

Věstník

Ročník **2025**

MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ

ČESKÉ REPUBLIKY

Částka **14**

Vydáno: 27. srpna 2025

OBSAH:

1. DOPORUČENÍ pro bufetový výdej nemocniční stravy 3
2. METODICKÉ DOPORUČENÍ k zajištění zvýšene surveillance přenosné dětské obrny
(poliomyelitidy) 36
3. Výzva k podání žádosti o udělení statutu pracoviště pro mamografický screening v programu
screeningu karcinomu prsu v Moravskoslezském kraji 70

METODICKÉ DOPORUČENÍ
k zajištění zvýšené surveillance přenosné
dětské obrny (poliomyelitidy)

Předmět a cíle metodického doporučení

Metodické doporučení bylo přijato v zájmu nastavení jednotného systému pro zajištění prevence vzniku a dalšího šíření nákazy poliomyelitidou a v souvislosti s hlášenou detekcí cirkulujících, z vakcíny derivovaných poliovirů typ 2 (dále také „cVDPV2“) v odpadních vodách na území některých evropských států (Velká Británie, Finsko, Německo, Španělsko, Polsko) i mimo Evropu (některé africké země, pásma Gazy) v roce 2024.

Toto metodické doporučení je určeno všem poskytovatelům zdravotních služeb včetně laboratoří provádějících příslušná vyšetření a dále orgánům ochrany veřejného zdraví (OOVZ), popř. dalším subjektům zapojených při řešení problematiky poliomyelitidy.

V návaznosti na nové poznatky může být metodické doporučení v budoucnu modifikováno.

Metodické doporučení stanovuje:

- a) základní epidemiologické a klinické charakteristiky onemocnění, terapie;
- b) prevenci onemocnění;
- c) laboratorní diagnostiku;
- d) surveillance onemocnění přenosnou dětskou obrnou, klasifikaci případů;
- e) epidemiologické šetření a stanovení druhu a způsobu provedení protiepidemických opatření;
- f) informace o Programu certifikace polioeradikace;
- g) doporučení pro zdravotnická zařízení.

Metodické doporučení bylo zpracováno ve spolupráci:

1. Státního zdravotního ústavu (SZÚ)
2. Ministerstva zdravotnictví (MZD)
3. Poradního sboru pro epidemiologii hlavního hygienika ČR

Obsah:

1. Základní epidemiologické charakteristiky onemocnění	40
1.1. Výskyt v České republice.....	40
1.2. Výskyt ve světě.....	40
1.3. Původce	41
1.4. Inkubační doba	42
1.5. Zdroj.....	42
1.6. Přenos, nakažlivost, nosičství, závažnost a smrtnost	42
2. Základní klinické charakteristiky a terapie onemocnění.....	43
2.1. Klinické projevy, závažnost průběhu onemocnění a komplikace.....	43
2.2. Diferenciální diagnostika	45
2.3. Terapie.....	45
3. Epidemiologická kritéria případu	45
4. Laboratorní diagnostika – zásady odběru, transportu a vyšetření klinického materiálu	46
4.1. Odběr biologického materiálu.....	46
4.2. Transport biologického materiálu	46
4.3. Základní vyšetřovací metody	47
5. Klasifikace případů onemocnění.....	48
6. Očkování	49
6.1. Pravidelné očkování dětí.....	49
6.2. Osoby neočkované nebo bez dokumentace o provedeném očkování.....	50
6.3. Přeočkování v dospělosti.....	50
6.4. Očkování zdravotníků.....	50
6.5. Mimořádné očkování	50
6.6. Komplikace v souvislosti s vakcinací perorální vakcínou proti poliomyelitidě.....	51
6.6.1. Paralytická poliomyelitida v souvislosti s očkováním (VAPP).....	51
6.6.2. Variantní polioviry, z vakcíny derivované polioviry.....	51
7. Sběr dat, způsob a lhůty hlášení	52
8. Epidemiologické šetření při podezření na výskyt onemocnění přenosnou dětskou obrnou	55
9. Protiepidemická opatření a způsob jejich provádění.....	55
10. Kontakty a opatření u kontaktů	56
11. Program certifikace polioeradikace	57
11.1. Klinická surveillance v ČR – hlášení AChP.....	58
11.2. Environmentální surveillance v ČR.....	59

11.2.1. Odběrová místa v ČR.....	59
11.2.2. Frekvence a metodika odběrů odpadních vod.....	60
11.2.3. Výsledky vyšetření odpadních vod	60
11.3. Udržení vysoké proočkovanosti	60
12. Doporučení pro zdravotnická zařízení.....	61
12.1. Prevence šíření nákazy ve zdravotnických zařízeních – opatření u zdravotníků a pacientů	61
12.2. Postup při úklidu ve zdravotnických zařízeních	62
12.3. Manipulace s prádlem a praní prádla	62
13. Komunikace rizika (risk communication)	62
14. Stručný algoritmus surveillance akutních chabých paréz (AChP)	62
15. Legislativa	64
Zrušovací ustanovení	64
Seznam použité literatury.....	64
Příloha č. 1: Dotazník pro hlášení případu AChP podle požadavků WHO/EURO	66
Příloha č. 2: Kódy pro AChP/Polio dotazník k jednotlivým případům podle požadavků WHO/EURO	67

1. ZÁKLADNÍ EPIDEMIOLOGICKÉ CHARAKTERISTIKY ONEMOCNĚNÍ

Poliomyelitida je vysoce nakažlivé virové onemocnění nervového systému, které postihuje míchu a které může způsobit celoživotní ochrnutí, popřípadě i úmrtí. Smrtnost paralytických forem je kolem 10 %. Život ohrožující komplikací je obrna dýchacích a polykacích svalů.

1.1. Výskyt v České republice

V první polovině 20. století, před zahájením očkování proti přenosné dětské obrně (dále také „poliomyelitida“), onemocněly každoročně v České republice (dále jen „ČR“) stovky dětí a desítky jich zemřely. Od roku 1957 byla zahájena vakcinace nejdříve neživou (dále také „IPV“) a následně živou očkovací látkou (dále také „OPV“). V roce 1959 bylo v ČR hlášeno 131 případů onemocnění a 11 úmrtí. Celoplošný očkovací program OPV byl zahájen na jaře roku 1960, kdy bylo naočkováno 94 % dětí do 15 let věku. Ještě v první polovině roku 1960 bylo evidováno 33 případů onemocnění, od druhé poloviny roku 1960 se nevyskytl žádný případ indigenní (neimportované) paralytické poliomyelitidy a ČR tak mohla jako první země na světě deklarovat eliminaci poliomyelitidy čili stav dlouhodobého územního přerušení procesu šíření nákazy.

V současné době poliomyelitida nabývá na významu kvůli rostoucímu individuálnímu cestování a nárůstu hromadných relokací uprchlíků, žadatelů o azyl a přistěhovalců ze zemí, kde se poliomyelitida stále vyskytuje. Možnost importu onemocnění v kombinaci s rostoucí váhavostí ohledně očkování v neendemických zemích, časté cestování do endemických zemí a vyvanutí imunity u očkované populace vedou k tomu, že se riziko onemocnění znovu objevuje. V ČR se od šedesátých let 20. století onemocnění nevyskytlo, ale vzhledem k tomu, že se dosud nepodařilo poliomyelitidu celosvětově eradikovat, je třeba počítat i s možným rizikem zavlečení nákazy na území ČR. V této souvislosti je nutné udržet proočkovanost celé populace na co nejvyšší úrovni.

1.2. Výskyt ve světě

Od roku 1988, kdy 41. Světové zdravotnické shromáždění přijalo rezoluci k celosvětové eradikaci přenosné dětské obrny, došlo v celosvětovém měřítku k zásadní redukci výskytu paralytické poliomyelitidy. Počet případů se od roku 1988 snížil o více než 99 % z odhadovaných 350 000 případů ve více než 125 endemických zemích na 12 hlášených případů v roce 2023 z Afghánistánu a Pákistánu, které tak zůstávají jedinými endemickými zeměmi.

V roce 2024 však došlo v porovnání s rokem 2023 k nárůstu počtu případů onemocnění vyvolaných divokým poliovirem typu 1 (dále také „WPV1“), jak v Afghánistánu, tak

v Pákistánu. V roce 2023 bylo hlášeno z každé země 6 případů vyvolaných WPV1, v roce 2024 bylo z Pákistánu hlášeno 73 potvrzených případů a z Afghánistánu 25 případů WPV1. Současné došlo k výraznému nárůstu divokých poliovirů zjištěných v rámci environmentální surveillace v obou zemích.

Případy akutní chabé parézy (dále také „AChP“) vyvolané cirkulujícími viry derivovanými z vakcinálního polioviru (cVDPV) se v roce 2024 vyskytovaly v několika zemích Afriky a Asie (např. cVDPV1 – Demokratická republika Kongo; cVDPV2 – Etiopie, Niger, Čad, Nigérie, Jemen; cVDPV3 – Guinea). V odpadních vodách byly zjištěny v rámci environmentální surveillace v roce 2024 záchyty převážně cVDPV2, pouze 3× byl zjištěn cVDPV3 v rámci laboratorního úniku ve Francouzské Guianě.

V roce 2024 byly ve čtyřech zemích v Evropské unie (EU) (Finsko, Německo, Polsko a Španělsko) a Spojeném království hlášeny mezi zářím a prosincem 2024 záchyty cirkulujícího z vakcíny odvozeného polioviru typu 2 ve vzorcích odpadních vod. Je to poprvé, co byl cVDPV2 detekován v zemích EU v rámci environmentální surveillace, v této souvislosti ale nebyly zjištěny žádné případy AChP.

1.3. Původce

Onemocnění vyvolávají **divoké polioviry (WPV)**. Jsou to malé jednovláknové RNA viry, které patří do podskupiny enterovirů z čeledi *Picornaviridae*. Lidé jsou jediným rezervoárem polioviru.

