

Zpráva ECDC o významných přenosných infekčních nemocech za 49. kalendářní týden, 29. listopadu – 5. prosince 2025/ECDC Communicable Disease Threats Report, Week 49, 29 November – 5 December 2025

Podle materiálu ECDC volně zpracovalo Oddělení epidemiologie infekčních nemocí, CEM, SZÚ

Zdroj: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/communicable-disease-threats-report-29-november-5-december-2025-week-49>

Seznam onemocnění uvedených v aktualizaci za poslední týden:

Obsah

1. Shigelóza – mezinárodní epidemie u turistů – Kapverdy	1
2. Přehled epidemiologie respiračních virů v EU/EHP	2
3. Surveillance HIV/AIDS, 2024–2025.....	3
4. Chikungunya – sezónní surveillance, 2025.....	4
5. West Nile virus – týdenní surveillance, 2025	4
6. Chřipka A(H5N2) u lidí	4
7. Ebola – Demokratická republika Kongo, 2025.....	5
8. Marburg (MVD) – Etiopie, 2025.....	6
9. MERS-CoV – Francie, import z Arabského poloostrova	6

1. Shigelóza – mezinárodní epidemie u turistů – Kapverdy

V zemích EU/EHP, ve Spojeném království a ve Spojených státech amerických jsou od září roku 2022 hlášeny případy shigelózy (infekční agens především *S. sonnei*) u turistů, kteří se vrátili z Kapverd, souostroví poblíž západního pobřeží Afriky. Epidemie se rozjela v listopadu a prosinci 2022, v únoru 2023 ECDC vydalo [Rychlé hodnocení rizik](#). Nejvíce případů bylo v tu dobu ubytovaných v pětihvězdičkových, all inclusive hotelech v regionu Santa Maria na ostrově Sal. Byly pozorovány i koinfekce s jinými patogeny a parazitárními agens.

➤ Nárůst počtu případů v roce 2025

Na konci listopadu 2025 čtyři země EU/EHP a Spojené království upozornily ECDC na recentní nárůst případů v souvislosti s cestováním spojených s dotčeným epidemickým kmenem *S. sonnei* v období září až listopad 2025:

- **Nizozemsko:** celkem 8 případů, září–říjen 2025. Epidemiologické šetření odhalilo podezření na stejný hotelový řetězec jako v roce 2022 s možným rozšířením na řetězec na ostrově Boa Vista. V pěti případech onemocněly ženy, dva se vyskytly u mužů a 1 případ je bez informací o pohlaví.
- **Švédsko:** v roce 2025 (do 3. prosince) bylo hlášeno celkem 26 případů, z toho 23 případů do 24. října. Většinu případů tvořily ženy (16) a věkový medián byl 52 let. Dle dostupných informací většina nemocných pobývala v hotelech na ostrově Sal (oblast Santa Maria) nebo

Boa Vista. Nejčastější cesta přenosu byla kontaminovanými potravinami. Mezi další gastrointestinální infekce patřily salmonelózy (n=4) a kampylobakteriíza (n=1). Koinfekce nebyly hlášeny.

- **Francie:** hlásí v roce 2025 celkem 21 případů. Deset případů bylo zjištěno u žen, 11 u mužů. Věkové rozmezí bylo 2–62 let. Většina případů (n=16) hlásila nedávný návrat z Kapverdy, 2 případy necestovaly, 3 případy byly bez známé cestovní anamnézy.
- **Spojené království:** v období od 1. října do 4. prosince bylo hlášeno 137 potvrzených případů; 116 z nich cestovalo do zahraničí, 94 % z nich udávalo cestu na Kapverdy (n=109). Údaje o hotelu byly známy u 75 případů z nichž 71 udávalo pobyt v hotelech v Santa Maria a Boa Vista.
- **Irsko:** zaznamenává 1 případ s identifikovaným epidemickým kmenem s cestovní anamnézou na Kapverdy v polovině ledna 2025.

Celkem bylo v roce 2025 do ECDC hlášeno minimálně 193 případů shigelózy spojených s epidemií.

