.o., Opava (distribuce prostřednictvím chlazeného výdejního automatu Happysna-

ck nebo klasicky), OVOCENTRUM V+V s.r.o., Valašské Meziříčí, MK Fruit s.r.o., Šumperk, Fresh Fast Food s.r.o., Praha 5, Beskyd Fryčovice, a.s. Výrobky jsou dodávány zpravidla očištěné v uzavíratelných sáčcích či nádobách, případně prostřednictvím chlazeného výdejního automatu.

(zdroj www.ovocedoskol.szif.cz)

Mléko do škol

Dalším projektem Evropské unie je Mléko do škol, jehož poskytovatelem dotace v ČR je také Státní zemědělský intervenční fond (SZIF) – v programu Podpora spotřeby školního mléka, který podporuje děti v konzumaci mléčných výrobků a zdravém stravování. Od roku 2008 Evropská komise rozšířila program Mléko do škol o řadu dalších dotovaných výrobků, a umožnila přístup k dotacím i středním školám, nejen základním a mateřským. Na území ČR je projekt realizován formou dotovaných

výrobků za sníženou cenu. Do programu se mohou zapojit mateřské školy, jiná předškolní zařízení, základní školy, střední školy a další vzdělávací zařízení spravované nebo uznávané místní realizační organizací (například ministerstvem školství).

Ve školním roce 2014/2015 do programu zapojeno 7 subjektů, dodávajících podporované mléčné výrobky do cca 3000 škol, které navštěvuje cca 590 000 žáků. Jedná se o dodavatele: Mlékárna

Hlinsko, a.s. (značka TATRA), Bohušovická mlékárna, a.s. (značka Kapucín), Laktea o.p.s. – Školní mléko, Madeta a.s. – Školní mléko, Polabské mlékárny a.s., Poděbrady (značka Milko), Adante s.r.o. (značka Adante), Come vending s.r.o. (značka Happy snack), Bovys, s.r.o. (značka Bovys).

Obecně prospěšná společnost Laktea je hlavním realizátorem programu Školní mléko v České republice, zabezpečuje distribuci dotovaných výrobků doda-

vatelů. Děti mají k dispozici tyto typy dotovaných mlék a mléčných výrobků: mléko a jeho ochucené varianty, sýry (včetně nízkotučných), kysané mléčné výrobky (např. podmáslí), mléčné výrobky smíchané s ovocem a ovocnými šťávami.

(zdroj www.szif.cz a <http://ec.europa.eu>)

PROJEKTY MZ ČR

Ministerstvo zdravotnictví České republiky každým rokem vyhlašuje dva dotační programy viz níže, jejichž cílem je efektivně přispět finančními prostřed-

ky na realizaci projektů týkajících se zdraví nejen preventivního charakteru. Krajská hygienická stanice Moravskoslezského kraje se každoročně podílí

na posuzování předložených projektů vydáváním oponentských posudků. Posuzují se jak formální nedostatky, tak aktuálnost projektu, očekávaný přínos,

finanční náklady, širší uplatnitelnost projektu – jeho rozsah (republikový/nadregionální).

Národní program zdraví – projekty podpory zdraví

Do výběrového řízení bylo pro rok 2014 předloženo celkem 54 žádostí o poskytnutí státní dotace na realizaci pro-

jektu podpory zdraví, z toho 43 žádostí splnilo veškeré požadavky stanovené schválenou Metodikou pro žadatele

o poskytnutí státní dotace. K finanční podpoře bylo doporučeno celkem 30

žádostí s celorepublikovou, krajskou či místní působností.

Národní program řešení problematiky HIV/AIDS

Do výběrového řízení bylo pro rok 2014 předloženo celkem 34 žádostí o poskytnutí státní dotace na realizaci projektu řešení problematiky HIV/AIDS, z toho 27 žádostí splnilo veškeré požadavky

stanovené schválenou Metodikou pro žadatele o poskytnutí státní dotace. K finanční podpoře bylo doporučeno celkem 18 žádostí s celorepublikovou, krajskou či místní působností.

KHS MSK se aktivně podílí na projektech podpory zdraví a blízce spolupracuje s AIDS centry a transfúzními stanicemi, pro které byl uspořádán seminář

na téma Epidemiologická situace ve výskytu HIV/AIDS v ČR a MSK.

(zdroj www.mzcr.cz)

PROJEKTY SFŽP

Národní program podpory ozdravných pobytů dětí

Státní fond životního prostředí České republiky je významným finančním zdrojem při ochraně a zlepšování sta-

vu životního prostředí. Nabídka jeho dotačních programů zahrnuje i Program podpory ozdravných pobytů dětí

specifikovaný na Podporu ozdravných pobytů dětí z oblastí se zhoršenou kvalitou ovzduší. Cílem programu je zlep-

šení zdravotního stavu a posílení environmentálního vědomí u dětí školního věku z oblastí se zhoršenou kvalitou

ovzduší. Finanční podpora je poskytována na realizaci ozdravných pobytů žáků 1. stupně základních škol z oblastí

se zhoršenou kvalitou ovzduší. Podporovány jsou ozdravné pobyty v rozsahu 10 až 15 dní v rekreačních střediscích.

PROJEKTY KHS MSK

Pohybová aktivita žáků II. stupně ZŠ v Moravskoslezském kraji

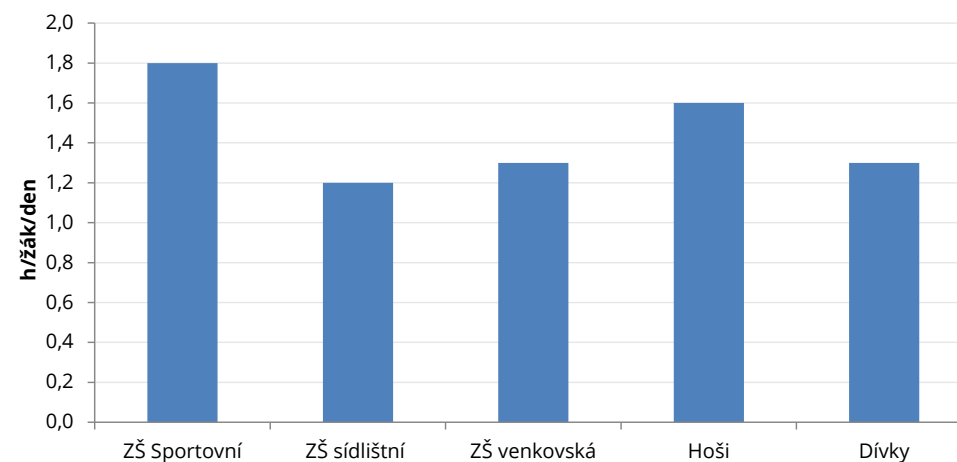
Vzhledem ke vzrůstajícímu výskytu nadváhy a obezity a poruchám pohybového aparátu u dětí, provedla Krajská hygienická stanice Moravskoslezského kraje v roce 2014 pilotní studii formou dotazníkového průzkumu v 6 okresních městech Moravskoslezského kraje (Ostrava, Karviná, Frýdek-Místek, Nový Jičín, Opava, Bruntál). Anketa byla zaměřena na žáky 8.tříd tří typů základních škol – sportovní, sídlištní a venkovská. Na jednotlivých základních školách jsme zmapovali podmínky a možnosti školy pro pohybovou aktivitu. Dle doporučení Světové zdravotnické organizace (WHO) je třeba dosáhnout alespoň „60 minut pohybové aktivity každý den v týdnu“. V našem průzkumu jsme se pokusili zjistit, zda žáci alespoň v průměru tento limit splňují.

Do průzkumu se zapojilo celkem 377 žáků 8. tříd z 18 základních škol Moravskoslezského kraje a to 192 chlapců a 185 dívek. Odpovědi žáků byly zpracovány do sumárních tabulek tak, aby bylo možno propočtem odhadnout průměrný čas pro různé pohybové aktivity na žáka a den a celkový průměrný čas na žáka a den, který byl věnován pohybu.