Existují tři odlišné sérotypy divokých poliovirů, typy 1, 2 a 3. Infekce nebo imunizace jedním sérotypem nevyvolává imunitu proti dalším dvěma sérotypům. Poliovirus typu 1 byl historicky celosvětově hlavní příčinou poliomyelitidy a nadále cirkuluje v endemických oblastech (Afgánistán, Pákistán).

Divoký poliovirus typu 2 byl prohlášen za eradikovaný v září 2015, přičemž poslední případ onemocnění byl diagnostikován v Indii v roce 1999.

Divoký poliovirus typu 3 byl prohlášen za eradikovaný v roce 2020, naposledy byl detekován v Nigérii v listopadu 2012.

Polioviry jsou značně odolné proti zevním vlivům. Přežívají ve vodě, mléce, snášejí dobře nízkou teplotu a poměrně dobře i vyschnutí. Ve vodě, půdě a splaších vydrží týdny i měsíce. Při zmrazení zůstává poliovirus infekční po dobu několika let, v chladničce po dobu několika měsíců a při pokojové teplotě po několik týdnů či dní.

Při ingesci polioviru nedochází k inaktivaci kyselým žaludečním obsahem.

Polioviry přežívají v 50% glycerolu a zůstávají patogenní po několik let. Jsou odolné vůči inaktivaci mnoha běžnými detergenty a některými dezinfekčními přípravky (s omezeně virucidním účinkem). Polioviry jsou rychle inaktivovány ultrafialovým světlem, vysušením a dále např. formaldehydem nebo volným chlórem. Virus je inaktivován při teplotě 56 °C po dobu 30 minut.

1.4. Inkubační doba

Inkubační doba poliomyelitidy od nákazy do vzniku paréz trvá obvykle 7 až 14 dní, nicméně rozsah může být 3 až 35 dní. U neparetických forem je inkubační doba obvykle 3–6 dní.

1.5. Zdroj

Člověk je v přírodě jediným rezervoárem divokého polioviru, zdrojem nákazy je tedy člověk, často s inaparentní infekcí. Ve vzácných případech vakcinační poliomyelitidy se může stát zdrojem i člověk nedávno očkovaný živou vakcínou.

1.6. Přenos, nakažlivost, nosičství, závažnost a smrtelnost

K přenosu infekce dochází:

- a) Nejčastěji fekálně-orální cestou, protože se poliovirus ve velkém množství, a obvykle po dobu několika týdnů, vylučuje střevem infikovaných lidí. Rychle se šíří, jak přímým kontaktem, tak nepřímo kontaminovanou vodou nebo potravou. Je prokázáno, že mouchy mohou poliovirus pasivně přenášet z fekálií na potravu.
- b) Orálně-orální cestou (orofaryngeálně-orální, respirační), kdy je virus vylučován nazofaryngeálním sekretem, takže je možný přenos kapénkovou cestou a kontaminovanými předměty.

Období nakažlivosti začíná již krátce po expozici infekci. Virus přenosné dětské obrny je detekován v nazofaryngeálních sekretech 36 hodin po expozici a může zde přetrvávat až 7 dní. Vylučování ve stolici začíná po 2–3 dnech od expozice a může trvat až 6 týdnů. Vzácně při imunodeficienci může vylučování viru trvat měsíce až roky. Maximální vylučování viru je pozorováno 2–3 dny před a 1 týden po objevení se symptomů. Virus vylučují také osoby s asymptomatickou nákazou, tj. 90 % ze všech nakažených. Osoby se sníženou obranyschopností mohou virus ve stolici vylučovat měsíce až roky. Opakovaná nákaza poliomyelitidou je vzácná a bývá způsobena poliovirem jiného typu, neboť imunita vůči jednomu typu polioviru nechrání před infekcí jinými typy polioviru. Imunita po přirozené

infekci nebo podání živé orální vakcíny proti dětské obrně je považována za celoživotní. Přetrvávání hladin ochranných protilátek po podání inaktivované vakcíny proti dětské obrně není známo.

Děti narozené matkám s vysokými hladinami protilátek proti polioviru jsou chráněny prvních několik týdnů života. Polioviry mají schopnost rychle se šířit mezi nejmladšími jedinci, kteří jsou ještě chráněni mateřskými protilátkami, proto u nich k obrnám (parézám, paralýzám) dochází jen ojediněle a většina nákaz proběhne bezpříznakově. Ve 2 endemických zemích (Pákistán, Afghánistán) se 80–90 % případů vyskytuje u dětí do 3 let věku.

Nosičství u divokého polioviru nebylo dosud zaznamenáno. Chronické nosičství je zaznamenáno u z vakcíny derivovaných poliovirů (dále také „VDPV“) ze zemí s vysokou životní úrovní a u osob s poruchou B buněčné imunity.

Závažnost a smrtnost poliomyelitidy:

Paretické formy vznikají u méně než 1 % infikovaných, ale jsou smrtelné ve 2–10 % v důsledku postižení dýchacích svalů, přičemž smrtnost stoupá s věkem. Z případů paralytické obrny se zcela uzdraví 10 % nemocných, u ostatních případů se vyskytují reziduální parézy. Pokud jsou parézy přítomné i po 60 dnech, bývají trvalé s doživotními následky v podobě atrofií a deformit, zvláště dolních končetin.

2. ZÁKLADNÍ KLINICKÉ CHARAKTERISTIKY A TERAPIE ONEMOCNĚNÍ

2.1. Klinické projevy, závažnost průběhu onemocnění a komplikace

U většiny infikovaných osob probíhá onemocnění bezpříznakově, asi u 25 % se mohou rozvinout chřipkové příznaky (bolesti v krku, horečka, únava, nevolnost, bolesti hlavy a bolesti žaludku), které vymizí do 2–5 dní. Pokud virus napadne nervový systém, může během několika hodin způsobit akutní chabou parézu.

Infekce virem poliomyelitidy může mít různé formy:

1. Inaparentní infekce (90 %): probíhá bez klinických příznaků, jedná se o nejčastější formu infekce poliovirem.
2. Mírné abortivní onemocnění (4–8 %): má krátkou inkubační dobu 2–3 dny a trvá krátce (1–3 dny). Projevuje se jako nespecifické horečnaté onemocnění charakterizované zvýšenou teplotou, bolestí v krku, zvracením, bolestí břicha, ztrátou chuti k jídlu a malátností. Zotavení je rychlé a úplné bez paréz. Obvykle nelze odlišit od jiných virových onemocnění s mírnými respiračními nebo gastrointestinálními projevy.

3. Neparalytická aseptická meningitida (1–5 %): nejčastěji má dvoufázový průběh onemocnění, prodromální stadium s nespecifickými příznaky, za 3–5 dní následuje rozvoj onemocnění s příznaky: bolesti hlavy, krku, zad a/nebo břicha, bolest končetin, horečka, zvracení, letargie a podrážděnost. K úzdavě dochází do 2–10 dní. Nelze ji klinicky odlišit od jiných příčin aseptické meningitidy.
4. Paralytická poliomyelitida (méně než 1 % ze všech infekcí): vzniká, když poliovirus pronikne do centrálního nervového systému a replikuje se v buňkách předních rohů míšních (motorické neurony) míchy. Onemocnění může mít spinální, bulbární a bulbospinální formu v závislosti na místě postižení motorických neuronů. Paralytická poliomyelitida se rozvíjí po lehkém onemocnění a někdy po několika dnech bez příznaků (bifázický průběh). Paralytické symptomy obvykle začínají 1–10 dní po prodromálních symptomech a progredují 2–3 dny. Tato forma onemocnění začíná bolestí svalů, křečemi a návratem horečky, následovaným rychlým nástupem asymetrické chabé parézy se sníženými hlubokými šlachovými reflexy. Intaktní zůstává funkce senzorických nervů a nejčastěji přetrvává reziduální („trvalá“) paréza nebo slabost i po 60 dnech.
5. Postpoliomyelitický syndrom, progresivní svalová atrofie: U řady osob dochází za 20–40 let po prodělaném paretickém onemocnění ke zhoršování dosud stabilizovaného zdravotního stavu, postupující atypické formě spinální svalové atrofie projevující se např. úpornými bolestmi svalů a kloubů, fascikulacemi a křečemi, rostoucí svalovou slabostí, vznikem nových svalových atrofií a následně nových deformit. Dalšími příznaky jsou i vazovagální synkopy, poruchy spánku, přecitlivělost k chladu a bolesti, potíže s polykáním a dýcháním. *(Poznámka: Pacienti s poliomyelitidou, kteří v ČR onemocněli před rokem 1960, slangově nazývaní obrnáři, jsou sdruženi v organizaci „Asociace polio v ČR“, registrované Ministerstvem vnitra od roku 1990 <https://www.polio.cz/>)*

Pro účely surveillance poliomyelitidy jsou definována následující klinická kritéria (vyplývající z vyhlášky č. 389/2023 Sb., o systému epidemiologické bdělosti pro vybraná infekční onemocnění, ve znění pozdějších předpisů a z Rozhodnutí Komise (EU) 2018/945):

- a) každá osoba mladší 15 let s akutní chabou obrnou,
- b) každá osoba, u níž lékař diagnostikoval podezření na obrnu.

Přenosná dětská obrna zahrnuje následující klinické projevy: AChP, nejčastěji jedné či více končetin, typické je asymetrické postižení, v postižené končetině jsou snížené nebo chybějící

šlachové reflexy bez zjevné příčiny a bez ztráty senzorických, tj. smyslových nebo kognitivních, tj. poznávacích funkcí.

2.2. Diferenciální diagnostika

V rámci diferenciální diagnostiky je třeba odlišit zejména:

- enteroviry (hlavně typ 71), echoviry, coxsackie viry;
- klíšťovou encefalitidu, neuroborreliózu;
- žlutou zimnici, Japonskou encefalitidu;
- Guillain Barré syndrom (u něj je typicky symetrická paréza trvající do 10 dní, chybí teplota, bolesti hlavy, nausea, zvracení a pleocytóza);
- traumatickou neuritidu, transversální myelitidu.