Kmen, který způsobil epidemií, vykazuje omezené genetické markery rezistence na antibiotika, nicméně většina izolátů obsahuje gen *dfrA1*, který předpovídá rezistenci na trimethoprim. Přístupy SRA pro reprezentativní sekvence epidemie, které jsou k dispozici ke stažení pro srovnání, jsou SRR22099609, SRR18143656 a SRR22085217. Kmen, který způsobil epidemií, patří do profilu HC5_181425 (Enterobase).

Onemocnění jsou vyvolána specifickým kmenem *S. sonnei*, což naznačuje společný zdroj nebo perzistentní způsob přenosu po celou dobu trvání epidemie. Kromě této epidemie byly zaznamenány i jiné gastrointestinální infekce. Na základě hlášení ze zasažených zemí byly případy ubytované v pětihvězdičkových, all inclusive hotelech v oblastech Santa Maria (ostrov Sal) a na ostrově Boa Vista.

Informace o možném vehikulu nákazy nebo společné expozici prozatím nejsou k dispozici. Nejpravděpodobnější cestou je přenos potravinami, nicméně také nelze vyloučit mezilidský přenos.

Hodnocení ECDC: Vzhledem k nízké informovanosti a četným nejasnostem je hodnoceno riziko onemocnění shigelózou pro cestovatele z EU/EHP na Kapverdy jako střední.

Opatření: ECDC monitoruje událost v systému EpiPulse, sleduje epidemiologické a genomické aktualizace. Centrum také spolupracuje s WHO Euro a INFOSAN, aby dále informovalo místní orgány.

Pokud země identifikují izoláty shlukující se s reprezentativními sekvencemi z ohniska nákazy, je třeba zvážit možnou souvislost s cestováním na Kapverdy.

2. Přehled epidemiologie respiračních virů v EU/EHP

V EU/EHP je počet pacientů v primární péči s příznaky respiračního onemocnění zvýšený v přibližně polovině zemí, které zaslaly hlášení. Narůstají počty hlášení případů chřipky. Většina zemí hlásí aktivitu chřipky nízkou až střední. Země hlásí dominanci chřipky typu A, především A(H3N2). Nejvyšší cirkulace je zaznamenávána ve věkové skupině 5–14 let.

V některých zemích byl pozorován ve všech věkových skupinách nárůst hospitalizací. Největší podíl hospitalizovaných je ve skupině lidí nad 65 let.

Dne 20. listopadu 2025 ECDC [publikovalo Stručné hodnocení rizik posuzující riziko chřipky pro EU/EHP v souvislosti se zvýšeným výskytem chřipky typu A\(H3N2\), subclade K](#).

Cirkulace SARS-CoV-2 klesá ve všech věkových skupinách.

Cirkulace syncytiálního viru RSV je nízká, ale pomalu narůstá. Oproti minulé sezóně je sledováno zpoždění cirkulace. Vliv na počet hospitalizací v několika zemích je v tuto chvíli pozorován u dětí do 5 let.

ECDC monitoruje výskyt respiračních onemocnění a aktivitu virů v celé EU/EHP. Výsledky jsou pravidelně aktualizovány v týdenním přehledu ([ERVISS.org](https://eravis.org)).

3. Surveillance HIV/AIDS, 2024–2025

V roce 2024 bylo celkem diagnostikováno 24 164 případů HIV ve 30 zemích EU/EHP, tj. 5,3 případů/100 tis. obyvatel.

Nejčastějším způsobem přenosu byl sex mezi muži: 48,3 % ze všech případů, $n = 8614$ a 53,2 % případů se známou cestou přenosu. Heterosexuální přenos byl druhou nejčastější cestou přenosu, 33,6 % ($n = 8\,115$) všech případů a 45,7 % případů se známou cestou přenosu. Přenos intravenózní aplikací drog byl zaznamenán v 3,5 % všech případů a v 4,7 % případů se známou cestou přenosu. Přenos z matky na dítě byl pozorován v 0,8 % případů. Informace o cestě přenosu nebyly známy u 26,1 % případů diagnostikovaných v roce 2024.