Souhrnná data potvrzují předpoklad, že žáci sportovních škol se pohybové aktivitě věnují nejvíce a to v průměru necelé 2 hodiny denně. Kromě školy tráví čas zejména ve sportovních klubech, ale zároveň mnoho času věnují i sportu s kamarády, tudíž pohyb je přirozenou a podstatnou náplní jejich dne. Nejméně času sportu věnují žáci sídlištních škol (průměr 1,2h denně) a tráví jej zejména s kamarády. Žáci venkovských škol tráví

Aktivita	ZŠ Sportovní	ZŠ sídlištní	ZŠ venkovská	Hoši	Dívky
Tělesná výchova ve škole (h/týden)	3,4	1,5	1,5	2,2	2,0
Sportovní kroužky (h/týden)	1,4	1,1	0,9	1,1	1,1
Sportovní kluby (h/týden)	3,3	1,6	2,0	2,7	1,8
Sportovní činnost s kamarády (h/týden)	3,1	2,7	3,1	3,4	2,9
Sport s rodiči (h/týden)	1,4	1,1	1,3	1,5	1,3
Celkem pohybové aktivity (h/žák/den)	1,8	1,2	1,3	1,6	1,3

Tabulka 18 Souhrn pohybových aktivit dle typu škol a pohlaví žáků 8. tříd ZŠ v MS kraji, 2014



Graf 116 Souhrn pohybových aktivit dle typu škol a pohlaví žáků 8. tříd ZŠ v MS kraji, 2014

nejméně času ve sportovních kroužcích, což může souviset s možnostmi těchto škol a jejich nabídkou kroužků. V porovnání chlapců a dívek tráví pohybem více času chlapci, což je přirozené vzhledem k fyziologickým dispozicím pohlaví. Vliv na celkový průměr pohybových aktivit na žáka a den má bezesporu rozsah výuky tělesné výchovy 2 hodiny týdně

na běžných školách a 5 hodin týdně na školách se sportovním zaměřením. Přestože průzkum prokázal, že žáci tráví pohybem průměrně minimálně hodinu denně, jak doporučuje Světová zdravotnická organizace, čas trávený pasivně je mnohonásobně vyšší. Nárůst nadváhy a obezity nejen u dětí je celosvětovým trendem. Vliv výživy a způsobu stravo-

vání je nepopiratelný, ale stejně tak i vliv pohybové aktivity. Skutečnost nárůstu obezity a jejího působení v období vývoje a růstu dětí, má vliv na výskyt vadného držení těla spojený s poruchami pohybového aparátu u školáků (pediatři uvádějí výskyt v rozmezí 30 až 38%). Obtíže pohybového aparátu jsou u dětí na třetím místě v příčinách dispenzarizace

a vadné držení těla dětí je třeba vnímat jako začátek řady zdravotních potíží v dospělosti. Děti mají problémy zejména s přirozenou obratností a koordinací pohybu. Pozitivní vliv na pohybový aparát má především vhodně volená pohybová aktivita a motivace v rodinách.

(zdroj KHS MSK)

STUDIE ZDRAVOTNÍHO STAVU POPULACE

Studie EHIS/EHES

Hlavním řešitelem a koordinátorem pilotní části studie byl Národní institut pro zdraví a sociální péči v Helsinkách. Důvod pro realizaci studie byl získat kvalitní a srovnatelné údaje o zdraví a zdravotních rizicích dospělé populace v Evropě. Jejím cílem je vytvoření jednotného systému standardizovaných a reprezentativních lékařských vyšetření dospělé populace v evropských zemích. Impulsem k zahájení této iniciativy byla poptávka jednotlivých zemí a Evropské komise pro zdravotních datů a důkazech o zdravotních rizicích obyvatel. Tyto informace jsou jedním z pilířů prevence a jsou nezbytné pro plánování a hodnocení zdravotních politik. Některé informace o populaci

nelze získat jiným způsobem, než průzkumem zdravotního stavu formou dotazníkových šetření (Health Interview Survey-HIS) doplněných o vybraná lékařská vyšetření (Health Examination Survey-HES). Výsledky vyšetření, jako jsou měření krevního tlaku, cholesterolu a cukru v krvi, antropometrická měření, poskytují objektivní údaje o prevalenci hypertenze, obezity a diabetu, hlavních rizikových faktorech vzniku kardiovaskulárních onemocnění, která jsou nejčastější příčinou úmrtí nejen v ČR.

EHIS studie – evropské dotazníkové šetření zacílené na věkovou kategorii 15+ v ČR organizuje ÚZIS (Ústav zdravotnic-

kých informací a statistiky ČR). Tazatelkou sítí na základě náhodného výběru zajistil ČSÚ (Český statistický úřad). Z plánovaných 13 000 oslovených osob, se předpokládá 50% účast, tj. 6500 získaných dotazníků.

EHES studie – vyšetření zdravotního stavu populace zacílené na věkovou kategorii 25 až 64 let v ČR organizuje SZÚ (Státní zdravotní ústav, Ústředí monitoringu zdravotního stavu obyvatelstva) ve spolupráci se Zdravotními ústavami a Krajskými hygienickými stanicemi ČR. Na konci dotazníkového šetření EHIS jsou respondenti požádáni o účast na lékařském vyšetření – EHES, předpokládaný počet oslovených je 4 000 osob

(šetření zdravotního stavu je omezeno věkovou kategorií 25 až 64 let) a očekávaná účast je 50%, tj. 2000 vyšetřených osob. Kontakty na zájemce o vyšetření zdravotního stavu zasílá ČSÚ 1× týdně na SZÚ, odtud jsou poté kontakty přidělovány do 14 krajů ČR regionálním koordinátorům. Koordinátoři studie v Moravskoslezském kraji jsou zajišťováni prostřednictvím dislokovaného pracoviště SZÚ v Karviné a Krajskou hygienickou stanicí Moravskoslezského kraje se sídlem v Ostravě. Tito koordinátoři domluví se zájemci o studii termín vyšetření, které obnáší měření antropometrických ukazatelů – tělesné výšky a hmotnosti, obvodu pasu, výpočet BMI, dále měření krevního tlaku, zhodnoce-

ní a předání výsledků na záznamovém listu. Poté vyšetřovaný podstoupí odběr krve k vyšetření hladiny celkového cholesterolu jako rizikového faktoru aterosklerózy a HDL cholesterolu, který je považován za prospěšný, neboť odstraňuje z tkání přebytek celkového cholesterolu a přenáší jej do jater. Vyšetření krve je doplněno o stanovení hladiny glykovaného hemoglobinu, který vzniká vazbou

glukózy na hemoglobin (červené krevní barvivo). Tato látka v krvi přetrvává po celou dobu života červené krvinky (120 dní). Poskytuje tak informaci o průměrné hladině glukózy v krvi za poslední 2 až 3 měsíce. Údaje z akreditované laboratoře jsou zpravidla do druhého dne předány regionálnímu koordinátorovi studie, který obratem informuje respondenta. V záznamovém listu mají

účastníci studie uvedeny hraniční hodnoty a normy vyšetřovaných ukazatelů, včetně komentáře a doporučení např. k návštěvě svého ošetřujícího lékaře. Za účast na studii je respondentům předán dárkový poukaz.

Realizace studie zahrnovala sběr dat – červen 2014 až únor 2015, poté vyhodnocení dat. Předpokládaný počet vyšet-

řených osob v Moravskoslezském kraji je 235 (Ostrava-město – 63 osob, Karviná – 51 osob, Frýdek-Místek – 40 osob, Opava – 34 osob, Nový Jičín – 29 osob, Bruntál – 18 osob).

(zdroj SZÚ a KHS MSK)

DALŠÍ AKTIVITY KHS MSK V OBLASTI PODPORY ZDRAVÍ OBYVATEL MORAVSKOSLEZSKÉHO KRAJE

Slezské dny preventivní medicíny

Krajská hygienická stanice Moravskoslezského kraje se sídlem v Ostravě v roce 2015 pořádala již 15. ročník konference Slezské dny preventivní medicíny s mezinárodní účastí. Konference se každým rokem zpravidla účastní hlavní hygienici České, Polské republiky a Slovenska či jejich zástupci. Je zařazena

do systému celoživotního vzdělávání ve zdravotnictví a je garantována Českou lékařskou komorou. Odborný program je vždy zaměřen na aktuální problematiku ochrany veřejného zdraví a uplatňování národních strategií týkajících se zdraví, vyplývajících ze strategií Světové zdravotnické organizace WHO (např.

Zdraví 21 či Národní strategie Zdraví 2020).

Konference je multioborová, pravidelně věnována oborům infekční epidemiologie, neinfekční epidemiologie – civilizační nemoci, bezpečnost potravin a výživa, životní a pracovní prostředí,

vždy s výběrem aktuálního nosného tématu (kauza metanol, nanočástice a nanotechnologie, Ebola). Součástí programu je bohatá posterová sekce s tématy napříč obory zabývajícími se zdravím obyvatel.

Školení „Zásady správné hygienické praxe pro provozovatele stravovacích zařízení“

Pravidelné provádění edukace provozovatelů stravovacích služeb v oblasti uplatňování správné výrobní praxe a zavedení systému HACCP na všech územ-

ních pracovištích KHS MSK (Ostrava, Opava, Karviná, Frýdek-Místek, Nový Jičín, Bruntál). Součástí školení byly informace o kontrole značení alergenů

v pokrmech. Prostřednictvím letáku „Výživová doporučení pro provozovatele stravovacích služeb“, byl rozšířen rozsah školení pro provozovatele o ob-

last uplatňování zásad správné výživy a jejich dodržování při výrobě pokrmů v zařízeních společného stravování.