Další možné příčiny paréz: působení toxinů, metabolická nerovnováha, nádory apod.

2.3. Terapie

Specifická terapie poliomyelitidy neexistuje, léčba je symptomatická. Významná je včasná rehabilitace.

3. EPIDEMIOLOGICKÁ KRITÉRIA PŘÍPADU

Za naplnění epidemiologických kritérií se považuje potvrzení nejméně jedné z epidemiologických souvislostí, kterými jsou:

- a) přenos z člověka na člověka,
- b) v anamnéze cestování do oblasti endemického výskytu přenosné dětské obrny nebo oblasti s předpokládanou či potvrzenou cirkulací polioviru,
- c) expozice společnému vehikulu, tj. kontaminovaným potravinám nebo pitné vodě,
- d) expozice při koupání v kontaminovaných vodách,
- e) profesionální expozice.

4. LABORATORNÍ DIAGNOSTIKA – ZÁSADY ODBĚRU, TRANSPORTU A VYŠETŘENÍ KLINICKÉHO MATERIÁLU

4.1. Odběr biologického materiálu

Biologický materiál pro laboratorní diagnostiku

Podle doporučení Světové zdravotnické organizace (WHO) je základním klinickým materiálem pro vyšetření stolice, která je nejvhodnějším materiálem pro virologickou i molekulární diagnostiku. K vyšetření se odebírá 4–8 gramů stolice (cca velikosti nehtu na palci) odebraných in toto nebo rektální rourkou, kterou je nutno vložit do čistého kontejneru se šroubovacím uzávěrem (vzorky stolice od dětí se dají získat z plenek, případně z nočníku). Dalším materiálem může být i nazofaryngeální, orofaryngeální nebo faryngeální výtěr, spojivkový výtěr, rektální výtěr, biopsie z myokardu nebo mozkové tkáně, stěr z lézí, bronchoalveolární laváž nebo mozkomíšní mok, sérum/plasma.

4.2. Transport biologického materiálu

Transport vzorků stolice musí být proveden okamžitě po jejich odběru, během transportu je nutno zabezpečit teplotu pro vzorek 4–8 °C; pokud vzorky stolice nejsou okamžitě transportovány do Národní referenční laboratoř pro enteroviry (NRLE), je nutné je zmrazit na teplotu minus 15–25 °C a do NRLE dopravit do 14 dnů ve zmrazeném stavu.

Adresa pro zasílání vzorků:

Státní zdravotní ústav

Národní referenční laboratoř pro enteroviry

CEM, budova č. 4

Šrobárova 49/48

Praha 10, 100 00

Telefonní kontakt: 267 082 333

Příjem vzorků v pracovní dny v době 7:15–15:45 hod.

Výsledky laboratorního vyšetření lze očekávat do 14 dnů od obdržení vzorku v NRLE; vyšetření v NRLE zaměřené na průkaz poliovirů a dalších enterovirů je bezplatné.

4.3. Základní vyšetřovací metody

a) Kultivace a izolace

Izolace polioviru nebo non-polioviru na tkáňových kulturách je nejcitlivější metodou pro diagnostiku infekce poliovirem. Poliovirus je nejčastěji izolován ze vzorků stolice, ale může být také izolován z nazofaryngeálních, orofaryngeálních, faryngeálních nebo rektálních výtěrů, stěrů z lézí, bronchoalveolární laváže. Méně pravděpodobná je izolace z krve/plasmy, biopsií z myokardu, mozku nebo mozkomíšního moku. Všechny vzorky suspektní na přítomnost polioviru by měly být naočkovány do následujících dvou buněčných linií:

- RD buněčná linie (buňky pocházející z lidského rhabdomyosarkomu) je citlivá na přítomnost všech enterovirů.
- L20B (myší buněčná linie, geneticky upravená vnesením lidského receptoru CD 155 pro vstup polioviru do buněk) je selektivní pro polioviry.

Enteroviry tvoří v tkáňové kultuře charakteristický cytopatický efekt.

Pozitivní tkáňová kultura se dále zasílá do 7 dnů do RRL WHO v Helsinkách nebo RIVM v Bilthovenu k provedení sekvenace oblasti VP1 a 3D sekvenace k bližšímu určení polioviru (PV).

b) Intratypová diferenciac

V případě nálezů PV na tkáňových kulturách se provádí v NRLE intratypová diferenciac pro odlišení vakcinačního polioviru Sabin 1 (OPV1), Sabin 2 (OPV2), Sabin 3 (OPV3), polioviru typu 2 (PV2), divokého polioviru 1 (WP1), divokého polioviru 3 (WP3), z vakcíny derivovaného polioviru 1 (VDPV1), z vakcíny derivovaného polioviru 3 (VDPV3) a nového vakcinačního polioviru Sabin 2 (nOPV2).

c) Kvantitativní polymerázová řetězová reakce

Používá se ke konfirmaci pozitivních i negativních výsledků po izolaci na tkáňových kulturách.

d) Sekvenace

Používá se ke zjištění genotypu enteroviru.

e) Sérologické vyšetření

Ve většině případů nejsou titry protilátek v krvi pro diagnózu užitečné. Sérologie může být podpurným vyšetřením při diagnóze paralytické poliomyelitidy, zejména pokud je známo nebo

je-li podezření, že pacient není očkován. Vzorek akutního séra by měl být odebrán co nejdříve v průběhu onemocnění. Druhý, rekonvalescentní, vzorek by měl být odebrán nejdříve za 3 týdny. Vzorky musí být po odběru zchlazeny (2–8 °C) pro krátkodobé skladování nepřesahující 24 hodin, případně zmraženy (-20 °C nebo méně) až do odeslání, které nesmí přesáhnout 1 měsíc.

5. KLASIFIKACE PŘÍPADŮ ONEMOCNĚNÍ

1. Klasifikace případu onemocnění poliomyelitidou na možný, pravděpodobný a potvrzený se používá jednotně v rámci zemí EU/EHP (Evropský hospodářský prostor) podle Rozhodnutí Komise (EU) 2018/945. Pro účely surveillance a hlášení do WHO a do TESSy (The European Surveillance System) se jako případy onemocnění poliomyelitidou klasifikují:

- A. Možný případ, který splňuje klinická kritéria.
- B. Pravděpodobný případ, který splňuje klinická kritéria s epidemiologickou souvislostí.
- C. Potvrzený případ, který splňuje klinická kritéria a je laboratorně potvrzený.

2. Pro potřeby národní surveillance se případy v bodech A, B, C dále klasifikují:

2.1. akutní paralytická poliomyelitida spojená s divokým importovaným virem, kdy zdroj nákazy byl mimo ČR; paralytické onemocnění se projeví do 30 dní po příjezdu ze zahraničí, zejména z oblastí s endemickým výskytem paralytické poliomyelitidy;

2.2. kontakt se zavlečeným případem, kdy zdrojem nákazy je nemocný se zavlečeným případem paralytické poliomyelitidy; paralytické onemocnění se u kontaktu projeví do 30 dní po začátku paralytické poliomyelitidy zavlečeného případu;

2.3. akutní paralytická poliomyelitida v souvislosti s očkováním živou vakcínou proti přenosné dětské obrně, kdy paralytickou poliomyelitidou onemocní

- a) očkovaná osoba v době od 4 do 30 dní po podání vakcíny,
- b) kontakt, který v posledních 30 dnech sám očkovan nebyl, ale byl v kontaktu s osobou očkovanou, která dostala živou vakcínu v posledních 60 dnech;

2.4. akutní paralytická poliomyelitida, spojená s divokým neimportovaným, domácím virem a bez souvislosti s očkováním;

2.5. akutní paralytická poliomyelitida vyvolaná z vakcíny derivovanými polioviry.

6. OČKOVÁNÍ

Zásadní význam v prevenci onemocnění má očkování. V 50. letech 20. století byly v USA vyvinuty vakcíny proti poliomyelitidě, neživá inaktivovaná poliovakcína (IPV) a živá oslabená orální poliovakcína (OPV). V ČR byl po zavedení očkování neživou Salkovou vakcínou v roce 1957 zaznamenán zásadní pokles počtu hlášených případů poliomyelitidy z celkem 1895 evidovaných onemocnění v roce 1953 na 131 případů registrovaných v roce 1959. Od roku 1960 se očkovalo živou Sabinovou očkovací látkou. Díky úspěšnému očkovacímu programu je ČR od roku 1961 polio-free zemí. Děti narozené po 31. 12. 2006 se už očkují pouze IPV.

6.1. Pravidelné očkování dětí

V současnosti se v ČR očkování a přeočkování kojenců a batolat provádí inaktivovanou očkovací látkou, která je součástí hexavalentní očkovací látky proti záškrtu, tetanu, černému kašli, přenosné dětské obrně, virové hepatitidě B a onemocnění vyvolanému *Haemophilus influenzae* typu b (DTPa-IPV-HBV-Hib).

Podle v současné době platného znění vyhlášky č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, ve znění pozdějších předpisů, se provádí základní očkování u donošených dětí od započatého devátého týdne života dítěte formou podání dvou dávek hexavalentní očkovací látky s tím, že druhá dávka se aplikuje za 2 měsíce po první dávce. Podání třetí dávky se doporučuje nejdříve za 6 měsíců po poslední dávce očkování, ideálně v 11.–13. měsíci života, nejlépe před dovršením věku 18 měsíců.

U nedonošených dětí se očkování provede třemi dávkami očkovací látky podanými v intervalech nejméně jednoho měsíce mezi dávkami, a čtvrtou dávkou podanou nejméně šest měsíců po podání třetí dávky.