Migranti (lidé, kteří se narodili v jiné zemi, než ve které byli hlášeni) tvořili 47,2 % všech případů HIV v EU/EHP. Dle země původu pacientů se jednalo o 32,2 % případů ze subsaharské Afriky, 26,4 % ze střední a východní Evropy, 24,4 % z Latinské Ameriky a Karibiku, 5,2 % ze západní Evropy, 5,3 % z jižní a jihovýchodní Asie a 6,5 % z ostatních regionů.

Počet CD4 v době zjištění HIV positivity v roce 2024 hlásilo 27 zemí EU/EHP (11 796 případů): Pozdě diagnostikovaných (CD4 <350 buněk/mm³) bylo u 48 % případů. Pozdě diagnostikované případy převládaly mezi ženami, dospělými nad 40 let, nakaženými heterosexuálním stykem, injekčními uživateli drog a migrantů z jižní a jihovýchodní Asie a subsaharské Afriky.

Diagnóza AIDS byla v roce 2024 hlášena u 2 215 případů (0,7 případů na 100 000 obyvatel) ve 25 zemích EU/EHP. Za posledních 10 let klesl počet případů AIDS o 30 %. Nejčastější diagnózou, která upozornila na onemocnění AIDS, byla pneumonie způsobená *Pneumocystis jirovecii*. Tuberkulóza byla spjatá s diagnózou HIV v 11,7 % případů.

Hodnocení ECDC: Klesající trend je nutné interpretovat opatrně, protože může být spojen s opožděným hlášením. Může být však také spojen se sníženým přenosem díky antiretrovirové terapii, zavedením přístupu test-and-treat, využívanější pre-expoziční profylaxí (PrEP), testování epidemiologicky významných populací a obnovení preventivní péče po pandemii covid-19.

4. Chikungunya – sezónní surveillance, 2025

Od začátku roku 2025 hlásily do 3. prosince 2025 případy onemocnění chikungunya dvě evropské země: Francie (788) a Itálie (384). Tento týden nebyly do ECDC hlášeny nové autochtonní případy onemocněním chikungunya.

Počasí je nepříznivé pro aktivitu přenašečů, a proto jsou nové případy nepravděpodobné. ECDC své týdenní zprávy za sezónu 2025 uzavírá.

Více informací o autochtonních případech onemocnění chikungunya je v [sezónní zprávě](#) ECDC o surveillance onemocnění chikungunya. Tato zpráva se týká pevninské EU/EHP a nejvzdálenějších regionů Portugalska a Španělska.

Hodnocení ECDC: Aktuální [hodnocení rizika onemocnění chikunguny](#) pro pevninskou EU/EHP lze nalézt na [webových stránkách ECDC](#).

5. West Nile virus – týdenní surveillance, 2025

Od začátku roku 2025 hlásilo do 3. prosince 2025 celkem 14 evropských zemí případy nákazy West Nile virem u lidí: Albánie, Bulharsko, Chorvatsko, Francie, Německo, Řecko, Maďarsko, Itálie, Kosovo¹, Severní Makedonie, Rumunsko, Srbsko, Španělsko a Turecko.

V současné době je známo, že je postiženo celkem 157 oblastí.

Zpráva je k dispozici [online](#).

6. Chřipka A(H5N2) u lidí

Aktualizace: Sekvencovaný kmen druhého případu, A/Mexico City/INER INF1427/2025 (EPI_ISL_20215425), patří do klády 2.3.4.4b a na rozdíl od kmene z prvního případu má v segmentu HA znaky vysoce patogenní ptačí chřipky. Segment HA se výrazně liší od kmenů LPAI A(H5N2) odebraných v roce 2024 od lidského případu a ptáků v Mexiku. Nedávný případ se více podobá virům A(H5N1), clade 2.3.4.4b genotypu B3.2.