Hygienické školení kolektivů školních jídelen

Školení jsou zaměřena především na edukaci vedoucích školních jídelen, kuchařek, pracovníků výdejny, případně ředitelů škol či účetních. Účastníci jsou proškoleni nejen v tzv. hygienickém minimu, ale v novinkách v legislativě. Školení jsou realizována ve spolupráci s ministerstvy školství a zdravotnic-

tví. Zaměření na doporučenou pestrost při sestavování školních jídelniček s ohledem na doporučení minimální frekvence zařazování potravin typu ryby, drůbež, zelenina, kterou lze překročit. Pravidelné zařazení plnohodnotných bezmasých pokrmů, syrové i tepelně upravené zeleniny, zařazení luštěnin,

nápaditost jídelničku, nabídku neslazených nápojů, používání sezónních surovin a tradičních regionálních pokrmů. Dále byla diskutována objektivita spotřebního koše, který jsou školní jídelny povinny splňovat a tudíž má vliv na sestavování jídelniček a četnosti zařazování skupin potravin jako jsou maso,

vejce, mléko a mléčné výrobky, ryby, luštěniny, ovoce a zelenina, brambory, tuky a cukry a správné přiřazování přepočítávacích koeficientů k jednotlivým surovinám poté může při výpočtu spotřebního koše ovlivnit jeho objektivitu.

Osvěta pro zdravotnické pracovníky

V rámci odborných seminářů provádí KHS MSK osvětu pro zdravotnické pracovníky s aktuální tematikou, např.

prevence infekčních onemocnění, držování metodického pokynu hygiena rukou při poskytování zdravotní péče,

aktuality dle platné legislativy, výskyt nozokomiálních nákaz a rezistentních kmenů ve zdravotnických zařízeních.

Informace a aktuality na webových stránkách www.khsova.cz

Informace o nebezpečných výrobcích předmětů běžného užívání (PBU) jsou neprodleně umístovány na webové stránky i na úřední desky KHS MSK.

MSK informování o denně aktualizovaném stavu znečištění ovzduší, příp. o vyhlášení smogové situace, v letní sezóně o kvalitě koupacích vod, v zimní sezóně je každý týden aktualizovaná informace o akutních respiračních infekcích.

Na webových stránkách KHS MSK přinášíme pravidelně souhrnné zprávy ze státního zdravotního dozoru (odběry zmrzlin, průběh letních dětských rekreací, výskyt onemocnění alimentárního původu – salmonela, kampylobakter apod.), články týkající se aktuálních

témat. Jsou zde vyvěšeny pozvánky na školení a odborné semináře.

Od roku 2015 je KHS MSK také na facebooku, kde rovněž předkládá aktuální informace ze své činnosti.

Občané Moravskoslezského kraje jsou prostřednictvím webových stránek KHS

Koordinace systému prevence zavlečení zvláště nebezpečných nákaz

Jelikož vysoce nakažlivé nemoci (VNN) se v posledních letech stávají reálnou hrozbou pro naše obyvatele, byl v MS

kraji ve spolupráci s Krajským úřadem a dalšími složkami integrovaného záchranného systému (IZS) vypracován

Operační plán pro řešení takovéto mimořádné situace. V této souvislosti byla prověřena vybavenost infekčních od-

dělení a urgentních příjmů nemocnic osobními ochrannými pracovními prostředky.

Byly zpracovány informace a manuály pro praktické lékaře při podezření na infekční onemocnění závažné z pohledu ohrožení veřejného zdraví.

Operační plán je součástí krizového plánu kraje a vytváří legislativní podmínky pro komunikaci a součinnost jednotlivých složek IZS při podezření na výskyt vysoce nakažlivých nákaz.

Praktický nácvik součinnosti představují společná taktická cvičení. V listopadu 2015 nacvičovala KHS MSK ve spolupráci se složkami IZS zásah při podezření na výskyt vysoce nakažlivé nemoci

MERS-CoV. Cvičení proběhlo úspěšně a potvrdilo připravenost KHS MSK, složek IZS a Zdravotního ústavu v Ostravě k řešení reálných situací podobného typu.

NAŠE POSLÁNÍ



SOULAD S PRÁVEM
NESTRANNOST
VČASNOST
PŘEDVÍDATELNOST
PŘESVĚDČIVOST
PŘIMĚŘENOST
EFEKTIVNOST
ODPOVĚDNOST
OTEVŘENOST
VSTŘÍCNOST



OBSAH

ÚVOD.....	4	ZHOUBNÝ NÁDOR TLUSTÉHO STŘEVA A KONEČNÍKU	60
ÚMRTNOST A STŘEDNÍ DÉLKA ŽIVOTA.....	5	ZHOUBNÝ NÁDOR PROSTATY	64
CHARAKTERISTIKA MORAVSKOSLEZSKÉHO KRAJE.....	8	ZHOUBNÝ NÁDOR PRSU	65
DEMOGRAFIE	10	ZHOUBNÉ NÁDORY HRDLA DĚLOŽNÍHO (DĚLOŽNÍHO ČÍPKU)	67
VYBRANÉ FAKTORY ŽIVOTNÍHO PROSTŘEDÍ	14	ZHOUBNÝ NÁDOR LEDVINY	69
PROBLEMATIKA VOD	15	ZHOUBNÉ NÁDORY MOZKU.....	70
ZÁSOBOVÁNÍ OBYVATEL PITNOU VODOU	15	EVROPSKÝ KODEX PROTI RAKOVINĚ – 12 ZÁSAD, JAK PŘEDCHÁZET	
KOUPALIŠTĚ A KOUPACÍ OBLASTI	16	VZNIKU RAKOVINY.....	72
VENKOVNÍ OVZDUŠÍ	17	DUŠEVNÍ PORUCHY	74
PRAŠNOST	17	ÚRAZY	76
POLYCYKLICKÉ AROMATICKÉ UHLOVODÍKY (PAU).....	19	DOMÁCÍ + OSTATNÍ ÚRAZY	77
PRACOVNÍ PROSTŘEDÍ	24	SPORTOVNÍ ÚRAZY.....	79
KATEGORIZACE PRACÍ.....	25	DOPRAVNÍ ÚRAZY.....	80
NEMOCI Z POVOLÁNÍ.....	28	PRACOVNÍ ÚRAZY	82
ÚMRTNOST NA SKUPINY DIAGNÓZ.....	30	ÚRAZY DĚTÍ 0 AŽ 14 LET	84
ÚMRTNOST NA NEMOCI OBĚHOVÉ SOUSTAVY	31	CHARAKTERISTIKA DROGOVÉ SCÉNY V MS KRAJI.....	88
ÚMRTNOST NA NEMOCI DÝCHACÍ SOUSTAVY	32	AKTIVITY PODPORY ZDRAVÍ V MS KRAJI	90
ÚMRTNOST NA NEMOCI TRÁVICÍ SOUSTAVY.....	33	PROJEKTY WHO.....	91
ÚMRTNOST NA NOVOTVARY	34	ŠKOLA PODPORUJÍCÍ ZDRAVÍ.....	91
KOJENECKÁ A NOVOROZENECKÁ ÚMRTNOST.....	35	ZDRAVÉ MĚSTO	91
POTRATOVOST.....	36	PODNIK PODPORUJÍCÍ ZDRAVÍ.....	92
NEMOCNOST	38	PROJEKTY EU	93
INFEKČNÍ ONEMOCNĚNÍ.....	39	OVOCE A ZELENINA DO ŠKOL V MSK.....	93
AKUTNÍ PRŮJMOVÁ ONEMOCNĚNÍ (APO)	40	MLÉKO DO ŠKOL.....	93
VZDUŠNÉ NÁKAZY	42	PROJEKTY MZ ČR.....	94
VIROVÉ HEPATITIDY (VH).....	45	NÁRODNÍ PROGRAM ZDRAVÍ – PROJEKTY PODPORY ZDRAVÍ	94
NÁKAZY PŘENÁŠENÉ ČLENOVCI	46	NÁRODNÍ PROGRAM ŘEŠENÍ PROBLEMATIKY HIV/AIDS	94
ZÁNĚTY DÝCHACÍCH CEST (ARI).....	48	PROJEKTY SFŽP.....	94
POHLAVNÍ NÁKAZY.....	52	NÁRODNÍ PROGRAM PODPORY OZDRAVNÝCH POBYTŮ DĚTÍ	94
KONTROLA PROOČKOVANOSTI DĚTÍ	53	PROJEKTY KHS MSK.....	95
NEMOCI OBĚHOVÉ SOUSTAVY	54	POHYBOVÁ AKTIVITA ŽÁKŮ II. STUPNĚ ZŠ V MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI	95
DIABETES.....	55	STUDIE ZDRAVOTNÍHO STAVU POPULACE.....	96
ALERGIE	58	STUDIE EHIS/EHES.....	96
INCIDENCE ZHOUBNÝCH NOVOTVARŮ – NEMOCNOST NA NOVOTVARY	60		

DALŠÍ AKTIVITY KHS MSK V OBLASTI PODPORY ZDRAVÍ OBYVATEL MORAVSKOSLEZSKÉHO KRAJE.....	97
OBSAH	102
POUŽITÉ PODKLADY	103
SEZNAM GRAFŮ.....	104
SEZNAM OBRÁZKŮ	107
SEZNAM TABULEK.....	108
SEZNAM KARTOGRAMŮ.....	108
SLOVNÍČEK POJMŮ	110
SEZNAM ZKRATEK	113

