



ECDC **CORPORATE**

Přehled hlavních
publikací za rok

2009

ECDC **CORPORATE**

Přehled hlavních publikací za rok 2009



Stockholm, leden 2010.

© Evropské středisko pro prevenci a kontrolu nemocí, 2010.

Reprodukce je povolena pod podmínkou uvedení zdroje.

Obsah

Úvod	1
Technické zprávy	2
1. Pokyny k hodnocení rizik u infekčních onemocnění přenášených na palubách letadel	2
2. Dohled a studie v době pandemie v Evropě.....	3
3. Průvodce opatřeními v oblasti veřejného zdraví ke snížení dopadu pandemie chřipky v Evropě: „Menu ECDC“.	4
4. Rada Zdraví migrantů: Přístup k prevenci, léčbě a péči o migrující populace v zemích EU/EHP v souvislosti s HIV	11
5. Rada Zdraví migrantů: Epidemiologie HIV a AIDS v komunitách migrantů a mezi etnickými menšinami v zemích EU/EHP.....	13
6. Mapování behaviorálního dohledu nad HIV a pohlavně přenosnými infekcemi v Evropě.....	16
7. Bakteriální výzva: čas konat (společná technická zpráva ECDC a EMEA).....	18
8. Účinnost behaviorálních a psychosociálních intervencí v Evropě v rámci prevence HIV / pohlavně přenosných infekcí u mužů, kteří mají pohlavní styk s jinými muži	22
Zprávy s pokyny	23
9. Kontrola chlamydií v Evropě	23
10. Užívání antivirotik proti chřipce v rámci veřejného zdravotnictví během chřipkové pandemie.....	25
11. Využití specifických vakcín proti pandemické chřipce během pandemie H1N1 v roce 2009	28
Zprávy o dohledu.....	30
12. Dohled nad tuberkulózou v Evropě 2007.....	30
13. Výroční epidemiologická zpráva o přenosných onemocněních v Evropě 2009	32
14. Dohled nad HIV/AIDS v Evropě 2008.....	38
Příloha: publikace ECDC v roce 2009	40

Úvod

V roce 2009 Evropské středisko pro prevenci a kontrolu nemocí (ECDC) vydalo celkem 43 vědeckých dokumentů. Jednalo se především o:

- *Výroční epidemiologickou zprávu o přenosných onemocněních v Evropě 2009*, třetí vydání výroční publikace ECDC obsahující komplexní shrnutí údajů dohledu v roce 2007 a hrozeb monitorovaných v roce 2008,
- dokumenty *Dohled nad tuberkulózou v Evropě v roce 2007* a *Dohled nad HIV/AIDS v Evropě v roce 2008*, jejichž autorem je regionální kancelář pro Evropu Světové zdravotnické organizace (WHO EURO) a které pojednávají o situaci v zemích Evropské unie (EU) a Evropského hospodářského prostoru (EHS), stejně jako i o situaci v dalších 23 zemích regionu WHO EURO,
- zavedení řady *Zdraví migrantů*, sbírky publikací podle jednotlivých onemocnění, které prezentují analýzu údajů, shrnutí důkazů, výklad a pokyny ohledně intervencí v oblasti migrace a vybraných infekčních onemocnění. První dva dokumenty specifické pro jednotlivá onemocnění zveřejněné v roce 2009 pojednávaly o HIV/AIDS,
- dokument *Bakteriální výzva: čas konat*, technickou zprávu o nepoměru mezi zatížením infekcemi z důvodu multirezistentních bakterií a vývojem nových antibiotik pro vyřešení tohoto problému. Tuto zprávu vypracovalo ECDC společně s Evropskou agenturou pro léčivé přípravky, a
- dokument *Mapování behaviorálního dohledu nad HIV a pohlavně přenosnými infekcemi v Evropě*, který představuje důkladnou analýzu současné situace v oblasti programů behaviorálního dohledu v souvislosti s HIV a pohlavně přenosnými infekcemi v zemích EU a Evropského sdružení volného obchodu (ESVO).