Autoři aktuálně vydaného [pre-printu](#) se domnívají, že kmen vznikl reassortmentem mezi enzootickým virem LPAI A(H5N2) detekovaným v roce 2024 v centrálním Mexiku a viry A(H5N1) clade 2.3.4.4b genotypu B3.2. Autoři navrhuji vytvořit nový genotyp B3.14. Ačkoli v sekvenci uložené v databázi GISAID nebyly nalezeny žádné mutace, o nichž by bylo známo, že zvyšují zoonotický potenciál, z hlubší analýzy vyplývá, že v PB2 se vyskytují minoritní varianty K526R a E627K. Izoláty nesoucí jak 526R, tak 627K se účinněji replikují v savčích buňkách.

Shrnutí události: Dne 24. listopadu 2025 oznámila WHO PAHO, že osoba s ptačí chřipkou A(H5), hlášenou 30. září 2025 WHO, byla potvrzena jako druhý případ infekce člověka virem ptačí chřipky A(H5N2) v Mexiku i celosvětově. Infekce byla zjištěna u mladé ženy

¹ Tímto označením nejsou dotčeny postoje k otázce statusu a je v souladu s rezolucí Rady bezpečnosti OSN 1244 a stanoviskem Mezinárodního soudního dvora k vyhlášení nezávislosti Kosova.

bez základních onemocnění. Pravděpodobně byla v kontaktu s ptáky a psem, u kterých byl potvrzen pozitivní test na ptačí chřipku A(H5) v rezidenční oblasti Mexico City.

První případ byl hlášen u 59letého muže ze státu Mexiko v květnu 2024 s prvními příznaky 17. dubna 2024, který měl základní chronické onemocnění a tři týdny před začátkem onemocnění nikde necestoval ani nebyl v kontaktu s drůbeží nebo jinými zvířaty. Nemocný údajně zemřel v důsledku komplikací spojených s jinými základními onemocněními, infekce byla potvrzena ze vzorku z dýchacích cest. Genetická analýza zjistila, že segment HA viru měl 99 % podobnost s nízkopatogenními kmeny ptačí chřipky A(H5N2) od ptáků v Texcocu v Mexiku. V roce 2024 byla v Mexiku pozorována ohniska nízkopatogenní ptačí chřipky A(H5N2) u drůbeže. Nebylo možné prokázat epidemiologickou souvislost mezi případem u člověka a ohniskem u drůbeže.

Epidemiologickým šetřením nebyly u kontaktů obou případů identifikovány nové případy onemocnění, nebyl zjištěn přenos z člověka na člověka.

Hodnocení ECDC: Jedná se o druhý laboratorně potvrzený případ lidské infekce ptačí chřipkou A(H5N2). Sporadické případy ptačí chřipky A(H5Nx) u lidí byly již dříve celosvětově hlášeny. Navzdory rozšířenému přenosu virů ptačí chřipky u zvířat zůstává přenos na člověka vzácný a nebyl pozorován trvalý přenos mezi lidmi. Celkově je riziko spojené s ptačí chřipkou A(H5) pro běžnou populaci v EU/EHP považováno za nízké.

Nejpravděpodobnějším zdrojem infekce zoonotickými viry ptačí chřipky je přímý kontakt s ptáky a jinými infikovanými zvířaty, jejich sekrety nebo kontakt s kontaminovaným prostředím. Riziko nákazy sníží používání osobních ochranných opatření u osob, které jsou přímo vystaveny zvířatům potenciálně infikovaným viry ptačí chřipky.

Opatření: ECDC monitoruje kmeny ptačí chřipky prostřednictvím svého programu sledování chřipky a aktivit v oblasti epidemického zpravodajství ve spolupráci s Evropským úřadem pro bezpečnost potravin (EFSA) a Referenční laboratoří EU pro ptačí chřipku s cílem identifikovat významné změny ve virologických charakteristikách a epidemiologii viru. Spolu s EFSA a Referenční laboratoří EU pro ptačí chřipku ECDC vypracovává [přehled o ptačí chřipce](#), který je aktualizován čtvrtletně. Nejnovější zpráva byla zveřejněna v září 2025.