POUŽITÉ PODKLADY

1. Prezentační systém zdravotnických ukazatelů ORP, verze 2, WHO Regionální kancelář pro Evropu
2. Zdravotnická ročenka České republiky 2013, Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky 2014
3. Zdravotnictví České republiky 2013 ve statistických údajích, Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky 2014
4. Zdravotnická ročenka Moravskoslezského kraje 2013, Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky 2014, Regionální pracoviště Ostrava
5. Zdravotnictví Moravskoslezského kraje 2013, Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky 2014, Regionální pracoviště Ostrava
6. Statistická ročenka Moravskoslezského kraje 2014, Krajská správa ČSÚ v Ostravě
7. Registry ÚZIS ČR: Hygiena výživy, Registr předmětů běžného užívání, Registr kategorizace prací, Registr akutních respiračních infekcí, Registr pitné vody
8. Státní zdravotní ústav Praha, Informační systém hlášení infekčních nemocí (EPIDAT)
9. Směrnice pro kvalitu ovzduší v Evropě, MŽP ČR, (1996)
10. Český hydrometeorologický ústav www.chmi.cz
11. Zdravotní ústav se sídlem v Ostravě www.zuova.cz
12. Eurostat (Online Database)
13. ÚZIS ČR, Informace ze zdravotnictví MS kraje č. 4/2014, Činnost oboru diabetologie, péče o diabetiky v Moravskoslezském kraji v roce 2013
14. ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 2/2015, Činnost oboru diabetologie, péče o diabetiky v roce 2013
15. ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 21/2014, Činnost oboru alergologie a klinické imunologie v roce 2013
16. ÚZIS ČR, Informace ze zdravotnictví MS kraje č. 2/2014, Činnost oboru alergologie a klinické imunologie v Moravskoslezském kraji v roce 2013
17. ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 25/2014, Incidence zhoubných novotvarů v ČR v roce 2011
18. ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 24/2012, Nemocnost a úmrtnost na ischemické nemoci srdeční v ČR v letech 2003 – 2010, aktualizace
19. Český statistický úřad, Ostrava 2014, Základní tendence demografického, sociálního a ekonomického vývoje Moravskoslezského kraje v roce 2013

SEZNAM GRAFŮ

GRAF 1 CELKOVÁ STANDARDIZOVANÁ ÚMRTNOST (ZDROJ ÚZIS ČR).....	5
GRAF 2 STANDARDIZOVANÁ ÚMRTNOST PODLE PŘÍČIN, MS KRAJ, ROK 2013.....	6
GRAF 3 STŘEDNÍ DÉLKA ŽIVOTA PŘI NAROZENÍ, MUŽI.....	7
GRAF 4 STŘEDNÍ DÉLKA ŽIVOTA PŘI NAROZENÍ, ŽENY.....	7
GRAF 5 NADĚJE DOŽITÍ V 65 LETECH, MUŽI.....	8
GRAF 6 NADĚJE DOŽITÍ V 65 LETECH, ŽENY.....	8
GRAF 7 PŘÍRŮSTEK (ÚBYTEK) OBYVATELSTVA V KRAJÍCH ČR, ROK 2014.....	11
GRAF 8 PŘÍRŮSTEK (ÚBYTEK) OBYVATELSTVA V MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI V LETECH 2004 – 2014.....	11
GRAF 9 PŘÍRŮSTEK (ÚBYTEK) OBYVATELSTVA V OKRESECH MS KRAJE, ROK 2014.....	12
GRAF 10 INDEX STÁŘÍ A PRŮMĚRNÝ VĚK V KRAJÍCH, ROK 2014.....	12
GRAF 11 VĚKOVÉ SLOŽENÍ OBYVATEL V OKRESECH MS KRAJE K 31.12.2014.....	13
GRAF 12 INDEX STÁŘÍ A PRŮMĚRNÝ VĚK V OKRESECH MS KRAJE, ROK 2014.....	13
GRAF 13 PRŮMĚRNÝ VĚK V OKRESECH MS KRAJE, VÝVOJ V LETECH 2005 – 2014.....	13
GRAF 14 INDEX STÁŘÍ V OKRESECH MS KRAJE, VÝVOJ V LETECH 2005 – 2014.....	13
GRAF 15 VÝVOJ EMISÍ TUHÝCH ZNEČIŠŤUJÍCÍCH LÁTEK V MS KRAJI A V OSTRAVĚ (ZDROJ ČHMÚ).....	17
GRAF 16 VÝVOJ IMISÍ PM ₁₀ V OSTRAVĚ (ZDROJ ČHMÚ).....	17
GRAF 17 VÝVOJ KONCENTRACE BENZO(A)PYRENU – ZDROJ ZÚ OSTRAVA.....	21
GRAF 18 VÝVOJ POČTU OBYVATEL A POČTU OSOBNÍCH AUTOMOBILŮ (ZDROJ MINISTERSTVO DOPRAVY).....	22
GRAF 19 POČTY ZAMĚSTNANCŮ V RIZIKU PRÁCE DLE KRAJŮ, ROK 2015 (ZDROJ IS KAPR).....	25
GRAF 20 VÝVOJ POČTU ZAMĚSTNANCŮ V RIZIKU PRÁCE V MS KRAJI V LETECH 2007 AŽ 2015 (ZDROJ IS KAPR).....	25
GRAF 21 PODÍL ZAMĚSTNANCŮ V RIZIKU PRÁCE DLE OKRESŮ MS KRAJE, ROK 2015 (ZDROJ IS KAPR).....	26
GRAF 22 PODÍL ŽEN V RIZIKU DLE OKRESŮ MS KRAJE, ROK 2015 (ZDROJ IS KAPR).....	26
GRAF 23 KATEGORIZACE PRÁCE DLE FAKTORŮ V MS KRAJI V ROCE 2015, ŽENY (ZDROJ IS KAPR).....	27
GRAF 24 KATEGORIZACE PRÁCE DLE FAKTORŮ V MS KRAJI V ROCE 2015, MUŽI (ZDROJ IS KAPR).....	27
GRAF 25 VÝVOJ NEMOCÍ Z POVOLÁNÍ V ČR A MS KRAJI (ZDROJ SZÚ).....	28
GRAF 26 NEMOCI Z POVOLÁNÍ V MS KRAJI DLE TYPU, ROK 2014 (ZDROJ SZÚ).....	29
GRAF 27 SDR NA NEMOCI OBĚHOVÉ SOUSTAVY, MUŽI MS KRAJ A ČR, VÝVOJ 2004 – 2013 (ZDROJ ÚZIS).....	31
GRAF 28 SDR NA NEMOCI OBĚHOVÉ SOUSTAVY, ŽENY MS KRAJ A ČR, VÝVOJ 2004 – 2013 (ZDROJ ÚZIS).....	31
GRAF 29 SDR NA NEMOCI DÝCHACÍ SOUSTAVY, MUŽI MS KRAJ A ČR, VÝVOJ 2004 – 2013 (ZDROJ ÚZIS).....	32
GRAF 30 SDR NA NEMOCI DÝCHACÍ SOUSTAVY, ŽENY MS KRAJ A ČR, VÝVOJ 2004 – 2013 (ZDROJ ÚZIS).....	32
GRAF 31 SDR NA NEMOCI TRÁVICÍ SOUSTAVY, MUŽI MS KRAJ A ČR, VÝVOJ 2004 – 2013 (ZDROJ ÚZIS).....	33
GRAF 32 SDR NA NEMOCI TRÁVICÍ SOUSTAVY, ŽENY MS KRAJ A ČR, VÝVOJ 2004 – 2013 (ZDROJ ÚZIS).....	33
GRAF 33 SDR NA NOVOTVARY, MUŽI MS KRAJ A ČR, VÝVOJ 2004 – 2013 (ZDROJ ÚZIS).....	34