Byly vypracovány překlady shrnutí vybraných dokumentů střediska ECDC, jako jsou výše uvedené, aby byly dostupné zákonodárcům ve všech jazycích EU a mimo to také v islandštině a v norštině. Odrážejí ducha původních publikací, ale některé důležité detaily mohly být v sumarizačním procesu ztraceny. Čtenáři, kteří chtějí podrobnější pohled, mohou nahlédnout do plného originálního znění dokumentů, které jsou dostupné na internetové adrese: www.ecdc.europa.eu.

Seznam všech publikací ECDC vydaných v roce 2009 je uveden v příloze. Všechny jsou dostupné elektronicky na výše uvedené adrese s krátkým popisem příslušného obsahu. Vybrané zprávy jsou rovněž dostupné v tištěné formě. Pokud chcete kteroukoli z nich získat v tištěné formě, zašlete, prosím, email na publications@ecdc.europa.eu.

Technické zprávy

1. Pokyny k hodnocení rizik u infekčních onemocnění přenášitelných na palubách letadel

(Zveřejněno v červnu 2009)

Vnitrostátní a mezinárodní komerční letecká doprava v posledních letech z hlediska počtu cestujících neustále roste. Mezinárodní letiště každý den přivítají miliony cestujících a umožňují jednotlivcům obletět celý svět v řádu hodin. Změna cestovních návyků s sebou současně nese nové hrozby: v prostředí uzavřené kabiny moderních letadel mohou být cestující vystaveni různým infekčním onemocněním, která postihla jejich spolucestující.

Vznik těžkého akutního respiračního syndromu (SARS) v roce 2003 ukázal potenciál nového onemocnění náhle se objevit a rozšířit se po celém světě prostřednictvím letecké dopravy. Včasné odhalení infekčních onemocnění na palubě letadla je ve spojení s včasným hodnocením rizika zásadní při zahájení reakce veřejného zdravotního systému. Jakmile je odhaleno riziko pro veřejné zdraví, je zásadním krokem směrem k jeho potlačení – a hlavním úkolem pro odborníky z oblasti veřejného zdraví po celém světě – vysledování kontaktů na cestující, kteří byli během letu vystaveni riziku.

Projekt RAGIDA (pokyny k hodnocení rizik u infekčních onemocnění přenášitelných v letadlech) kombinuje důkazy získané z vědecké literatury s odbornými poznatky s cílem poskytnout subjektům rozhodování schůdné možnosti. RAGIDA může poskytnout cennou pomoc při určování spouštěcích mechanismů a při nutném rozhodování, zda vysledovat kontakty na cestující z letadla a jeho posádku, kteří byli během letu vystaveni infekčním onemocněním.

V projektu RAGIDA se odborníci z Ústavu Roberta Kocha a střediska ECDC dohodli na dvanácti onemocněních: na tuberkulóze (TBC), chřipce, SARS, meningokokovém onemocnění, spalničkách, zarděnkách, diftérii, hemoragické horečce Ebola, hemoragické horečce Marburg, horečce Lassa, neštovicích a antraxu. Bylo systematicky zkoumáno více než 3 700 vzájemně hodnocených článků a zdrojů šedé literatury s cílem zhodnotit přesné okolnosti, které vedou k přenosu těchto infekčních onemocnění na palubě letadel. Navíc byly systematicky hledány pokyny k hodnocení a řízení rizik u těchto infekčních onemocnění vydané mezinárodními výbory pro leteckou dopravu a vnitrostátními nebo mezinárodními agenturami pro veřejné zdraví. V rámci doplnění informací bylo kontaktováno a o radu požádáno 73 odborníků z 38 zemí.

Výsledky provedené systematické literární rešerše naznačují, že na palubě letadel se relativně často přenáší tuberkulóza, chřipka, SARS, meningokokové onemocnění a spalničky. Počet článků o potvrzeném přenosu kteréhokoli z těchto onemocnění na palubě byl překvapivě nízký, zejména vezmeme-li v úvahu vysokou míru možného kontaktu. Vzhledem k těmto výsledkům je celkový počet událostí s přenosem na palubě pravděpodobně také docela nízký. Ačkoli je obtížné dobrat se nějakého závěru o počtu infekcí, které se objevují v důsledku přenosu na palubě, je, jak se zdá, pravděpodobné, že potenciál pro šíření infekčních onemocnění na palubě není vyšší než na zemi.