Přeočkování se provádí od dovršení 10. do dovršení 11. roku života vakcínou proti difterii, tetanu, pertusi a poliomyelitidě (TdaP-IPV).

Pokud z nějakého důvodu došlo ke zpoždění podání posilovací dávky, může být podána bez nutnosti opakování primárního očkování.

Za kompletní očkování u dětí se v ČR považuje aplikace čtyř dávek vakcíny (3 dávky v rámci základního očkování a jedna dávka jako posilovací).

6.2. Osoby neočkované nebo bez dokumentace o provedeném očkování

U dětí, které dokumentaci o očkování nemají, bude zahájeno očkování podle záchytných schémat. Do 7. narozenin se používá pro primovakcinaci hexavalentní očkovací látka, DTPa-IPV-HepB-Hib. Od 7 let věku se používá pouze kombinovaná očkovací látka Tdap-IPV, podle doporučení České vakcinologické společnosti ČLS JEP.

https://www.vakcinace.eu/data/files/downloads/doporuceni_cvs_ockovani_uprchlicifinal_7_3_20221.pdf.

U dospívajících a dospělých s neznámým vakcinačním statusem nebo s nedokončenou vakcinací proti poliomyelitidě je možné aplikovat kombinovanou očkovací látku proti difterii, tetanu, pertusi a poliomyelitidě Tdap-IPV (Adacel Polio, Boostrix Polio), případně monovalentní vakcínu proti poliomyelitidě Imovax Polio. U neočkovaných dospělých se aplikují 2 dávky vakcíny Imovax Polio v intervalu 2 měsíců, přeočkování se provede za 8–12 měsíců po poslední dávce.

6.3. Přeočkování v dospělosti

V aktuální epidemiologické situaci je doporučeno zvážit přeočkování osob v dospělosti jednou dávkou kombinované vakcíny proti difterii, tetanu, pertusi a poliomyelitidě se sníženým obsahem antigenů (Adacel Polio, Boostrix Polio), případně vakcínou Imovax Polio, i vzhledem ke zvýšené frekvenci cestování do zemí, kde dochází k cirkulaci divokého nebo z vakcíny derivovaného polioviru.

V ČR není očkování proti poliomyelitidě provedené v dospělosti hrazeno z veřejného zdravotního pojištění.

6.4. Očkování zdravotníků

Zdravotníci by měli být očkováni proti poliomyelitidě v rámci povinného očkování už z dětství (dle věku OPV nebo IPV). Vzhledem k epidemiologické situaci lze doporučit v dospělosti přeočkování (viz bod 6.3). V případě kontaktu s nemocným poliomyelitidou se přeočkovává IPV bez ohledu na vakcinační status.

6.5. Mimořádné očkování

Na základě § 80 odst. 1 písm. i) ve spojení s § 69 odst. 1 písm. g) zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon č. 258/2000 Sb.“), se po schválení MZD v ohnisku nákazy zahajuje

mimořádné očkování osob, které byly v epidemiologicky významném kontaktu s potvrzeným případem onemocnění (viz kapitola 10. Kontakty a opatření u kontaktů).

6.6. Komplikace v souvislosti s vakcinací perorální vakcínou proti poliomyelitidě

OPV jsou bezpečné a účinné vakcíny, které nabízejí dlouhodobou ochranu jednotlivců proti sérotypům ve vakcíně obsaženým. Několik týdnů po vakcinaci se vakcinační virus replikuje ve střevě, je vylučován a může být rozšířen na další osoby v blízkém kontaktu. To znamená, že imunizace OPV může vést k „pasivní“ imunizaci lidí, kteří nebyli očkovaní. V extrémně vzácných případech (přibližně 1× po aplikaci 2,7 milionů dávek) však oslabený vakcinační virus obsažený v OPV může způsobit paralytickou poliomyelitidu spojenou s vakcínou (VAPP – vaccine-associated paralytic poliomyelitis). Perorální vakcína proti obrně se vyrábí z živých oslabených WPV. Ve velmi vzácných případech, pokud je populace nedostatečně imunizována, se virus může transformovat na patogenní kmeny, na tzv. z vakcíny derivované polioviry.

6.6.1. Paralytická poliomyelitida v souvislosti s očkováním (VAPP) je vzácným nežádoucím účinkem po podání OPV, který postihuje zejména imunodeficientní jedince. Případy VAPP jsou charakterizovány akutní chabou parézou s reziduální paralýzou trvající alespoň 60 dnů. VAPP se může vyskytnout u nedávno očkovaných jedinců (u příjemců OPV mezi 4. a 40. dnem po podání dávky OPV) a u vnímavých jedinců nepřímo vystavených vakcinačnímu viru, např. úzké kontakty jedinců nedávno očkovaných.

6.6.2. Variantní polioviry, z vakcíny derivované polioviry (VDPV)

K jejich vzniku dochází v případě, že se oslabený kmen polioviru obsažený v orální vakcíně pasáží v nedostatečně imunizované populaci nebo neimunizované populaci nebo se replikuje u imunodeficientního jedince po delší dobu a geneticky revertuje a dochází ke zvýšení jeho neurovirulence. Získává tak vlastnosti divokého polioviru, oslabený virus se vrátí do formy, která způsobí u vnímavých osob onemocnění a parézu. VDPV jsou diagnostikovány u lidí nebo zachyceny ve vzorcích z prostředí, odpadních vod.

Typy VDPV:

a) cVDPV (circulating): pokud dochází k cirkulaci VDPV, označují se jako cirkulující z vakcíny derivované polioviry. Případy vyvolané cVDPV se vyskytují v místech, kde se k očkování používá OPV a kde je celková proočkovanost proti poliomyelitidě nízká. cVDPV jsou schopny se replikovat ve střevním traktu nedostatečně imunizovaných osob a mohou být přenášeny na jiné osoby s nedostatečnou imunitou. Pokud se vakcinální virus

šíří z jednoho neočkovaného dítěte na druhé po dlouhou dobu (často v průběhu 12–18 měsíců), zmutuje do formy, kdy může vyvolat parézu. Klinické onemocnění způsobené cVDPV je nerozeznatelné od onemocnění způsobeného divokými polioviry. I když jsou případy vyvolané cVDPV vzácné, v posledních letech jejich počet narůstá kvůli nízké proočkovanosti v komunitách. Nejrozšířenější jsou případy vyvolané cVDPV typu 2. V africkém regionu WHO bylo v srpnu 2020 vyhlášeno přerušení přenosu divokého polioviru, nicméně stále jsou hlášeny případy vyvolané cVDPV.

- b) iVDPV (immunodeficiency-related):** mohou se vyskytnout u osob s poruchou imunity. Výskyt je velmi vzácný, od roku 1962 bylo celosvětově zdokumentováno pouze 111 případů.
- c) aVDPV (ambiguous):** pokud je VDPV zjištěn u osoby, která není imunokompromitovaná (tj. nejedná se o iVDPV) a je potvrzeno, že tento VDPV necirkuluje v rámci komunity (tj. nejedná se o cVDPV), pak se tento případ označuje jako aVDPV; např. v roce 2022 byl takový případ zjištěn u neočkovaného dítěte s AChP bez poruchy imunity v Jeruzalémě.

Poznámka: Většina případů cVDPV ve světě je způsobena cVDPV typu 2. Aby se odstranilo riziko infekce cVDPV2, všechny země očkující OPV v dubnu 2016 přešly z trivalentní OPV (tOPV) na bivalentní OPV (bOPV), kdy očkovací látka obsahuje pouze oslabené polioviry typu 1 a 3. Navzdory této změně se však počty cVDPV2 zvýšily a ve více než 22 zemích byla zaznamenána paretická onemocnění. K zastavení těchto výskytů byla použita monovalentní vakcína OPV2, ale nevýhodou použití této vakcíny je, že může cirkulovat v nedostatečně očkovaných komunitách a tím mohou vznikat další případy cVDPV2. Vývoj nOPV, monovalentní orální vakcíny typu 2 (mOPV2) začal již v roce 2011, od prosince 2021 byla WHO schválena pro nouzové použití a od prosince 2023 byla již plně licencovaná na základě přísných kontrol údajů o bezpečnosti, účinnosti a genetické stabilitě, stejně jako o kontrole kvality výrobních míst. Je geneticky stabilnější, a proto je méně pravděpodobný vznik variantních virů.

7. SBĚR DAT, ZPŮSOB A LHŮTY HLÁŠENÍ

1. Hlášení o onemocnění přenosnou dětskou obrnou se provádí podle právního předpisu upravujícího podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění (dále také „vyhláška č. 306/2012 Sb.“). Součástí tohoto hlášení je i informace o úmrtí na toto onemocnění.

2. Vyšetřující laboratoř podává bezodkladně hlášení o laboratorním nálezu zadávajícímu poskytovateli zdravotních služeb podle právního předpisu upravujícího podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění.
3. Laboratorní nález potvrzující etiologii infekčního onemocnění hlásí laboratoř příslušnému OOVZ podle právního předpisu upravujícího podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění.
4. Hlavní hygienik ČR oznámí do 24 hodin případ **pravděpodobného a potvrzeného onemocnění** přenosnou dětskou obrnou a případného úmrtí na toto onemocnění úřadovně WHO pro Evropu a Evropskému středisku pro prevenci a kontrolu nemocí.
5. OOVZ zajistí denní hlášení z vybraných nemocnic včetně nulového hlášení do SZÚ v případě podezření nebo potvrzení onemocnění přenosnou dětskou obrnou. Hlášení se podává prostřednictvím registru aktuálního zdravotního stavu fyzických osob, které onemocněly infekčním onemocněním, a fyzických osob podezřelých z nákazy (ISIN), popř. elektronickou poštou v zabezpečeném formátu, v případě nebezpečí z prodlení telefonicky.
6. Osoba poskytující péči prošetřuje a hlásí případy AChP u osob do 15 let věku (Příloha č. 1 a 2).
7. Hlášení případu AChP u osoby do 15 let věku včetně nulového hlášení je zasíláno každý týden cestou OOVZ všech krajů do SZÚ.
8. U případu AChP provádí OOVZ epidemiologické šetření podle dotazníku WHO (Příloha č. 1 a 2), který je dostupný i na webových stránkách SZÚ. Vyplněný dotazník se zasílá do SZÚ.
9. Oddělení epidemiologie infekčních nemocí SZÚ odesílá z pověření MZD 1× týdně hlášení AChP, včetně nulového hlášení, za ČR úřadovně WHO pro Evropu prostřednictvím Imunizačního informačního systému WHO (WIISE).
10. Ve vybraných lokalitách každého kraje ČR odebírají pracovníci OOVZ nebo zdravotních ústavů 1× měsíčně vzorky odpadních vod, které odesílají do NRLE SZÚ (více v kapitole 11.2).
11. NRLE hlásí 1× týdně výsledky laboratorních vyšetření klinických materiálů se suspektní enterovirovou etiologií a odebraných materiálů z prostředí do laboratorního systému WHO Immunization Data Warehouse (WIISE Mart).