GRAF 34 SDR NA NOVOTVARY, ŽENY MS KRAJ A ČR, VÝVOJ 2004 – 2013 (ZDROJ ÚZIS)	34
GRAF 35 KOJENECKÁ ÚMRTNOST, VÝVOJ V LETECH 2004 – 2013, SROVNÁNÍ ROZPĚTÍ KRAJŮ, MS KRAJE A ČR (ZDROJ ÚZIS)	35
GRAF 36 PERINATÁLNÍ ÚMRTNOST, VÝVOJ V LETECH 2004 – 2013, SROVNÁNÍ ROZPĚTÍ KRAJŮ, MS KRAJE A ČR (ZDROJ ÚZIS)	35
GRAF 37 NOVOROZENECKÁ ÚMRTNOST, VÝVOJ V LETECH 2004 – 2013, SROVNÁNÍ ROZPĚTÍ KRAJŮ, MS KRAJE A ČR (ZDROJ ÚZIS)	36
GRAF 38 POČET POTRATŮ NA 100 NAROZENÝCH, VÝVOJ V LETECH 2004 – 2013, SROVNÁNÍ ROZPĚTÍ KRAJŮ, MS KRAJE A ČR (ZDROJ ÚZIS).....	36
GRAF 39 CELKOVÝ POČET HLÁŠENÝCH INFEKČNÍCH ONEMOCNĚNÍ V MS KRAJI V LETECH 2006 – 2015 (ZDROJ EPIDAT)	39
GRAF 40 NEJČASTĚJI DIAGNOSTIKOVANÁ PRŮJMOVÁ ONEMOCNĚNÍ V MS KRAJI V LETECH 2006 – 2015 (ZDROJ EPIDAT)	41
GRAF 41 NEMOCNOST PŘÍUŠNICEMI V LETECH 2006 – 2015, ČR A MS KRAJ (ZDROJ EPIDAT)	42
GRAF 42 HLÁŠENÉ PŘÍPADY PŘÍUŠNIC V LETECH 2006 – 2015, ČR A MS KRAJ	42
GRAF 43 HLÁŠENÉ PŘÍPADY DÁVIVÉHO KAŠLE V LETECH 2006 – 2015, ČR A MS KRAJ (ZDROJ EPIDAT)	43
GRAF 44 NEMOCNOST DÁVIVÝM KAŠLEM V LETECH 2006 – 2015, ČR A MS KRAJ	43
GRAF 45 HLÁŠENÉ PŘÍPADY PLANÝCH NEŠTOVIC V LETECH 2006 – 2015, ČR A MS KRAJ (ZDROJ EPIDAT)	44
GRAF 46 NEMOCNOST PLANÝMI NEŠTOVICEMI V LETECH 2006 – 2015, ČR A MS KRAJ	44
GRAF 47 HLÁŠENÉ PŘÍPADY AKUTNÍCH VH V MS KRAJI V LETECH 2006 – 2015 (ZDROJ EPIDAT)	45
GRAF 48 NEMOCNOST NA AKUTNÍ HEPATITIDU TYPU E V LETECH 2006 – 2015, MS KRAJ DLE OKRESŮ (ZDROJ EPIDAT).....	45
GRAF 49 NEMOCNOST LYMESKOU BORELIÓZOU V MS KRAJI VE SROVNÁNÍ S ČR V LETECH 2006 – 2015 (RELATIVNÍ POČET ONEMOCNĚNÍ NA 100 TISÍC OBYVATEL)	47
GRAF 50 HLÁŠENÉ PŘÍPADY LYMESKÉ BORELIÓZY V ROCE 2015, MS KRAJ DLE OKRESŮ (ABSOLUTNÍ ČÍSLA).....	47
GRAF 51 NEMOCNOST NA KLÍŠŤOVOU ENCEFALITIDU V MS KRAJI VE SROVNÁNÍ S ČR V LETECH 2006 – 2015 (RELATIVNÍ POČET ONEMOCNĚNÍ NA 100 TISÍC OBYVATEL)	48
GRAF 52 AKUTNÍ RESPIRAČNÍ INFEKCE V MS KRAJI V ROCE 2015 DLE KALENDÁRNÍCH TÝDNŮ (RELATIVNÍ NEMOCNOST NA 100 TISÍC OBYVATEL)	48
GRAF 53 RELATIVNÍ NEMOCNOST ARI PODLE VĚKU – MS KRAJ (SEZÓNA 2014/2015)	49
GRAF 54 RELATIVNÍ NEMOCNOST ARI PODLE VĚKU – ČR (SEZÓNA 2014/2015)	49
GRAF 55 POROVNÁNÍ POČTU NOVĚ HLÁŠENÝCH ONEMOCNĚNÍ TUBERKULÓZOU V LETECH 2005 – 2015, ČR A MS KRAJ (RELATIVNÍ POČET ONEMOCNĚNÍ/100 TISÍC OBYVATEL), (ZDROJ REGISTR TBC).....	51
GRAF 56 ONEMOCNĚNÍ MYKOBAKTERIÓZOU JINOU NEŽ TBC, POROVNÁNÍ ČR A MS KRAJ, 2005 – 2015 (RELATIVNÍ POČET ONEMOCNĚNÍ/100 TISÍC OBYVATEL)	51
GRAF 57 ROZDĚLENÍ HIV POZITIVNÍCH OSOB V MS KRAJI V ROCE 2015 DLE SEXUÁLNÍ ORIENTACE.....	52
GRAF 58 HLÁŠENÉ PŘÍPADY ONEMOCNĚNÍ HIV V MS KRAJI V LETECH 2004 – 2015, TREND VÝSKYTU	52
GRAF 59 NEMOCNOST U POHLAVNÍCH NÁKAZ V ROCE 2006 – 2015, MS KRAJ, RELATIVNÍ VÝSKYT/100 TISÍC OBYVATEL.....	53
GRAF 60 DISPENZARIZOVANÍ PACIENTI PRO HYPERTENZNÍ NEMOCI (I10-I15), PŘEPOČET NA 1 000 OBYVATEL, MS KRAJ A ČR, 2004 – 2013 (ZDROJ ÚZIS)	54
GRAF 61 DISPENZARIZOVANÍ PACIENTI PRO AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU (AIM, I21-I22), PŘEPOČET NA 1 000 OBYVATEL, MS KRAJ A ČR, 2004 – 2013 (ZDROJ ÚZIS).....	54
GRAF 62 DISPENZARIZOVANÍ PACIENTI PRO OSTATNÍ ISCHEMICKÉ NEMOCI SRDEČNÍ, PŘEPOČET NA 1 000 OBYVATEL, MS KRAJ A ČR, 2004 – 2013 (ZDROJ ÚZIS)	55
GRAF 63 DISPENZARIZOVANÍ PACIENTI PRO CÉVNÍ NEMOCI MOZKU (I60-I69), PŘEPOČET NA 1 000 OBYVATEL, MS KRAJ A ČR, 2004 – 2013 (ZDROJ ÚZIS).....	55
GRAF 64 POČET NOVĚ ZJIŠTĚNÝCH DIABETIKŮ (MUŽŮ A ŽEN) NA 100 000 OBYVATEL (INCIDENCE), MS KRAJ A ČR, VÝVOJ 2004 – 2013 (ZDROJ ÚZIS).....	55

GRAF 65 PREVALENCE DIABETIKŮ – MUŽŮ, 2004 – 2013, OKRESY MSK, ČR (ZDROJ ÚZIS).....	56
GRAF 66 PREVALENCE DIABETIKŮ – ŽEN, 2004 – 2013, OKRESY MSK, ČR (ZDROJ ÚZIS)	56
GRAF 67 POČET LÉČENÝCH PACIENTŮ – ODD. ALERGOLOGIE NA 10 TISÍC OBYVATEL, VÝVOJ V LETECH 2004 – 2013, SROVNÁNÍ ROZPĚTÍ KRAJŮ, MS KRAJE A ČR (ZDROJ ÚZIS)	59
GRAF 68 POČET LÉČENÝCH PACIENTŮ – PRO ASTMA NA 10 TISÍC OBYVATEL, VÝVOJ V LETECH 2006 – 2013, SROVNÁNÍ ROZPĚTÍ KRAJŮ, MS KRAJE A ČR (ZDROJ ÚZIS).....	59
GRAF 69 INCIDENCE ZN TLUSTÉHO STŘEVA A KONEČNÍKU U MUŽŮ, ČR A MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ, 1994 – 2013	60
GRAF 70 INCIDENCE ZN TLUSTÉHO STŘEVA A KONEČNÍKU U ŽEN, ČR A MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ, 1994 – 2013	60
GRAF 71 MORTALITA ZN TLUSTÉHO STŘEVA A KONEČNÍKU U MUŽŮ, ČR A MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ, 1994 – 2013	61
GRAF 72 MORTALITA ZN TLUSTÉHO STŘEVA A KONEČNÍKU U ŽEN, ČR A MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ, 1994 – 2013.....	61
GRAF 73 INCIDENCE ZN PRŮDUŠNICE, PRŮDUŠKY A PLÍCE U MUŽŮ, ČR A MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ, 1994 – 2013.....	62
GRAF 74 INCIDENCE ZN PRŮDUŠNICE, PRŮDUŠKY A PLÍCE U ŽEN, ČR A MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ, 1994 – 2013	62
GRAF 75 MORTALITA ZN PRŮDUŠNICE, PRŮDUŠKY A PLÍCE U MUŽŮ, ČR A MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ, 1994 – 2013	63
GRAF 76 MORTALITA ZN PRŮDUŠNICE, PRŮDUŠKY A PLÍCE U ŽEN, ČR A MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ, 1994 – 2013.....	63
GRAF 77 INCIDENCE ZN PROSTATY U MUŽŮ, ČR A MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ, 1994 – 2013.....	64
GRAF 78 MORTALITA ZN PROSTATY U MUŽŮ, ČR A MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ, 1994 – 2013	65
GRAF 79 INCIDENCE ZN PRSU U ŽEN, ČR A MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ, 1994 – 2013	66
GRAF 80 MORTALITA ZN PRSU U ŽEN, ČR A MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ, 1994 – 2013	66
GRAF 81 INCIDENCE ZN HRDLA DĚLOŽNÍHO U ŽEN, ČR A MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ, 1994 – 2013.....	67
GRAF 82 MORTALITA ZN HRDLA DĚLOŽNÍHO U ŽEN, ČR A MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ, 1994 – 2013	67
GRAF 83 INCIDENCE ZN LEDVINY U MUŽŮ, ČR A MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ, 1994 – 2013.....	69
GRAF 84 INCIDENCE ZN LEDVINY U ŽEN, ČR A MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ, 1994 – 2013	69
GRAF 85 MORTALITA ZN LEDVINY U MUŽŮ, ČR A MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ, 1994 – 2013.....	70
GRAF 86 MORTALITA ZN LEDVINY U ŽEN, ČR A MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ, 1994 – 2013	70
GRAF 87 INCIDENCE ZN MOZKU U MUŽŮ, ČR A MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ, 1994 – 2013	71
GRAF 88 INCIDENCE ZN MOZKU U ŽEN, ČR A MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ, 1994 – 2013.....	71
GRAF 89 MORTALITA ZN MOZKU U MUŽŮ, ČR A MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ, 1994 – 2013.....	71
GRAF 90 MORTALITA ZN MOZKU U ŽEN, ČR A MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ, 1994 – 2013	71
GRAF 91 ÚRAZY NA 100 TISÍC OBYVATEL V OKRESECH MS KRAJE, 2007 – 2013, (ZDROJ ÚZIS).....	76
GRAF 92 ÚRAZY NA 100 TISÍC OBYVATEL V MSK A ČR, 2004 – 2013, (ZDROJ ÚZIS)	76
GRAF 93 ÚRAZY NA 100 TISÍC OBYVATEL, VÝVOJ V LETECH 2004 – 2013, SROVNÁNÍ ROZPĚTÍ KRAJŮ, MS KRAJE A ČR (ZDROJ ÚZIS)	76
GRAF 94 ÚRAZY DOMÁCÍ + OSTATNÍ NA 100 TISÍC OBYVATEL V OKRESECH MS KRAJE, 2007 – 2013, (ZDROJ ÚZIS)	77
GRAF 95 ÚRAZY DOMÁCÍ + OSTATNÍ NA 100 TISÍC OBYVATEL V MSK A ČR, 2004 – 2013, (ZDROJ ÚZIS)	78