Celkem vzato, jsme stále přesvědčeni, že hodnocení rizik a rozhodnutí o vysledování kontaktů by měla, jak je navrženo v této technické zprávě, záviset na konkrétní události a měla by brát v úvahu takové faktory, jakými jsou potenciál pro epidemiologické šíření, infekčnost a patogenita identifikovaných pacientů, funkčnost ventilačních systémů na palubě, intenzita kontaktů a podrobnosti o místě, kde příslušný cestující seděl.

2. Dohled a studie v době pandemie v Evropě

(Zveřejněno v červnu 2009)

Dohled a studie v době pandemie představují složité téma, které má, jak je zde definováno, čtyři různé součásti:

- 1) včasné odhalení a šetření;
- 2) komplexní včasné hodnocení;
- 3) monitorování a
- 4) urychlené prošetření účinnosti a dopadu protipatření (včetně bezpečnosti farmaceutických protipatření) při zmírňování situace.

Je nepravděpodobné, že by pandemie propukla v Evropě, a tak budou kroky spočívající ve včasné odhalení a šetření nejspíše probíhat jinde, Evropa však bude muset uskutečnit zbylé tři procesy. Pro všechny složky bude zásadní laboratorní (mikrobiologický) dohled, který však bude obvykle propojen s epidemiologickým a klinickým dohledem. Vzhledem k celé řadě důležitých parametrů příští pandemie, které nelze předvídat, je životně důležité včasné hodnocení (složka č. 2). To však nemusí proběhnout v každé zemi. V optimálním případě bude nejlepší, když ho za podpory Evropského střediska pro prevenci a kontrolu nemocí (ECDC) a Světové zdravotnické organizace (WHO) provedou evropské země postižené jako první a když bude omezeno na určení „strategických parametrů“. Hodnoty těchto parametrů určí, která opatření veřejného zdravotního systému a klinická opatření budou s největší pravděpodobností úspěšná. Výsledky z několika zemí by byly poté okamžitě sděleny všem ostatním zemím.

Součástí včasného hodnocení bude odhad závažnosti pandemie. Tento odhad bude obtížný, ale je to důležité, jelikož některé vnitrostátní evropské plány předpokládají v případě vážné pandemie spuštění rušivějších intervencí. Očekává se, že toto hodnocení povede WHO. Detaily však budou vyžadovat, aby hodnocení rizik bylo spojeno s evropským pohledem, protože složitost stanovení závažnosti ztěžuje redukci na jedno jediné opatření. Všechny evropské země budou muset v zájmu řádného řízení svých vlastních systémů zdravotní péče a dalších služeb provádět monitorování (složka č. 3). Informací, které by ústřední orgány v zemích mohly potřebovat pro monitorování, je obrovské množství, nicméně by měly být omezeny na ty, která jsou zásadní pro rozhodnutí a klíčová sdělení. Monitorování by mělo být testováno z hlediska proveditelnosti v chřipkových obdobích, ale bude nutné také zohlednit to, jak se rutinní systémy dohledu budou během pandemie měnit nebo přestávat přinášet výsledky. Mezinárodní monitorování (podávání zpráv směrem nahoru organizaci WHO a evropským orgánům) by mělo být jednoduché, jelikož mnoho zemí bude poskytování rutinních informací mezinárodním orgánům stejně jako provádění interních procesů považovat za obtížné. Také ne každá země bude schopna dodat takovou úroveň podrobností, kterou by evropské orgány mohly požadovat.

Dalším procesem, který bude nutné uskutečnit jen v některých zemích, je šetření dopadu opatření v oblasti veřejného zdraví (a bezpečnosti farmaceutických protipatření) (složka č. 4). Je nepravděpodobné, že se během samotné pandemie jasně ukáže, zda (a která) opatření byla v oblasti veřejného zdraví účinná.