7. Ebola – Demokratická republika Kongo, 2025

Dne 1. prosince [WHO oficiálně ukončila epidemii](#) v Demokratické republice Kongo (DRC). Dle zprávy nebyly po dobu 42 dnů hlášeny nové případy. Poslední pacient s onemocněním Ebola v Demokratické republice Kongo byl propuštěn 19. října 2025.

Celkem 19 nemocných se z nemoci zotavilo (29,7 %) a od 26. září nebyly hlášeny žádné nové případy. U všech kontaktů, 1 735/1 787 (97,3 %), které byly následně sledovány, byl monitoring ukončen. Nyní se zahajuje 90denní období zvýšené surveillance.

Od vyhlášení epidemie 4. září 2025 do 27. listopadu bylo hlášeno 64 případů (53 potvrzených a 11 pravděpodobných) a 45 úmrtí (34 potvrzených a 11 pravděpodobných) (CFR mezi všemi případy: 70,3 %). Všechny případy byly hlášeny v šesti oblastech ve zdravotnické zóně Bulape v provincii Kasai.

8. Marburg (MVD) – Etiopie, 2025

Podle [údajů ministerstva zdravotnictví v Etiopii](#) bylo od počátku epidemie dne 14. listopadu hlášeno 16 případů MVD; 13 laboratorně potvrzených a tři pravděpodobné. Uzdravily se 4 případy a jeden případ je nadále léčen (data k 4. prosinci). Hlášeno bylo celkem 11 úmrtí, z toho bylo 8 laboratorně potvrzených a 3 pravděpodobná. Podle [informací z médií](#) byli mezi zemřelými dva zdravotničtí pracovníci. Celkový počet kontaktů je 349, u 119 z nich je dohled již ukončen (data k 26. listopadu).

U případů se vyskytly následující příznaky: náhlá horečka, bolest svalů, velká únava, bolest hlavy, průjem, zvracení a v pozdějších stádiích infekce krvácení bez zřejmého důvodu.

Případy byly hlášeny ze dvou regionů: Jinka city a Hawassa City. Jinka je [CDC pro Afriku](#) považována za epicentrum. Jeden případ byl potvrzen v Hawassa po návratu z města Jinka.

Dne 14. listopadu potvrdilo Ministerstvo zdravotnictví Etiopie ohnisko MVD ve městě Jinka. V ohnisku bylo 17 možných případů. Město Jinka se nachází na jihozápadě Etiopie, blízko hranic s Jižním Súdánem a Keňou. Jedná se o menší město s 30 000 obyvateli, vyhledávané turisty. Vzdálenost od hlavního města Etiopie Addis je 2 dny cesty. Nedávno zde bylo slavnostně otevřeno malé letiště.

Dle WHO virus vykazuje podobnosti s již dříve zjištěným virem ve východní Africe.

V reakci na událost byl dle Ministerstva zdravotnictví Etiopie zvýšen monitoring na komunitní úrovni, trasování kontaktů a vyhledávání případů v jednotlivých domácnostech.

Onemocnění Marburg (MVD): MVD je závažné onemocnění způsobené virem Marburg (MARV). Smrtnost tohoto onemocnění může být až 88 %, jak dokládají data z dřívějších epidemií. MVD se nepřenáší vzduchem a před výskytem prvních příznaků se nepovažuje infikovaná osoba za nakažlivou. Nejčastějším způsobem přenosu je kontakt s krví a dalšími tělními tekutinami infikované osoby či zvířat. Inkubační doba trvá obvykle pět až deset dní (rozmezí 3–21 dní). Pokud jsou striktně dodržována preventivní opatření, je pravděpodobnost přenosu velmi nízká. Vakcína ani specifická léčba MVD nejsou k dispozici. Všechny epidemické výskyty MVD byly zaznamenány v Africe. První detekovaný případ byl v roce 1967. Od té doby bylo v Africe hlášeno kolem 600 případů MVD. Více informací o MVD je dostupných na stránkách ECDC: [ECDC Factsheet on Marburg virus disease](#).