GRAF 96 ÚRAZY DOMÁCÍ + OSTATNÍ NA 100 TISÍC OBYVATEL, VÝVOJ V LETECH 2004 – 2013, SROVNÁNÍ ROZPĚTÍ KRAJŮ, MS KRAJE A ČR (ZDROJ ÚZIS)	78
GRAF 97 ÚRAZY SPORTOVNÍ NA 100 TISÍC OBYVATEL V OKRESECH MS KRAJE, 2007 – 2013, (ZDROJ ÚZIS)	79
GRAF 98 ÚRAZY SPORTOVNÍ NA 100 TISÍC OBYVATEL V MSK A ČR, 2004 – 2013, (ZDROJ ÚZIS)	79
GRAF 99 ÚRAZY SPORTOVNÍ NA 100 TISÍC OBYVATEL, VÝVOJ V LETECH 2004 – 2013, SROVNÁNÍ ROZPĚTÍ KRAJŮ, MS KRAJE A ČR (ZDROJ ÚZIS)	79
GRAF 100 ÚRAZY DOPRAVNÍ NA 100 TISÍC OBYVATEL V OKRESECH MS KRAJE, 2007 – 2013, (ZDROJ ÚZIS)	80
GRAF 101 ÚRAZY DOPRAVNÍ NA 100 TISÍC OBYVATEL V MSK A ČR, 2004 – 2013, (ZDROJ ÚZIS).....	81
GRAF 102 ÚRAZY DOPRAVNÍ NA 100 TISÍC OBYVATEL, VÝVOJ V LETECH 2004 – 2013, SROVNÁNÍ ROZPĚTÍ KRAJŮ, MS KRAJE A ČR (ZDROJ ÚZIS)	81
GRAF 103 ÚRAZY PRACOVNÍ NA 100 TISÍC OBYVATEL V OKRESECH MS KRAJE, 2007 – 2013, (ZDROJ ÚZIS).....	82
GRAF 104 ÚRAZY PRACOVNÍ NA 100 TISÍC OBYVATEL V MSK A ČR, 2004 – 2013, (ZDROJ ÚZIS).....	82
GRAF 105 ÚRAZY PRACOVNÍ NA 100 TISÍC OBYVATEL, VÝVOJ V LETECH 2004 – 2013, SROVNÁNÍ ROZPĚTÍ KRAJŮ, MS KRAJE A ČR (ZDROJ ÚZIS)	83
GRAF 106 POMĚR JEDNOTLIVÝCH TYPŮ ÚRAZŮ NA CELKOVÉM POČTU ÚRAZŮ U DĚTÍ V MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI V ROCE 2013	84
GRAF 107 PODÍL ZLOMENIN NA ÚRAZECH U DĚTÍ V MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI V ROCE 2013	85
GRAF 108 VÝVOJ VÝSKYTU DĚTSKÝCH ÚRAZŮ V LETECH 2004 – 2013 V MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI V POROVNÁNÍ S TRENDEM V ČESKÉ REPUBLICE	85
GRAF 109 TREND VÝVOJE DOMÁCÍCH ÚRAZŮ U DĚTÍ V MSK V POROVNÁNÍ S ČR	86
GRAF 110 TREND VÝVOJE SPORTOVNÍCH ÚRAZŮ U DĚTÍ V MSK V POROVNÁNÍ S ČR	86
GRAF 111 TREND VÝVOJE ŠKOLNÍCH ÚRAZŮ U DĚTÍ V MSK V POROVNÁNÍ S ČR	86
GRAF 112 TREND VÝVOJE DOPRAVNÍCH ÚRAZŮ U DĚTÍ V MSK V POROVNÁNÍ S ČR.....	87
GRAF 113 NEJČASTĚJI UŽÍVANÉ DROGY U NOVÝCH ŽADATELŮ O LÉČBU V MS KRAJI V ROCE 2014	89
GRAF 114 VÝMĚNNÝ PROGRAM INJEKČNÍCH SETŮ V MS KRAJI V LETECH 2009 – 2014, ABSOLUTNÍ ČÍSLA	89
GRAF 115 ROZDĚLENÍ KLIENTŮ NAVŠTĚVUJÍCÍCH LK CENTRA V MS KRAJI V ROCE 2014 DLE VĚKOVÝCH SKUPIN	89
GRAF 116 SOUHRN POHYBOVÝCH AKTIVIT DLE TYPU ŠKOL A POHLAVÍ ŽÁKŮ 8. TŘÍD ZŠ V MS KRAJI, 2014	95

SEZNAM OBRÁZKŮ

OBRÁZEK 1 GEOGRAFICKÁ MAPA MORAVSKOSLEZSKÉHO KRAJE (ZDROJ ČSÚ).....	9
OBRÁZEK 2 SCHÉMA ZÁSOBOVÁNÍ MSK PITNOU VODOU	15
OBRÁZEK 3 CESTA PAU OD ZDROJE KE ZDRAVOTNÍM ÚČINKŮM.....	20
OBRÁZEK 4 BENZO(A)PYREN – INDIKÁTOR PAU (SUMÁRNÍ VZOREC $C_{20}H_{12}$).....	20