WHO a ECDC pracují s evropskými členskými státy na rozvoji postupů a „modelových protokolů“ pro složku č. 2, proces včasného hodnocení, a podle plánu budou tyto postupy a „modelové protokoly“ při cvičeních testovány, zda jsou přijatelné, a budou také testovány v terénu v chřipkovém období 2009–2010. Výskyt nové chřipky A(H1N1) znamená, že tyto postupy a protokoly budou testovány na skutečném pandemickém kmenu. V Evropě jsou pilotně prováděny zkoušky metod odhadnutí účinnosti vakcíny proti chřipce (část součásti č. 4). Na vnitrostátní úrovni je důležité, aby úřady naplánovaly, jak budou realizovat součásti č. 2 až 4, včetně práce s akademickými orgány a pracovníky, a jak pro ně během samotné pandemie zajistí realistické zdroje.

3. Průvodce opatřeními v oblasti veřejného zdraví ke snížení dopadu pandemie chřipky v Evropě: „Menu ECDC“

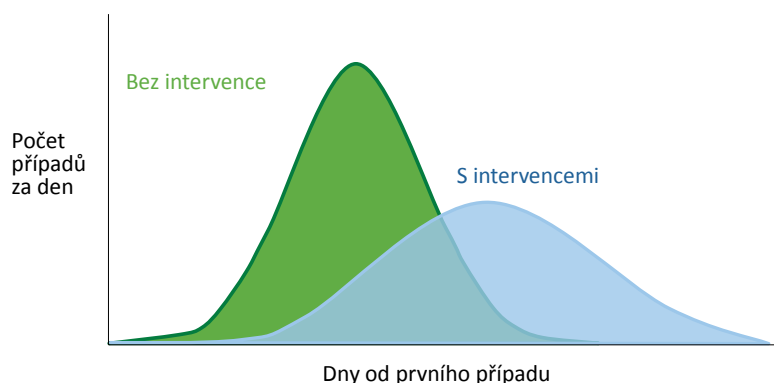
(Zveřejněno v červnu 2009, aktualizováno v říjnu 2009)

Uplatněním opatření v oblasti veřejného zdraví (viz souhrnné tabulky na straně 6) se do určité míry sníží počet lidí, kteří se během pandemie chřipky nakazí, budou potřebovat lékařskou péči a zemřou. Pravděpodobně klesnou i počty lidí postižených vážnou epidemií sezónní chřipky. Snížením, a možná i oddálením vrcholu pandemické křivky (graf 3.1) by mohla opatření zmírnit i druhotné důsledky pandemie, které se objeví, když onemocní mnoho lidí najednou, tj. dopad masové absence na klíčové funkce, jako je poskytování zdravotní péče a zachování dodávek potravin, distribuce paliv a dodávek veřejných služeb apod. Opatření v oblasti veřejného zdraví mohou dokonce i oddálit vrchol epidemické křivky pandemie až téměř do doby, kdy bude k dispozici pandemická vakcína, a tím případně snížit i celkový počet postižených osob. Navíc mohou teoreticky oddálit vrchol do doby, než přenos chřipky poklesne přirozeným způsobem v letních měsících.

Graf 3.1 Cíle uplatňování opatření v oblasti veřejného zdraví během pandemie

Cíle snížení přenosu chřipky v populaci

- Oddálení a utlumení vrcholu epidemie
- Snížení špičkového zatížení zdravotnictví a hrozby
- Určité snížení celkového počtu případů
- Získání trochu času



Byla navržena celá řada opatření (viz souhrnné tabulky), včetně osobních kroků, jako je mytí rukou a nošení roušky, a farmaceutických intervencí, jako jsou antivirová, vakcíny proti lidské formě ptačí chřipky (také nazývané prepandemické vakcíny) a v pozdější fázi pandemie specifické vakcíny, stejně jako opatření spočívajících v zákazu shromažďování. Mnozí si myslí, že ještě účinnější než každé opatření osamoceně budou jejich kombinace, tzv. hloubková ochrana neboli vrstvený přístup. Jak modelování, tak i selský rozum naznačují, že včasné intervence budou účinnější než čekání, až se pandemie rozšíří.