Hodnocení ECDC: Pravděpodobnost expozice občanů EU/EHP onemocnění MVD, kteří žijí v Etiopii nebo zde cestují, je hodnoceno jako nízké. Musíme však brát v úvahu malou dostupnost ucelených epidemiologických informací. Riziko pro občany EU/EHP žijící nebo cestující po Etiopii je hodnoceno jako nízké. Pokud by byl případ MVD importován do EU/EHP, je hodnoceno riziko dalšího přenosu jako velmi nízké a dopad jako nízký.

ECDC situaci monitoruje.

9. MERS-CoV – Francie, import z Arabského poloostrova

Francouzské ministerstvo zdravotnictví nahlásilo dva importované případy MERS-CoV s cestovatelskou anamnézou na Arabský poloostrov. Oba případy byly součástí stejné skupiny.

Byla přijata následující opatření: identifikace a monitorování blízkých kontaktů, kontaktování a monitoring vysoce rizikových kontaktů a testování symptomatických (oslabených) osob. Nebyly zatím identifikovány sekundární případy.

V Saúdské Arábii bylo v roce 2025 k 1. prosinci hlášeno 12 případů MERS-CoV, včetně tří úmrtí. Od dubna 2012 bylo k 1. prosinci 2025 celosvětově hlášeno 2 640 případů MERS-CoV, včetně 958 úmrtí. Většina případů byla hlášena v oblasti Blízkého východu. Před recentním importem byl poslední importovaný případ na území EU/EHP zaznamenán v roce 2014 a poslední importovaný případ do Evropy byl hlášen v roce 2018.

Hodnocení ECDC: Většina případů MERS-CoV u lidí je hlášena na Arabském poloostrově. Počet případů klesl na nejnižší úroveň od roku 2014. Výskyt sporadických případů u cestovatelů vracejících se do zemí EU/EHP lze očekávat.

Evropské orgány veřejného zdraví by měly zůstat ostražitě, pokračovat v monitorování akutních respiračních infekcí a být připraveny na případy MERS-CoV související s cestováním, které mohou být do EU/EHP importovány. Klinici by měli být informováni o možném riziku importu MERS-CoV, aby se možné případy včas identifikovaly a izolovaly. Dodržování přísných protokolů pro kontrolu infekcí při kontaktu s možnými případy je zásadní pro zabránění dalšímu šíření MERS-CoV ve zdravotnických zařízeních. Dříve vydaná doporučení pro cestující, včetně poutníků a zdravotnických pracovníků, zůstávají v platnosti. Hlavními zdroji infekce jsou blízký kontakt s dromedáry, konzumace tepelně neupravených produktů z velbloudů (např. mléko), a přenos v nemocničním prostředí.

Země by měly cestujícím vracejícím se ze všech oblastí postižených MERS-CoV doporučit, aby vyhledali lékařskou pomoc a informovali svého lékaře o svých nedávných cestách v případě, že se u nich během dvou týdnů po návratu objeví respirační onemocnění s horečkou a kašlem nebo průjmem.

Pravděpodobnost trvalého přenosu z člověka na člověka mezi běžnou populací v Evropě zůstává velmi nízká a dopad nemoci na běžnou populaci je považován za nízký. Současná situace ohledně viru MERS-CoV představuje pro EU/EHP nízké riziko, jak uvádí rychlé [posouzení rizik zveřejněné ECDC dne 29. srpna 2018](#). ECDC publikovala v říjnu 2019 technický report „[Health emergency preparedness for imported cases of high-consequence infectious diseases](#)“, který je stále k dispozici státům EU, pokud potřebují zhodnotit svou úroveň připravenosti na hrozby jako je MERS-CoV. K dispozici je také publikace ECDC z roku 2020: „[Risk assessment guidelines for infectious diseases transmitted on aircraft \(RAGIDA\) – Middle East respiratory syndrome coronavirus \(MERS-CoV\)](#)“.

Opatření: ECDC je v kontaktu s francouzskými úřady a WHO a zveřejnila [zprávu](#) na svých webových stránkách. ECDC sleduje tuto událost prostřednictvím svých epidemiologických zpravodajských aktivit a podá zprávu, jakmile budou k dispozici nové epidemiologické informace.