SEZNAM TABULEK

TABULKA 1 STANDARDIZOVANÁ ÚMRTNOST – CELKEM (ZDROJ ÚZIS ČR)	5
TABULKA 2 POHYB OBYVATELSTVA – ÚZEMNÍ SROVNÁNÍ KRAJŮ, OBDOBÍ LEDEN – PROSINEC 2014, RELATIVNÍ ÚDAJE (NA 1 000 OBYVATEL); (ZDROJ: VEŘEJNÁ DATABÁZE ČSÚ).....	10
TABULKA 3 POHYB OBYVATELSTVA – SROVNÁNÍ OKRESŮ, OBDOBÍ LEDEN – PROSINEC 2014, RELATIVNÍ ÚDAJE (NA 1 000 OBYVATEL); (ZDROJ: VEŘEJNÁ DATABÁZE ČSÚ).....	11
TABULKA 4 POČET A VĚKOVÉ SLOŽENÍ OBYVATEL V OKRESECH MS KRAJE K 31.12.2014; DATA: STATISTICKÁ ROČENKA MS KRAJE 2015, ČSÚ OSTRAVA.....	12
TABULKA 5 POČTY ZAMĚSTNANCŮ V RIZIKU PRÁCE DLE OKRESŮ MS KRAJE, 2015 (ZDROJ IS KAPR)	26
TABULKA 6 POČTY NEMOCÍ Z POVOLÁNÍ V ČR A MS KRAJI (ZDROJ SZÚ)	28
TABULKA 7 NEMOCI Z POVOLÁNÍ V ČR DLE KAPITOL V ROCE 2014 (ZDROJ SZÚ).....	29
TABULKA 8 VYBRANÁ HLÁŠENÁ INFEKČNÍ ONEMOCNĚNÍ V MS KRAJI V LETECH 2006 – 2015 (ABSOLUTNÍ POČTY).....	39
TABULKA 9 POČET NEJČASTĚJI HLÁŠENÝCH AKUTNÍCH PRŮJMOVÝCH ONEMOCNĚNÍ V MS KRAJI V LETECH 2006 – 2015.....	40
TABULKA 10 HLÁŠENÉ PŘÍPADY LYMESKÉ BORELIÓZY V LETECH 2006 – 2015 V MS KRAJI DLE OKRESŮ, SROVNÁNÍ S ČR	46
TABULKA 11 KLÍŠŤOVÁ ENCEFALITIDA – HLÁŠENÉ PŘÍPADY V LETECH 2006 – 2015 DLE OKRESŮ MS KRAJE, SROVNÁNÍ MS KRAJE A ČR.....	47
TABULKA 12 POČET NOVĚ REGISTROVANÝCH ONEMOCNĚNÍ TBC VČETNĚ JINÝCH MYKOBAKTERIÓZ V MS KRAJI, SROVNÁNÍ LET 2009 - 2015 (ABSOLUTNÍ A RELATIVNÍ VÝSKYT/100 TISÍC OBYVATEL)	50
TABULKA 13 ONEMOCNĚNÍ MYKOBAKTERIÓZOU JINOU NEŽ TBC, POROVNÁNÍ ČR A MS KRAJ, OBDOBÍ 2009 – 2015 (ABSOLUTNÍ A RELATIVNÍ VÝSKYT/100 TISÍC OBYVATEL)	50
TABULKA 14 POČET LÉČENÝCH DIABETIKŮ K 31.12.2013 (ZDROJ ÚZIS).....	56
TABULKA 15 DISPENZARIZOVANÍ PACIENTI PRO VYBRANOU DIAGNÓZU, MS KRAJ, 2013 (ZDROJ ÚZIS)	58
TABULKA 16 DISPENZARIZOVANÍ PACIENTI PRO VYBRANOU DIAGNÓZU V OKRESECH V ROCE 2013, POČET NA 10 TISÍC OBYVATEL (ZDROJ ÚZIS)	58
TABULKA 17 POČTY PACIENTŮ PODLE VYBRANÝCH PSYCHIATRICKÝCH DIAGNÓZ NA 10 000 OBYVATEL, 2013 (ZDROJ ÚZIS).....	75
TABULKA 18 SOUHRN POHYBOVÝCH AKTIVIT DLE TYPU ŠKOL A Pohlaví ŽÁKŮ 8. TŘÍD ZŠ V MS KRAJI, 2014	95

SEZNAM KARTOGRAMŮ

KARTOGRAM 1 CELKOVÁ ÚMRTNOST, MUŽI, OKRESY ČR, 2013 (ZDROJ DPS ÚZIS)	6
KARTOGRAM 2 CELKOVÁ ÚMRTNOST, ŽENY, OKRESY ČR, 2013 (ZDROJ DPS ÚZIS).....	6
KARTOGRAM 3 NADĚJE DOŽITÍ MUŽŮ PŘI NAROZENÍ V OKRESECH V OBDOBÍ 2010 – 2014 (ZDROJ ČSÚ).....	7
KARTOGRAM 4 NADĚJE DOŽITÍ ŽEN PŘI NAROZENÍ V OKRESECH V OBDOBÍ 2010 – 2014 (ZDROJ ČSÚ)	7
KARTOGRAM 5 POLE ROČNÍ PRŮMĚRNÉ KONCENTRACE PM ₁₀ V ROCE 2009 (ZDROJ ČHMÚ)	18

KARTOGRAM 6 POLE ROČNÍ PRŮMĚRNÉ KONCENTRACE PM ₁₀ V ROCE 2014 (ZDROJ ČHMÚ)	18
KARTOGRAM 7 POLE ROČNÍ PRŮMĚRNÉ KONCENTRACE BENZO(A)PYRENU V ROCE 2014 (ZDROJ ČHMÚ).....	21
KARTOGRAM 8 PĚTILETÝ PRŮMĚR ROČNÍCH KONCENTRACÍ BENZO(A)PYRENU, 2010 – 2014 (ZDROJ ČHMÚ)	21
KARTOGRAM 9 SDR NA NEMOCI OBĚHOVÉ SOUSTAVY, MUŽI, OKRESY ČR, 2013 (ZDROJ DPS ÚZIS)	31
KARTOGRAM 10 SDR NA NEMOCI OBĚHOVÉ SOUSTAVY, ŽENY, OKRESY ČR, 2013 (ZDROJ DPS ÚZIS)	31
KARTOGRAM 11 SDR NA NEMOCI DÝCHACÍ SOUSTAVY, MUŽI, OKRESY ČR, 2013 (ZDROJ DPS ÚZIS)	32
KARTOGRAM 12 SDR NA NEMOCI DÝCHACÍ SOUSTAVY, ŽENY, OKRESY ČR, 2013 (ZDROJ DPS ÚZIS)	32
KARTOGRAM 13 SDR NA NEMOCI TRÁVICÍ SOUSTAVY, MUŽI, OKRESY ČR, 2013 (ZDROJ DPS ÚZIS).....	33
KARTOGRAM 14 SDR NA NEMOCI TRÁVICÍ SOUSTAVY, ŽENY, OKRESY ČR, 2013 (ZDROJ DPS ÚZIS).....	33
KARTOGRAM 15 SDR NA NOVOTVARY, MUŽI, OKRESY ČR, 2013 (ZDROJ DPS ÚZIS)	34
KARTOGRAM 16 SDR NA NOVOTVARY, ŽENY, OKRESY ČR, 2013 (ZDROJ DPS ÚZIS)	34
KARTOGRAM 17 POČET EVIDOVANÝCH DIABETIKŮ NA 100 000 OBYVATEL (PREVALENCE), MUŽI, OKRESY ČR, ROK 2013 (ZDROJ DPS ÚZIS).....	57
KARTOGRAM 18 POČET EVIDOVANÝCH DIABETIKŮ NA 100 000 OBYVATEL (PREVALENCE), ŽENY, OKRESY ČR, ROK 2013 (ZDROJ DPS ÚZIS)	57
KARTOGRAM 19 INCIDENCE ZN TLUSTÉHO STŘEVA (C 18) NA 100 000, MUŽI, OKRESY, 2011 (ZDROJ DPS ÚZIS).....	61
KARTOGRAM 20 INCIDENCE ZN TLUSTÉHO STŘEVA (C 18) NA 100 000, ŽENY, OKRESY, 2011 (ZDROJ DPS ÚZIS)	61
KARTOGRAM 21 INCIDENCE ZN PRŮDUŠNICE, PRŮDUŠKY A PLÍCE (C 33, 34) NA 100 000, MUŽI, OKRESY, 2011 (ZDROJ DPS ÚZIS).....	63
KARTOGRAM 22 INCIDENCE ZN PRŮDUŠNICE, PRŮDUŠKY A PLÍCE (C 33, 34) NA 100 000, ŽENY, OKRESY, 2011 (ZDROJ DPS ÚZIS)	63
KARTOGRAM 23 INCIDENCE ZN PROSTATY (C 61) NA 100 000, MUŽI, OKRESY, 2011 (ZDROJ DPS ÚZIS)	65
KARTOGRAM 24 INCIDENCE ZN PRSU (C 50) NA 100 000, ŽENY, OKRESY, 2011 (ZDROJ DPS ÚZIS).....	66
KARTOGRAM 25 ÚRAZY NA 100 TISÍC OBYVATEL, KRAJE, 2013 (ZDROJ DPS ÚZIS)	77
KARTOGRAM 26 ÚRAZY NA 100 TISÍC OBYVATEL, OKRESY, 2013 (ZDROJ DPS ÚZIS).....	77
KARTOGRAM 27 ÚRAZY DOMÁČÍ + OSTATNÍ NA 100 TISÍC OBYVATEL, KRAJE, 2013 (ZDROJ DPS ÚZIS).....	78
KARTOGRAM 28 ÚRAZY DOMÁČÍ + OSTATNÍ NA 100 TISÍC OBYVATEL, OKRESY, 2013 (ZDROJ DPS ÚZIS)	78
KARTOGRAM 29 ÚRAZY SPORTOVNÍ NA 100 TISÍC OBYVATEL, KRAJE, 2013 (ZDROJ DPS ÚZIS).....	80
KARTOGRAM 30 ÚRAZY SPORTOVNÍ NA 100 TISÍC OBYVATEL, OKRESY, 2013 (ZDROJ DPS ÚZIS)	80
KARTOGRAM 31 ÚRAZY DOPRAVNÍ NA 100 TISÍC OBYVATEL, KRAJE, 2013 (ZDROJ DPS ÚZIS).....	81
KARTOGRAM 32 ÚRAZY DOPRAVNÍ NA 100 TISÍC OBYVATEL, OKRESY, 2013 (ZDROJ DPS ÚZIS).....	81
KARTOGRAM 33 ÚRAZY PRACOVNÍ NA 100 TISÍC OBYVATEL, KRAJE, 2013 (ZDROJ DPS ÚZIS)	83
KARTOGRAM 34 ÚRAZY PRACOVNÍ NA 100 TISÍC OBYVATEL, OKRESY, 2013 (ZDROJ DPS ÚZIS)	83
KARTOGRAM 35 ÚRAZY DĚTÍ 0 – 14 NA 100 TISÍC OBYVATEL, OKRESY, 2013 (ZDROJ DPS ÚZIS)	84