Je těžké si představit, že by opatření, jako jsou ta v kategorii zákazu shromažďování, neměla určitý pozitivní vliv spočívající ve snížení přenosu lidské respirační infekce šířící se z člověka na člověka kapénkami a nepřímým kontaktem. Důkazní základ podporující každé jednotlivé opatření je však často nedostatečný. Také není jasné, jak budou některá z nich vzájemně reagovat. Konkrétně vyvstává otázka, zda bude účinek opatření spočívajících v zákazu shromažďování kumulativní. V některých případech je tento nedostatek jasnosti způsoben nedostatečným výzkumem. Častějším důvodem je fakt, že je obtížné hodnotit opatření pomocí experimentálního přístupu, a dále i skutečnost, že když byla opatření prováděna v reálných situacích, byla použita v kombinaci s jinými. Absolutní pozitivní účinek a relativní silné stránky různých opatření se tak posuzují jen velmi obtížně. Síla účinku by se také mohla vcelku dobře měnit podle vlastností pandemie. Například během pandemie v roce 1957, kdy byl, jak se zdá, obzvláště důležitý přenos v mladších věkových skupinách, mohly být vcelku účinné intervence zaměřené na děti, ale během pandemií v letech 1918–19 a 1968 by tyto intervence bývaly byly méně účinné. Nebude tedy možné připravit pevné plány, které budou vyhovovat každé pandemii. Navíc se účinnost, proveditelnost a náklady na opatření spočívající v zákazu shromažďování budou patrně lišit v jednotlivých

evropských zemích, nebo dokonce i v rámci těchto zemí (např. v hustě osídlených městských oblastech v porovnání s venkovskými oblastmi).

Zkušenosti s předchozími pandemiemi a souvisejícími událostmi, jako byl SARS, ukazují, že se opatření v oblasti veřejného zdraví uplatňují do určité míry podle místních zvyklostí a praxe. Ve Spojených státech amerických byla opatření během pandemie v letech 1918–19 opatření organizovaná a často proaktivní, zatímco v Evropě byla během pandemií a během výskytu SARS častěji reaktivní.

Existují tudíž dobré důvody pro existenci standardních plánů (plánů, které byly otestovány během cvičení a které mají být provedeny v případě absence dalších informací). Ve skutečnosti existují v tomto smyslu pokyny WHO a mnoho evropských zemí plány vypracovalo. Vzhledem k výše uvedeným úvahám by však tyto plány měly být značně flexibilní a měly by mít struktury velení a řízení, které s ohledem na nové údaje a zkušenosti umožní rychlé provedení změn.

Veškerá opatření v oblasti veřejného zdraví jsou spojena s náklady a mnohá mají také druhotné účinky. Tyto účinky větší opatření mohou být značné a bude nutné řadu z nich pečlivě zvážit. Drastičtější společenská opatření, která byla navržena (např. proaktivní uzavření škol a omezení cestování), jsou spojena s výraznými náklady a důsledky, které se samy budou lišit podle daných okolností. Tato opatření se také obtížně udržují. Proto v případě běžné sezónní chřipky nebo mírné pandemie by jejich uplatnění, a zejména jejich brzké uplatnění mohlo přinést více škody, než kdyby se infekci nechal volný průběh a léčili by se ti, u nichž se nemoc projevuje závažněji.

Zavedení některých opatření je relativně snadné a taková opatření jsou již doporučena i pro mírnou sezónní chřipku (např. pravidelné mytí rukou a včasná samoizolace při rozvinutí horečnatého onemocnění). Mají také výhodu v tom, že ve složitě a znepokojivé době dodávají jednotlivcům sebevědomí a poskytují jim užitečné rady. Provedení ostatních opatření bude obtížné nebo příliš nákladné (např. včasné masové užívání antivirotik osobami, které onemocní) a další jsou potenciálně vysoce rušivá pro společenské funkce a obtížně se udržují (např. uzavření hranic, omezení vnitrostátní dopravy). Všechna opatření tudíž vyžadují naplánování, přípravu a praxi.