Hlášení je prováděno v souladu s příslušnými právními předpisy:

- Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.
- Vyhláška č. 389/2023 Sb., o systému epidemiologické bdělosti pro vybraná infekční onemocnění, ve znění pozdějších předpisů.
- Prováděcí rozhodnutí Komise (EU) 2018/945 z 22. června 2018 o přenosných nemocích a souvisejících zvláštních zdravotních problémech, které musí být podchyceny epidemiologickým dozorem, a o příslušných definicích případů.
- Vyhláška č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a vybraných zařízení sociálních služeb, ve znění pozdějších předpisů.

Rozsah údajů pro nahlášení do mezinárodních systémů:

a) údaje pro hlášení do WHO: viz Příloha č. 1: Dotazník pro hlášení případu AChP

b) metadatset pro hlášení případu poliomyelitidy do TESSy:

- věk (v letech) v době začátku příznaků onemocnění;
- pohlaví – muž, žena, jiné (např. transsexuál), neznámé;
- místo pobytu nemocného v době začátku příznaků;
- OOVZ, kterému bylo onemocnění hlášeno;
- klasifikace dle EU case definice;
- datum prvních příznaků onemocnění;
- datum klinické a laboratorní diagnózy;
- datum hlášení OOVZ;
- informace o stavu nemocného (naživu, zemřel, neznámý), v případě úmrtí by smrt měla být způsobena hlášenou nemocí;
- zdroj dat (surveillance), ze kterého záznam o případu pochází;
- datum poslední vakcinace – označuje datum poslední dávky vakcíny podané před propuknutím onemocnění (pokud není známo datum, pak měsíc nebo rok);
- očkovací status – počet dávek, očkovan neznámým počtem dávek, neočkovan, neznámý stav očkování.

8. EPIDEMIOLOGICKÉ ŠETŘENÍ PŘI PODEZŘENÍ NA VÝSKYT ONEMOCNĚNÍ PŘENOSNOU DĚTSKOU OBRNOU

1. Osoba poskytující péči, která vyslovila podezření na onemocnění přenosnou dětskou obrnou nebo AChP u osoby do 15 let věku, zajistí neprodleně u nemocného 2 odběry stolice v rozmezí 24–48 hodin, nejpozději do 14 dní od nástupu prvních příznaků onemocnění, a zajistí neprodleně, nejdéle však do 72 hodin po odběru, jejich transport do NRLE.
2. Vyšetřující laboratoř postupuje podle bodu 4 a 7 tohoto doporučení včetně zasílání klinického materiálu do NRLE.
3. Epidemiologické šetření včetně zjištění údajů o očkování zajistí OOVZ, zejména s cílem určit zdroj nákazy a cestu přenosu.

9. PROTIEPIDEMICKÁ OPATŘENÍ A ZPŮSOB JEJICH PROVÁDĚNÍ

V případě podezření na výskyt nebo potvrzení onemocnění přenosnou dětskou obrnou se postupuje podle Národního plánu akcí v případě importu nebo cirkulace polioviru a v souladu s tímto metodickým doporučením.

Protiepidemická opatření při výskytu onemocnění poliomyelitidou jsou následující:

- a) hlášení onemocnění podle bodu 7;
- b) zajištění odběru biologického materiálu, tj. stolice, od nemocného k ověření diagnózy a zajištění odeslání biologického materiálu do NRLE;
- c) izolace; při zajištění izolace nemocného se postupuje podle právního předpisu upravujícího podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění; každý týden se u izolované osoby odebírají 2 vzorky stolice v intervalu 24–48 hodin, odesílají se do NRLE; izolace musí pokračovat, dokud dva vzorky stolice odebrané s odstupem 7 dnů nebudou na poliovirus negativní;
- d) OOVZ provede neprodleně, nejpozději do 24 hodin, epidemiologické šetření včetně vyhledání epidemiologicky významných kontaktů, zajistí odběr vzorků stolice od rodinným a dalším epidemiologicky významným kontaktům na virologické vyšetření, zajistí transport odebraného materiálu do NRLE; u kontaktů v domácnosti a dalších epidemiologicky významných kontaktů se provede odběr vzorků stolice >3 dny po prvním kontaktu s nemocným, kontakty se izolují doma (ve vlastním sociálním prostředí) do 2 negativních vzorků stolic odebraných s odstupem 24–48 hodin. Lékařský dohled se provádí po dobu 35 dnů;

- e) OOVZ zajistí očkování proti přenosné dětské obrně u osob, které byly v epidemiologicky významném kontaktu (viz kapitola 10: Kontakty a opatření u kontaktů)
 - s vysoce podezřelým případem přenosné dětské obrny nebo vysoce podezřelým případem AChP, a to inaktivovanou očkovací látkou proti přenosné dětské obrně, a to jen u osob neočkovaných nebo jen u osob, jimž byly podány méně než 3 dávky poliovakcíny;
 - s nemocným, a to inaktivovanou očkovací látkou proti přenosné dětské obrně, bez ohledu na to, zda byly v minulosti očkovány;
- f) OOVZ zajistí v průběhu 48 hodin aktivní vyhledávání paretických a neparetických případů přenosné dětské obrny do doby vyloučení dalšího šíření případů onemocnění na národní úrovni;
- g) OOVZ zajistí kontrolu proočkovanosti v rizikových skupinách a rozhodne o případném doočkování s použitím inaktivované očkovací látky, kterou zajistí MZD;
- h) lékařský dohled: u osob vnímavých k onemocnění poliomyelitidou se provádí po dobu 35 dnů od posledního kontaktu s potvrzeným případem paralytické poliomyelitidy;
- i) zvýšený zdravotnický dozor: u osob vykonávajících činnosti epidemiologicky závažné je nařízen po dobu 6 týdnů od posledního kontaktu s potvrzeným případem přenosné dětské obrny.

10. KONTAKTY A OPATŘENÍ U KONTAKTŮ

Vzhledem k velkému množství asymptomatických infekcí je důležité co nejdříve vyhledat a sledovat kontakty nemocného. Opatření u kontaktů může minimalizovat riziko dalšího přenosu a šíření nákazy.

Definice kontaktů s indexovým pacientem, u kterých se provádí protiepidemická opatření:

A. Kontakty v domácnosti a další blízké kontakty (včetně sexuálních kontaktů): osoby, které žily s nemocným během období nakažlivosti, jsou v největším riziku, protože mohly být v kontaktu ještě před objevením se symptomů: Odběr vzorků stolice >3 dny po prvním kontaktu s pacientem. Neprodleně očkování IPV bez ohledu na předchozí očkovací anamnézu, domácí izolace (ve vlastním sociálním prostředí) do 2 negativních vzorků stolice odebraných s odstupem 24–48 hodin. Zvýšený monitoring klinických příznaků po dobu

35 dnů po počátečním vyšetřování případu. U osob s neznámým vakcinačním statutem a neočkovaných se provede očkování IPV, tzn. aplikace 3 dávek očkování.

- B. Kontakty se společným sanitárním zařízením (toaleta):** osoby, které sdílely toaletu s nemocným během období nakažlivosti (např. v zaměstnání, ve škole, v letadle atd.); poučení o hygieně a kontrola historie očkování: plně očkovaní se neprodleně přeočkují jednou dávkou IPV. U osob s neznámým vakcinačním statutem a neočkovaných se provede očkování IPV třemi dávkami vakcíny.
- C. Zdravotníci a pečovatelé** (osoby, které se staraly o nemocného během období nakažlivosti) **a laboratorní pracovníci zapojení do testování vzorků pacienta:** plně očkovaní se neprodleně přeočkují jednou dávkou IPV. U zdravotnických a pečovatelských pracovníků, kteří byli v úzkém kontaktu s nemocným, a nejsou očkovaní nebo mají neznámý očkovací status, se odeberou dva vzorky stolice s odstupem 24–48 hodin, přičemž první se odebere >3 dny po prvním kontaktu s nemocným a zahájí se neprodleně očkování IPV třemi dávkami vakcíny. Tyto kontakty jsou v domácí izolaci do negativního výsledku vyšetření stolic.
- D. Kontakty s infekční osobou, která připravovala jídlo:** plně očkovaní se neprodleně přeočkují jednou dávkou IPV, u osob s neznámým vakcinačním statutem a neočkovaných se provede očkování IPV třemi dávkami vakcíny.