SLOVNÍČEK POJMŮ

adiktologie	věda zabývající se etiologií, prevencí, léčbou a výzkumem závislostí
alergie	přecitlivělost, porušený stav imunitní reaktivity
alimentární	potravinový, mající vztah k výživě
bronchitida	akutní nebo chronické zánětlivé onemocnění sliznice průdušek
depistáž	vědomé, cílené, včasné vyhledávání nemocných nebo zdrojů nemoci v celé populaci nebo ve vybraných skupinách
depozice	uložení
deratizace	hubení hlodavců v uzavřených objektech
dezinfekce	záměrné odstraňování, ničení choroboplodných zárodků fyzikálními nebo chemickými prostředky
dezinfekce	odhmyzování
diabetes	mellitus onemocnění cukrovkou
dispozice	vrozené předpoklady
encefalitida	zánět mozku
epidemie	časově a místně ohraničený hromadný výskyt infekční nemoci
epitel	výstelka
ergonomie	obor zabývající se studiem vztahů mezi člověkem a technickými systémy, které člověk vytváří
etiologie	nauka o vnitřních a zevních příčinách nemocí
farmakoterapie	léčba léky
fibrogenní prach	prach, který může s ohledem na své vlastnosti vyvolat onemocnění zaprášením plic
fruktóza	cukr ovocný
gambler	patologický hráč
gastroenterologie	obor zabývající se prevencí, diagnostikou a léčením chorob trávicího ústrojí
glukóza	hroznový cukr, škrobový cukr
glykemický index	index udávající schopnost sacharidové potraviny zvýšit hladinu krevního cukru
hepatitida	zánět jater
hluk	zvuky, které jsou nežádoucí, rušivé nebo škodlivé pro člověka
hypnotikum	uspávací prostředek
imise	množství znečišťujících příměsí ve vzduchu
incidence	demografický ukazatel počtu nových onemocnění k počtu obyvatel
incidence nemocí	počet nově se vyskytujících případů onemocnění v určitém čase a prostoru
index stáří	počet osob ve věku 65 let a více na 100 dětí ve věku 0-14 let
infekční mononukleóza	druh virového infekčního onemocnění s horečkou a zduřením lymfatických uzlin
interhumánní	mezilidský
intoxikace	otrava

kardiovaskulární onemocnění	onemocnění týkající se srdce a cév
kolorektum	tlusté střevo včetně konečníku
konzistence	soudržnost, pevnost, hutnost
laktóza	mléčný cukr
Lymeská borelióza	akutní infekční onemocnění vyvolané spirochetami rodu Borrelia, přenášenými zejména klíšťaty
mamografie	rentgenové vyšetření prsu
Meningeální syndrom	soubor subjektivních a objektivních příznaků vznikajících drážděním mozkomíšních plen nějakým patologickým procesem nebo traumatem
melanom	zhoubný kožní nádor
metabolická porucha	porucha související s látkovou přeměnou
morbidity	nemocnost, chorobnost, poměr počtu nemocných jedinců vůči počtu všech jedinců
neuroinfekce	infekční onemocnění centrálního nervstva
nutriční	výživový
obezita	otylost
obstrukce	neprůchodnost
ohnisko nákazy	místo, ve kterém se uskutečňuje proces šíření nákazy
onkologie	lékařský obor zabývající se nádorovými onemocněními, jejich prevencí, diagnostikou a léčením
parazit	cizopasník; příživník
pneumokonióza	onemocnění zaprášením plic
prevalence	je definována jako počet evidovaných pacientů na 100 000 obyvatel v daném roce
prevence	předcházení něčemu, ochrana před něčím (onemocněním)
preventabilní	umožňující ochranu, předcházení následkům
průměrné % pracovní neschopnosti	podíl kalendářních dnů pracovní neschopnosti na celkovém kalendářním fondu ve sledovaném roce
psychotherapie	cílevědomé léčebné působení na psychiku člověka
RAPEX	system sledující výskyt nebezpečných výrobků, zjištěné v EU
relaxace	proces nebo stav uvolnění psychického a tělesného napětí
resocializace	znovuzakotvení ve společnosti
respirátor	protiprachová dýchací maska
respondent	dotazovaný; účastník ankety, dotazníkového průzkumu
salmonelóza	akutní horečnatá střevní nákaza způsobená salmonelami
screening	plošné vyšetřování populace za účelem detekce léčitelného nádorového onemocnění v jeho časných stádiích, kdy pacienti ještě nemají potíže a příznaky
sedativum	uklidňující prostředek

sekrece	vyměšování, vylučování sekretů
sérologické (vyšetření)	vyšetření krevní plazmy
silikóza	onemocnění zaprášením plic způsobené prachem s obsahem SiO_2
socioterapie	léčení nemocných pomocí pozitivního vlivu skupiny lidí a bezpečného prostředí
somatizace	přenesení psychického napětí do tělesné oblasti
standardizovaná úmrtnost (SDR)	teoretická intenzita úmrtnosti (na 100 000 osob) reálné populace s určitým věkově specifickým profilem úmrtnosti za předpokladu věkové struktury populace odpovídající tzv. Evropského standardu. Počítáno metodou přímé standardizace. Zdroj: ČSÚ, ÚZIS ČR
sterilizace	přímé usmrcení všech mikroorganismů v potravinách nebo prostředí
stimulancium	povzbuzující prostředek
střední délka života při narození	počet let, kterých se průměrně dožije novorozenec za předpokladu zachování úmrtnostní situace z období jejího výpočtu
surveillance	komplexní a soustavné získávání všech dostupných informací o procesu šíření nákazy a sledování všech podmínek a faktorů, které tento proces ovlivňují. Účelem je stanovení účinných opatření k potlačení nebo likvidaci dané nákazy.
suspenze	disperzní soustava tvořená pevnými částicemi rozptýlenými v kapalném prostředí
vakcinace	očkování
vazoneuróza	onemocnění cév z vibrací
vibrace	chvění, kmitání

SEZNAM ZKRATEK

APO	akutní průjmové onemocnění	NO₂	oxid dusičitý
ARI	akutní respirační infekce	NPE	nejvýše přípustná expozice
CAN	(syndrom) týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte	NRLUD	Národní registr léčby uživatelů drog
CNS	centrální nervová soustava	NRULISL	Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek
ČHMÚ	Český hydrometeorologický ústav	OKR	Ostravsko-karvinský revír
ČOI	Česká obchodní inspekce	OL	Olomoucký kraj
ČR	Česká republika	OOPP	osobní ochranné pracovní prostředky
DS	dýchací soustava	OOVZ	orgán ochrany veřejného zdraví
EIA	posuzování vlivů na životní prostředí	OS	oběhová soustava
EPIDAT	úložiště dat, program k zajištění povinného hlášení, evidence a analýzy výskytu infekčních nemocí v ČR	Par	Pardubický kraj
ES	Evropské společenství	PBU	předmět běžného užívání
HACCP	kritický kontrolní bod analýzy rizika	PČR	Policie České republiky
HAPIEE	mezinárodní studie o zdraví, alkoholu a psychosociálních faktorech ve východní Evropě	PD	projektová dokumentace
HDL	lipoprotein s vysokou hustotou (hodný cholesterol)	PM_{2,5}	polévatý prach frakce < 2,5 μm
HK	Královéhradecký kraj	PM₁₀	polévatý prach frakce < 10 μm
HV	hygiena výživy	PLS	pracovně-lékařské služby
HZS	Hasičský záchranný sbor	PSPP	pracovní skupina protidrogové prevence
IPPC	integrovaná prevence a omezování znečištění (z angl. Integrated Pollution Prevention and Control)	RAPEX	výstražný informační systém o nebezpečných výrobcích nepotravinářského charakteru (Rapid Alert System for Non-Food Products)
IS KaPr	informační systém – Registr kategorizace prací	RASFF	systém rychlého varování pro potraviny a krmiva (Rapid Alert System for Food and Feed)
IS PiVo	informační systém – Registr kvality pitné a rekreační vody	SDR	úmrtnost standardizovaná
IZS	Integrovaný záchranný systém	SDŽ	střední délka života
JČ	Jihočeský kraj	SEA	Strategické posuzování vlivů na životní prostředí (Strategic Environmental Assessment)
KHS	Krajská hygienická stanice	SO₂	oxid siřičitý
KTJ	kolonii tvořící jednotka (v mikrobiologii)	SZPI	Státní zemědělská a potravinářská inspekce
KVS	Krajská veterinární správa	SZÚ	Státní zdravotní ústav
Lib	Liberecký kraj	TBC	tuberkulóza
LSPP	lékařská služba první pomoci	TS	trávicí soustava
MSK	Moravskoslezský kraj	TSP	celkové suspendované částice
MZ	Ministerstvo zdravotnictví	TZL	tuhé znečišťující látky
NJZ	nadměrná jednostranná zátěž	ÚP KHS	územní pracoviště Krajské hygienické stanice

Úst	Ústecký kraj
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
VNN	vysoce nakažlivé nákazy
ZN	zhoubný novotvar
ZÚ	Zdravotní ústav
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

POZNÁMKY