Zásadní je otázka nákladných a rušivých opatření. Během pandemie onemocnění s méně závažným průběhem a s menším počtem nemocných, jako byly pandemie v roce 1957 a 1968, mohou být některá případná společenská opatření (proaktivní uzavření škol, práce z domova apod.) navzdory tomu, že přenos pravděpodobně sníží, nákladnější a rušivější než účinky samotné pandemie. Taková opatření mohou mít tedy pozitivní přínos pouze tehdy, pokud jsou přijata během závažné pandemie, například pandemie, jejímž výsledkem je vysoká míra hospitalizace nebo která se vyznačuje vysokou mírou úmrtnosti srovnatelnou s pandemií španělské chřipky v letech 1918–19.

Z těchto důvodů bude zásadní včasné posouzení klinické závažnosti pandemie v celosvětovém i evropském měřítku. Ačkoli je včasné zavedení opatření logické, bude příliš brzké uplatnění rušivějších intervencí nákladné a může způsobit jejich obtížnou udržitelnost.

Řada evropských zemí nyní u těchto opatření zvažuje své politické možnosti. S ohledem na rozmanitost Evropy nebude jedna jediná kombinace opatření vyhovovat situaci ve všech evropských zemích: univerzální řešení neexistuje. Společná diskuse o opatřeních však bude přínosná a usnadní efektivnější rozhodovací proces. Některé země již odvedly podstatnou relevantní vědeckou práci, z jejíž části čerpá tento dokument. Z této práce a poznatků jiných zemí by však mohly těžit všechny evropské země.

Účel

S ohledem na výše uvedené úvahy a vzhledem k tomu, že úkolem střediska ECDC je poskytovat spíše vědecké poradenství než předepisovat kroky, je záměrem tohoto dokumentu představit nabídku možných opatření a poskytnout informace o veřejném zdraví a vědecké informace o tom, co je známo nebo může být řečeno o jejich pravděpodobné účinnosti, nákladech (přímých i nepřímých), přijatelnosti, očekávaných veřejnosti a dalších praktičtějších aspektech. To má členským státům a orgánům EU, jednotlivě či kolektivně, pomoci rozhodnout o tom, která opatření uplatní. Přesto existují určitá opatření, která jsou buď tak samozřejmá nebo tak neúčinná, že by ke snadným politickým rozhodnutím přispělo pouhé přednesení důkazů.

Cílová skupina

Primárními budoucími příjemci jsou tvůrci politiky a političtí rozhodovatelé a sekundárními příjemci jsou všichni ti, jichž se chřipka dotýká, veřejnost a sdělovací prostředky. Pochopení opatření a jejich mezí ze strany sdělovacích prostředků bude pro jejich úspěšné uplatnění při pandemii zásadní.

Oblast působnosti

Tento dokument se použije v době, kdy se Evropou bude šířit pandemie v pandemickém stupni 5 nebo 6 podle WHO a také kdy bude probíhat epidemie sezónní chřipky. Nezabývá se různými okolnostmi stupně 4, jedinečnými

potřebami prvního výskytu údajného pandemického kmene (strategie rychlého potlačení podle WHO) ani složitým plánováním a politickými otázkami, které vyvstávají nad tím, jak během pandemie zachovat klíčové služby (tzv. plán zachování kontinuity provozu při pandemii). Toto každopádně nespadá do působnosti střediska ECDC.

Dokument by měl být čten s ohledem na předchozí pokyny, které středisko ECDC vydalo o osobních ochranných opatřeních. Jejich shrnutí je uvedeno v textu a v tabulkách. Byly zveřejněny příslušné vědecké pokyny týkající se (prepandemických) vakcín proti lidské formě ptačí chřipky H5N1 a v textu se na ně odkazuje. Pokyny by měly být chápány v souvislosti s pokyny WHO z roku 2005 a s novými pokyny WHO o protipatřeních (zveřejněnými v roce 2009).