11. PROGRAM CERTIFIKACE POLIOERADIKACE

Program certifikace polioeradikace byl zahájen WHO v roce 1988 s tím, že globální polioeradikace bude dosažena do roku 2000. V roce 1994 byl certifikován WHO region Amerika jako polio-free, následovaný WHO regionem západního Pacifiku v roce 2000, evropským regionem WHO v roce 2002 a regionem jihovýchodní Asie WHO v roce 2014. V srpnu 2020 byl africký region WHO prohlášen za prostý divokého polioviru po čtyřech letech bez hlášených nových případů. Neustálé posouvání termínu polioeradikace svědčí o složitosti problematiky a potřeby nepodceňovat jednotlivé prvky surveillance. Proces certifikace polioeradikace vyžaduje, aby každá země předkládala příslušné Regionální komisi WHO ročně Zprávu o polioeradikačních aktivitách. Důraz je kladen na vyloučení poliovirové infekce u každého případu AChP. Zprávu vypracovávají členové Národní komise pro certifikaci polioeradikace.

V současné fázi polioeradikace je důležité důsledně dodržovat všechny zásady surveillance, a to zejména:

1. provádění klinické surveillance – sledování výskytu akutních chabých paréz,

2. provádění environmentální surveillance – vyšetřování odpadních vod,
3. udržení vysoké proočkovanosti proti poliomyelitidě.

Nedílnou součástí programu polioeradikace je laboratorní containment, jehož cílem je dosáhnout a udržet omezené bezpečné nakládání s polioviry v laboratořích, při výrobě vakcín a v dalších zařízeních (jako jsou výzkumné instituce), aby se zabránilo jejich úniku. Po celém světě se snižuje postupně počet zařízení, která skladují a nakládají s polioviry, a jsou zaváděna a monitorována přísná bezpečnostní opatření v zařízeních, která poliovirus uchovávají.

11.1. Klinická surveillance v ČR – hlášení AChP

WHO pokládá kvalitní klinickou surveillance AChP za základ průkazu nepřítomnosti polioviru divokého i od vakcinačního kmene derivovaného v daném státě.

Podle definice WHO je za případ AChP považován každý případ akutní chabé parézy, včetně syndromu Guillain-Barré, u dětí do 15 let věku (tj. 0–14 let věku včetně) kromě paréz n. facialis a každý případ suspektní poliomyelitidy u osob bez ohledu na věk.

AChP se vyznačuje náhle vzniklou ochablostí svalů, nejčastěji končetin, periferní obrnou bez přítomnosti spasticity.

Podle propozic WHO je sledována široká škála klinických diagnóz. Cílem je vyloučení AChP vyvolaných polioviry nebo jinými enteroviry. V roce 1999 WHO vypracovala „Seznam klinických diagnóz podle Mezinárodní klasifikace nemocí pro klasifikaci případů AChP: <https://szu.gov.cz/temata-zdravi-a-bezpecnosti/a-z-infekce/p/poliomyelitida/poliomyelitis-hlaseni-akutnich-chabych-parez-v-cr/>.

Případy AChP byly v posledních letech zjišťovány u následujících klinických diagnóz, ať jednotlivých či skupin – dle MKN10 a požadavků WHO. Seznam nejčastějších diagnóz vykazovaných v ČR v souvislosti s AChP:

- polyradikuloneuritida (syndrom Guillain-Barrého, syndrom Landryho) – dg. G61.0, G36, G37;
- transversální myelitis – dg. G04.8, G37.3;
- traumatická neuropatie – dg. G54, G56, G57, G58, S74.0, S74.1, S74.8, S74.9;
- tumor míchy (akutní komprese míchy – neoplazma, hematoma, absces) nebo jiný tumor – dg. C41.2, C41.4, C47.9, C79.3–8, C70.1, D32.1, D42.1, D16.6–8, D48.0–2, D36.1, S24.1, S34.4, G06.1;
- periferní neuropatie v důsledku infekce (difterie, borrelióza, infekce virem středoevropské klíšťové encefalitidy) nebo intoxikace (hadí uštknutí, těžké kovy, insekticidy) – T63.4, T56;

- jiná specifická neurologická onemocnění (například roztroušená skleróza – G35), G83.8, G60;
- systémové nebo metabolické onemocnění, onemocnění svalů nebo kostí – B75, M60.0, M60.1, M61.1;
- paréza neznámé etiologie nebo s neurčenou diagnózou – G82, G83, G72.8, R29.8, G64;
- a další: G62, G63, G55, G59.

Z výčtu diagnóz vyplývá, že pacienti s AChP bývají hospitalizováni především na odděleních infekčních, pediatrických a neurologických.

Poznámka: Vzhledem k tomu, že případy AChP v ČR jsou dlouhodobě hlášeny ve velmi nízkých počtech, lze předpokládat, že v ČR jsou případy AChP s největší pravděpodobností podhlášené.

Pro diagnózu poliovirové/enterovirové etiologie je zásadní výsledek virologického vyšetření stolic pacienta. V případě, že se u pacienta mladšího 15 let objeví AChP, je nutné provést odběr stolice. Provádí se odběry 2 vzorků stolice v intervalu nejméně 24–48 hodin během 14 dnů po začátku parézy. Stolice se odesílají se do NRLE (viz kapitola 4.). Důležité je klinické vyšetření případu po 60 dnech.

11.2. Environmentální surveillance v ČR

Součástí surveillance poliomyelitidy je environmentální surveillance poliovirů a dalších enterovirů, která je v ČR uskutečňována odběrem a vyšetřením odpadních vod.

11.2.1. Odběrová místa v ČR

NRLE v současné době sleduje a vyšetřuje odpadní vody z vybraných lokalit, a to z hlavní městské kanalizace před čističkou odpadních vod v 15 městech ČR: Praha, Rakovník, Plzeň, České Budějovice, Ústí nad Labem, Hradec Králové, Brno, Ostrava, Karlovy Vary, Liberec, Zlín, Olomouc, Jihlava, Pardubice, Dubí a z odvodu odpadních vod před vyústěním do další kanalizace ve 2 pobytových střediscích: Zastávka u Brna, Kostelec nad Orlicí a ve 3 zařízeních pro zajištění cizinců: Bělá pod Bezdězem – Jezová, Vyšní Lhoty, Balková.

Na základě globálního vývoje epidemiologické situace a s přihlédnutím k hlášeným detekcím cirkulujících, z vakcíny derivovaných poliovirů typ 2 v odpadních vodách na území některých evropských států (Velká Británie, Finsko, Německo, Španělsko, Polsko) i mimo Evropu (některé africké země, pásma Gazy) v roce 2024, a na základě závěrů z jednání Národní komise

pro certifikaci polioeradikace ČR byla v roce 2025 rozšířena enviromentální surveillance poliovirů o další lokality, konkrétně o lokality Lázně Bělohrad, Janské Lázně a Jáchymov.

11.2.2. Frekvence a metodika odběrů odpadních vod

Odběry jsou prováděny 1× měsíčně pracovníky zdravotních ústavů (dále jen „ZÚ“) a OOVZ z hlavní městské kanalizace před čističkou odpadních vod určených míst a z odvodu odpadních vod pobytových středisek a zařízení pro zajištění cizinců před vyústěním do další kanalizace. Na vybraném místě zhruba 30 cm pod hladinou je odebráno 5 vzorků vody a ty jsou pak vlitý do vymyté plastové nesterilní láhve do objemu 1–1,5 litru. Odebranou vodu je nutno transportovat do NRLE při teplotě 0–8 °C. Pokud není možný okamžitý transport, je třeba vzorky uchovávat do doby transportu v chladničce (0–8 °C).

11.2.3. Výsledky vyšetření odpadních vod

Výsledky vyšetření odpadních vod jsou průběžně zveřejňovány na webu SZÚ: <https://szu.gov.cz/temata-zdravi-a-bezpecnosti/a-z-infekce/p/poliomyelitida/odpadni-vody/>. NRLE oznamuje pozitivní výsledky na přítomnost polioviru příslušnému OOVZ nebo ZÚ, MZD a Národní komisi pro certifikaci polioeradikace. Pozitivní izoláty NRLE zasílá do 7 dní od detekce viru ke konfirmaci do RRL v Helsinkách nebo RIVM v Bilthovenu.

11.3. Udržení vysoké proočkovanosti

K udržení statusu polio „free“ je důležité udržet vysokou proočkovanost tak, aby se v populaci nevytvářely kapsy („gaps“) neočkovaných osob. Proočkovanost hexavakcínou v ČR u primovakcinovaných dětí do 2 let věku byla u dětí narozených v roce 2022 96,7 %, ale v proočkovanosti existují regionální rozdíly. Navíc roste podíl dětí, které očkovací schéma nedokončí.

Ve vztahu k očkování a zajištění vysoké proočkovanosti je nejdůležitější:

- Dodržovat termíny očkování u dětí a doočkovávat neúplně vakcinované jedince.
- Při cestách do vysoce rizikových oblastí, kde dosud cirkuluje divoký poliovirus, je důležité očkování proti poliomyelitidě.
- Očkování proti poliomyelitidě je doporučeno i ostatním cestovatelům, hlavně cestujícím do zemí, kde cirkuluje VDPV. Osoby, které jsou rezidenty nebo zůstanou déle než 4 týdny v zemích, kde v současnosti divoký poliovirus nebo VDPV cirkulují, by měly být přeočkovány proti poliomyelitidě 4 týdny až 12 měsíců před opuštěním této země. Toto opatření má za cíl zabránit opětovnému zavlečení viru do oblastí bez infekce.

- Dále je doporučováno zvážit přeočkování u osob ve středním věku jednou dávkou kombinované vakcíny proti diftérii, tetanu, pertusi a poliomyelitidě.