Povšimněte si prosím, že se zde jedná o prozatímní pokyny, jelikož budou k dispozici další zjištění výzkumu a je možné, že se objeví nová protipatření. Z tohoto důvodu bude nabídka postupně aktualizována.

Souhrnné tabulky Charakteristiky potenciálních intervencí k omezení přenosu během fáze 6 pandemické/závažné epidemie sezónní chřipky

Mezinárodní cestování (uzavření hranic, omezení vstupu, rady na cesty)

Intervence	Kvalita důkazů ¹	Účinnost (přínos)	Přímé náklady	Nepřímé náklady a rizika ²	Přijatelnost v Evropě	Problémy v praxi a jiné otázky
1. Rady na cesty	B	Minimální	Nízké	Masivní	Dobrá	Mezinárodní cestování poklesne masivně pravděpodobně v každém případě.
2. Kontrola vstupu	B, Bm	Minimální	Vysoké	Vysoké	Lze ji očekávat u rezidentů.	Mezinárodní cestování poklesne pravděpodobně v každém případě.
3. Uzavření hranic nebo výrazné omezení cest	B, Bm	Minimální, pokud uzavření nebude téměř úplné.	Masivní	Masivní	Proměnlivá, ale u některých rezidentů ji lze očekávat.	Mezinárodní cestování poklesne pravděpodobně v každém případě.

Osobní ochranná opatření

Intervence	Kvalita důkazů	Účinnost (přínos)	Přímé náklady	Nepřímé náklady a rizika	Přijatelnost v Evropě	Problémy v praxi a jiné otázky
4. Pravidelné mytí rukou	B	Pravděpodobně snižuje přenos.	Nízké	Nulové	Dobrá, ale míra dodržování není známa.	Mírné ³
5. Dobrá respirační hygiena (používání a likvidace kapesníků)	B	Neznámá, ale předpokládána	Nízké	Nízké	Dobrá, ale míra dodržování je neznámá.	Malé

¹ Důkazy o účinnosti: A, B a C představují doporučení opírající se o silné, přiměřené, resp. nedostatečné důkazy.

Stupeň A: Systematické přezkumy, kde jsou různé primární studie, z nichž lze čerpat (nikoli primárně tvorba modelů), kvalitně navržené epidemiologické studie nebo zejména experimentální studie (náhodně kontrolované zkoušky).

Stupeň B: Představuje důkazy opírající se o kvalitně navržené epidemiologické studie, podstatně výzkumné studie nebo experimentální studie s 5 až 50 subjekty nebo experimentální studie s dalšími omezeními (například nemající chřipku za koncový bod). Kód Bm značí tvorbu modelů, s důrazem na studie, které mají k dispozici kvalitní primární údaje. Kvalita tak může být jak Bm, tak i C.

Stupeň C: Představuje důkazy opírající se o případové zprávy, malé nedostatečně kontrolované výzkumné studie, nedostatečně odůvodněné větší studie, uplatnění poznatků o způsobu přenosu, infekčním období atd. Cm odkazuje na tvorbu modelů s malým množstvím nebo nedostatečnou kvalitou primárních údajů.

² Někdy nazývané účinky druhého a třetího řádu – např. uzavření hranic s následným narušením obchodu a pohybu základních dodávek a pracovníků.

³ Je nutné v daleko větší míře umožnit časté mytí rukou v běžných zařízeních, např. na veřejných místech, v zařízeních rychlého občerstvení atd.