12. DOPORUČENÍ PRO ZDRAVOTNICKÁ ZAŘÍZENÍ

12.1. Prevence šíření nákazy ve zdravotnických zařízeních – opatření u zdravotníků a pacientů

Při péči o pacienty se suspektním nebo prokázaným onemocněním poliomyelitidou jsou v rámci izolace nad rámec standardních hygienických opatření uplatňována další protiepidemická opatření minimalizující kontaktní a kapénkový přenos nákazy. Opatření zahrnují:

- a) Pro pacienty se vyžaduje umístění na jednolůžkový pokoj s vlastním sanitárním zařízením na infekčním oddělení nebo na oddělení, kde je zajištěna dekontaminace odpadních vod, protože se infekční fekálie (stolice obsahuje živý virus) nesmí uvolňovat do životního prostředí. Pokud to nelze splnit, musí být fekálie shromažďovány ke spálení nebo inaktivaci. Pacienty s potvrzenou diagnózou lze umístit na jeden pokoj.
- b) Zdravotničtí pracovníci používají při kontaktu s pacientem ochranu dýchacích cest (respirátor FFP2), plášť, rukavice. Při poskytování kontaktní péče (např. při hygieně pacienta, manipulaci se stolicí) je vhodné použít čepici a štít k ochraně obličeje. Osobní ochranné pracovní prostředky (OOPP) se oblékají před vstupem na pokoj a svlékají před opuštěním pokoje.
- c) Před opuštěním pokoje se provede hygienická dezinfekce rukou přípravkem s deklarovanou účinností proti polioviru.
- d) Jsou používány jednorázové pomůcky nebo jsou pomůcky vyhrazeny pouze pro daného pacienta (např. stetoskop, teploměr), tyto pomůcky musí být před použitím u dalších pacientů dezinfikovány přípravkem s účinností na původce onemocnění.
- e) Při transportu pacienta nebo nutně nezbytném pobytu pacienta mimo izolační pokoj musí být striktně dodržována protiepidemická opatření minimalizující přenos nákazy kapénkami nebo kontaktem.
- f) Pacient se stravuje v izolačním pokoji, použité nádobí je dezinfikováno, případně je používáno jednorázové nádobí.
- g) Veškerý odpad, který vznikne při ošetřování pacienta, je považován za infekční (nebezpečný), a tak je s ním také nakládáno v souladu s platnou legislativou.

Izolačních opatření trvají po celou dobu hospitalizace, neurčí-li OOVZ jinak.

12.2. Postup při úklidu ve zdravotnických zařízeních

Úklid je nutné provádět zásadně na vlhko tak, aby nedocházelo k víření prachu. Pokoje pacientů uklízet s vyšší frekvencí s důrazem na toalety a často dotýkané plochy a povrchy. Používat výhradně jednorázové dezinfekční ubrousky. Na úklid všech ploch a povrchů, včetně zařizovacích předmětů, používat dezinfekční přípravky s účinností na původce onemocnění a určené pro použití ve zdravotnickém zařízení.

Personál zajišťující úklid musí používat OOPP odpovídající typu izolačního režimu.

12.3. Manipulace s prádlem a praní prádla

- S použitými lůžkovinami se manipuluje (včetně transportu a praní) způsobem, který brání kontaminaci kůže, sliznic a oblečení a na maximální možnou míru minimalizuje přenos patogenů na pacienty, personál a do prostředí.
- Prádlo (použité lůžkoviny) se na izolačním pokoji odkládá do vyčleněných a označených sběrných vaků (pytlů), veškerý kontaminovaný materiál (OOPP, spotřební materiál použitý na ošetřování a vyšetřování pacienta, při převazech apod.) se ukládá na místě vzniku jako infekční odpad.
- Použité prádlo se bez zbytečné manipulace a roztřepávání ukládá do označených obalů a odesílá do prádelny.
- Použité prádlo se ukládá do obalů, které zabraňují kontaminaci okolí nečistotami z tohoto prádla. Používají se obaly vhodné k praní nebo omyvatelné a dezinfikovatelné nebo na jedno použití.

Praní veškerého nemocničního prádla musí být zajištěno v nemocniční prádelně, příp. dodavatelsky, v souladu s přílohou č. 5 vyhlášky č. 306/2012 Sb., praní doma a na pracovišti je zakázáno.

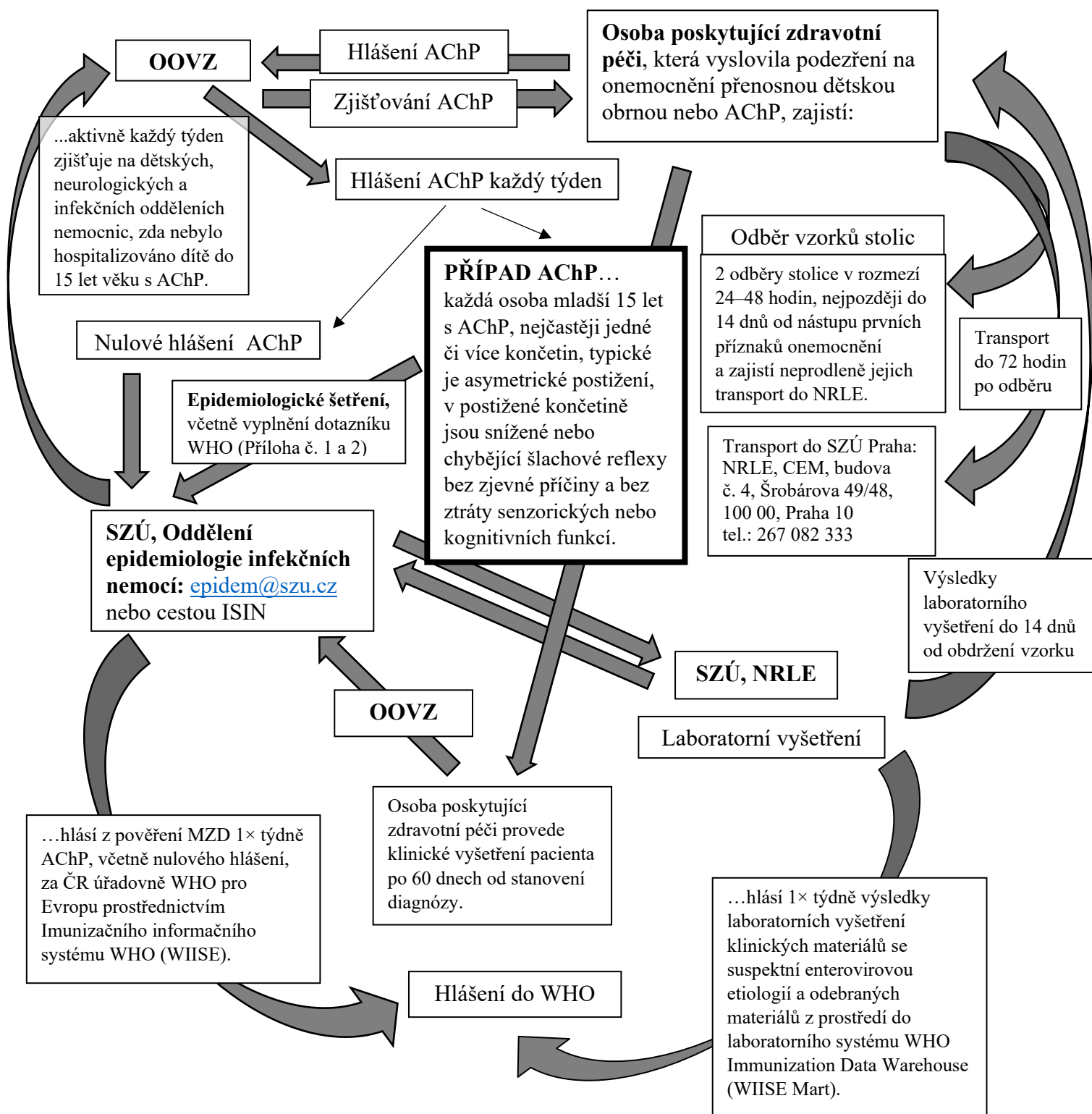
13. KOMUNIKACE RIZIKA (RISK COMMUNICATION)

V rámci strategie komunikace rizik je nutné informovat všechny dotčené subjekty:

1. vyšetřující laboratoře;
2. MZD, SZÚ, ZÚ, OOVZ;
3. ambulantní praktické lékaře a specialisty a klinické lékaře, např. infektology, pediatri, neurology atd.

Je nutné do komunikace rizik zapojit i vedení města, obce, orgánů sociálně právní ochrany dětí (OSPOD) a zajistit očkování, včetně očkování nevakcinovaných nebo neregistrovaných dětí.

14. STRUČNÝ ALGORITMUS SURVEILLANCE AKUTNÍCH CHABÝCH PARÉZ



15. LEGISLATIVA

- Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.
- Vyhláška č. 389/2023 Sb., o systému epidemiologické bdělosti pro vybraná infekční onemocnění, ve znění pozdějších předpisů.
- Prováděcí rozhodnutí Komise (EU) 2018/945 z 22. června 2018 o přenosných nemocích a souvisejících zvláštních zdravotních problémech, které musí být podchyceny epidemiologickým dozorem, a o příslušných definicích případů.
- Vyhláška č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a vybraných zařízení sociálních služeb, ve znění pozdějších předpisů.
- Vyhláška č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, ve znění pozdějších předpisů.

ZRUŠOVACÍ USTANOVENÍ

Tímto metodickým doporučením se ruší Příloha k č. j.: MZDR 5942/2023/OVZ – Metodické usměrnění hlavní hygieničky ČR k zajištění zvýšené surveillance přenosné dětské obrny (poliomyelitidy).

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. Prováděcí Rozhodnutí Komise (EU) 2018/945 ze dne 22. června 2018 o přenosných nemocích a souvisejících zvláštních zdravotních problémech, které musí být podchyceny epidemiologickým dozorem, a o příslušných definicích případů
2. Vyhláška č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, ve znění pozdějších předpisů
3. Vyhláška č. 389/2023 Sb., o systému epidemiologické bdělosti pro vybraná infekční onemocnění, ve znění pozdějších předpisů
4. World Health Organization. (2004). Polio laboratory manual, 4th ed. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/68762>
5. SLONIM, Dimitrij a ŠVANDOVÁ, Eva. Poliomyelitida v České republice 1919-1999: poliomyelitis anterior acuta : = přenosná dětská obrna. Praha: Medon, 2001. ISBN 80-902122-7-1.
6. ECDC. Factsheet about poliomyelitis, <https://www.ecdc.europa.eu/en/poliomyelitis>

7. BENEŠ, Jiří, et al. Infekční lékařství. 1. vydání. Galén, 2009. 120-122 s. ISBN 978-80-7262-644-1.
8. David L. Heymann, et al. Control of Communicable Diseases Manual, 20th Edition. Washington, APHA Press, 2015. 729 s. ISBN: 978-0-87553-018-5
9. David L. Heymann, et al. Control of Communicable Diseases Manual, 21th Edition. Washington, APHA Press, 2022. 750 s. ISBN: 9780875533230
10. Vyhláška č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a vybraných zařízení sociálních služeb, ve znění pozdějších předpisů
11. Weil M, et al. Environmental surveillance detected type 3 vaccine-derived polioviruses in increasing frequency at multiple sites prior to detection of a poliomyelitis case. Sci Total Environ. 2023 May 1;871:161985.
12. WHO, GPEI: Global guidance for conducting acute flaccid paralysis (AFP) surveillance in the context of poliovirus eradication. 2024. ISBN 978-92-4-008966-2 (electronic version)
13. Global Polioeradication Initiative: <https://polioeradication.org/about-polio/the-vaccines/opv/>
14. CDC: <https://www.cdc.gov/polio/>
15. <https://infektologie.cz/zprava19-55.htm>
16. Národní plán akcí pro zachování statusu „polio-free“ a Národní plán akcí v případě importu nebo cirkulace polioviru: <https://szu.gov.cz/temata-zdravi-a-bezpecnosti/a-z-infekce/p/poliomyelitida/narodni-plan-akci-pro-zachovani-statusu-polio-free-a-narodni-plan-akci-v-pripade-importu-nebo-cirkulace-polioviru/>
17. Platt LR, et al. Vaccine-associated paralytic poliomyelitis: a review of the epidemiology and estimation of the global burden. J Infect Dis. 2014 Nov 1;210 Suppl 1(Suppl 1):S380-9.
18. Diop OM et al. The Global Polio Laboratory Network as a Platform for the Viral Vaccine-Preventable and Emerging Diseases Laboratory Networks. J Infect Dis. 2017 Jul 1;216(suppl_1):S299-S307.
19. SZÚ: <https://szu.cz/tema/a-z-infekce/p/poliomyelitida/poliomyelitis-hlaseni-akutnich-chabych-parez-v-cr/>

Příloha č. 1: Dotazník pro hlášení případu AChP podle požadavků WHO/EURO (od roku 2008)

Příjmení a jméno [1]	Kraj [2]	Okres [3]	Pohlaví [4]	Datum [5] narození [6]	Věk v letech [7]
Datum [5] zač. paréz [8]	OPV rout. [9]	OPV supp. [10]	Data [5]		
			Posl. OPV [11]	Hlášení [12]	Vyšetření [13]
Data [5]		Lokalizace paréz [16]	Teplota při zač. paréz [17]	Rychlý rozvoj paréz [18]	Asymetrie paréz [19]
1. stolice [14]	2. stolice [15]				
Datum [5] dalšího klinického vyšetření [20]		Vyšetření po 60 dnech [21]		Laboratorní číslo protokolu pro 1. stolici [22]	
Laboratorní výsledky				Finální klasifikace [25]	Klinická diagnóza [26]
P1 [23]	P2 [23]	P3 [23]	P4 [24]		
Prioritní vyšetření [27]	Komentář [28]		IPV [29]		Aseptická meningitida [30]
			Počet dávek	Datum poslední dávky	

Příloha č. 2: Kódy pro ACHP/Polio dotazník k jednotlivým případům podle požadavků WHO/EURO (od roku 2008)

- 1) Příjmení a jméno pacienta. Musí být uvedeno v 1. hlášení. (V hlášení pro WHO za ČR je uváděn identifikační číselný kód, netýká se krajských hlášení).
- 2) Kraj, kde pacient trvale bydlí v době začátku onemocnění. Musí být uvedeno v 1. hlášení.
- 3) Okres, kde pacient trvale bydlí v době začátku onemocnění.
- 4) Pohlaví nemocného: 1=muž, 2=žena, 9=neznámé. Musí být uvedeno v 1. hlášení.
- 5) Datum: den/měsíc/rok (DD/MM/YYYY – čtyřmístnou číslicí rok, není-li znám přesně, použít co nejpřesnější odhad).
- 6) Datum narození. Musí být uvedeno v 1. hlášení i v případě, že není zcela přesné a bude opraveno.
- 7) Věk v letech. Dítě je „0“ leté do 1. roku věku, „1“ leté do 2. roku věku atd. Musí být uvedeno v 1. hlášení, i když se jedná o „kvalifikovaný odhad“ v případě, že není známo přesné datum narození.
- 8) Datum objevení se paréz. Musí být uvedeno v 1. hlášení i v případě pozdějšího upřesnění.
- 9) Počet dávek IPV/OPV v rámci pravidelného očkování na základě evidence či ústní informace.
- 10) Počet dávek IPV/OPV v rámci doplňkové vakcinace (je-li znám).
- 11) Datum poslední dávky IPV/OPV.
- 12) Datum, kdy je případ poprvé hlášen příslušnému epidemiologovi.
- 13) Datum zahájení epidemiologického vyšetřování.
- 14) Datum odběru 1. vzorku stolice.
- 15) Datum odběru 2. vzorku stolice.
- 16) Lokalizace paréz: 0=izolovaná paréza n. VII., 1=končetiny, 2=končetiny a dýchací svaly (bulbární), 3=bulbární paréza, 4=končetiny + paréza n. VII., 9=není známo.
Musí být uvedeno v 1. hlášení i v případě pozdějšího upřesnění.
- 17) Teplota při objevení se paréz: 1=ano, 2=ne, 9=není známo.
- 18) Rychlý postup paréz (během 4 dnů): 1=ano, 2=ne, 9=není známo.
- 19) Asymetrická paréza: 1=ano, 2=ne, 9=není známo.
- 20) Datum dalšího klinického vyšetření.
- 21) Vyšetření po 60 dnech: 1=reziduální slabost, 2=bez reziduální slabosti, 3=unikl sledování, 4=zemřel před vyšetřením.
- 22) Laboratorní číslo protokolu pro 1. stolicí (vyplní NRL).

- 23)** Poliovirus izolován (P1=typ1, P2=typ2, P3=typ3): 1=ano, divoký kmen, 2=ano, vakcinální kmen, 3=ano, typizace probíhá, 4=směs divoký/vakcinální, 5=neizolován, 6=vzorek nevyšetřen.
- 24)** Izolace enteroviru: 1=ano, 2=ne, 3=nevyšetřeno.
- 25)** Konečná klasifikace: 0=ne AChP (spastická nebo chronická paréza, izolovaná paréza n.VII.), 1=potvrzená polio (klinicky nebo virologicky), 2=vyřazeno jako polio, 3=klinicky shodná s polio („polio compatible“ dle SZO klasifikace), 4=podezření na VAPP (klinicky shodná s polio v možné souvislosti s vakcinací), 5=potvrzena VAPP (potvrzená souvislost s vakcinací), 6=přešetřeno komisí, klasifikace závisí na dalších klinických údajích, 7=import polio, 8=import polio compatible.
- 26)** Konečná klinická diagnóza po 60 dnech od začátku paréz: **ICD kódy**
(Seznam klinických diagnóz podle Mezinárodní klasifikace nemocí): 0=ne AFP (izolovaná paréza n.VII. jakéhokoli původu, spastická nebo chronická paréza, meningitis, koma atd.), 1=připomínající poliomyelitidu (poliovirová nebo jiná enterovirová), 2=Polyradiculoneuritis/Guillain-Barré sy/Landry sy, 3=transversální myelitis, 4=traumatická neuropatie, 5=tumor míchy (akutní komprese míchy – neoplasma, hematoma, absces) nebo jiný tumor, 6=Periferní neuropatie v důsledku infekce (difterie, borrelióza, klíšťová encefalitida) nebo intoxikace (hadí uštknutí, těžké kovy, insekticidy), 7=jiná specifická neurologická onemocnění, 8=systémové nebo metabolické onemocnění, onemocnění svalů nebo kostí, 9=paréza neznámé etiologie nebo s neurčenou diagnózou.
- 27)** Prioritní vyšetření: 0=ne, 1=klinické známky polio, 2=méně než 3 dávky polio vakcíny, 3=pobyt v polio-endemické zemi v průběhu 30 dní před začátkem paréz, 4=vysoce riziková skupina (bezdomovec, utečenec aj.), 9=není známo.
Musí být uvedeno v 1. hlášení, později je možná oprava.
- 28)** Komentář: důležité poznámky související s vyšetřovaným případem.
- 29)** Počet dávek IPV, pokud došlo k aplikaci a datum poslední dávky IPV.
- 30)** Aseptická meningitida: 1=ano, 2=ne, 9=není známo.

Poznámky:

- 1) Paretické onemocnění v souvislosti s nepoliiovirovými enteroviry klasifikovat (25)=2, klinicky (26)=1 s laboratorním výsledkem v bodě (24), který to potvrzuje.
- 2) Pokud je hlášena izolovaná paréza n.VII., uvést v bodě (16)=0, klasifikovat (25)=0, klinicky (26)=0.

- 3) Každý případ hlášený s lokalizací (16)=0 nebo s klasifikací (25)=0 by neměl být zahrnut do celkového počtu případů AChP nebo počtu nepoliiovirových AChP.

I když surveillance AChP by měla zahrnovat vyšetřování a sběr vzorků stolic od případů se suspektní poliomyelitidou bez ohledu na věk, WHO zpracovává v tabulkách údaje pouze u dětí do 15 let věku (=0–14).