Intervence	Kvalita důkazů	Účinnost (přínos)	Přímé náklady	Nepřímé náklady a rizika	Přijatelnost v Evropě	Problémy v praxi a jiné otázky
6. Všeobecné nošení roušky mimo domov	C, Cm	Neznámá	Masivní	Nízké	Neznámá, ale nošení roušek není ve většině zemí obvyklé.	Značné – potíže při školení, při dodávkách roušek a ohledně jejich typů, při jejich likvidaci a ohledně odpadu. Může mít opačné účinky v důsledku nesprávného a opakovaného používání.
7. Nošení roušek ve zdravotnických zařízeních⁴	C	Neznámá	Mírné	Nízké	Již všeobecně rozsáhle praktikováno	Mírné – potíže při školení, definování vysoce rizikových situací, při dodávkách roušek a ohledně jejich typů, zejména respirátorů.
8. Nošení roušek v jiných vysoce rizikových situacích⁵	C	Neznámá	Mírné	Nízké	Neznámá, ale dává smysl.	Mírné – potíže při školení, definování vysoce rizikových situací, při dodávkách roušek a ohledně jejich typů.
9. Nošení roušek osobami s respirační infekcí	C	Neznámá, ale předpokládaná	Mírné	Mohou umožnit nemocným a infekčním osobám, aby se stále pohybovaly na veřejnosti a nakazily druhé.	Neznámá, ale dává smysl. Rozšiřuje současné nemocniční doporučení do domácího prostředí a na veřejnost.	Potíže při definování těch osob, které by se měly podřídit, a při dodávkách roušek. Také dodržování ze strany osob s omezeným dýcháním z důvodu respirační infekce.
10. Včasná samoizolace nemocných osob⁶	C	Neznámá, ale předpokládaná	Mírné	Mírné ⁷ . Zvýšené riziko pro pečující osoby a jejich nepřítomnost v práci.	Již standardní doporučení v mnoha zemích	Nutnost vyškolení a vybavit domácí pečovatele, kteří budou ohroženi. Otázka náhrady ušlé mzdy a souhlas zaměstnavatelů.
11. Karanténa⁸	C	Neznámá	Masivní	Masivní z důvodu ztráty produktivity	Nejasná	Velmi těžké zajistit, aby toto opatření fungovalo rovnoměrně, a otázka náhrady ušlé mzdy.

Opatření spočívající v zákazu shromažďování

Intervence	Kvalita důkazů	Účinnost (přínos)	Přímé náklady	Nepřímé náklady a rizika	Přijatelnost v Evropě	Problémy v praxi
12. Omezení vnitrostátního cestování	Cm, C	Naznačen menší oddalující účinek	Významné	Masivní, včetně sociálního narušení ⁹	Neznámá	Ohroženy klíčové funkce. Otázka odpovědnosti a právního základu ¹⁰ .

⁴ Osoby, které přicházejí do osobního kontaktu s mnoha členy veřejnosti.

⁵ Osoby, které přicházejí do osobního kontaktu s mnoha členy veřejnosti, v přeplněných prostředích dopravy.

⁶ Obvykle doma u osoby, která se začíná cítit špatně a má zvýšenou teplotu.

⁷ Osoba vyžaduje péči doma a ona i osoby, které o ni pečují, nechodí do práce.

⁸ Několikadenní domácí izolace zdánlivě zdravých lidí, u nichž se předpokládá, že byli vystaveni infekci.

⁹ Výhoda tohoto opatření a některých dalších intervencí spočívá v tom, že plánovaně přinesou to, co by se časem pravděpodobně stejně stalo.

¹⁰ Otázka, kdo poskytne náhradu, pokud z důvodu veřejného (vládního) opatření vznikne ekonomická ztráta.

Intervence	Kvalita důkazů	Účinnost (přínos)	Přímé náklady	Nepřímé náklady a rizika	Přijatelnost v Evropě	Problémy v praxi
13. Reaktivní uzavření škol	Bm, C	Může mít větší účinek než jiná opatření spočívající v zákazu shromažďování.	Mírné	Masivní, protože o děti se bude muset doma někdo postarat ¹¹ .	Neznámá, v Evropě k tomu nedochází často.	Děti, které nechodí do školy, budou muset být drženy mimo kontakt s jinými dětmi. Otázka odpovědnosti a právního základu ^{10, 12} . Potíže s načasováním, udržitelností a opětovným otevřením škol.
14. Proaktivní uzavření škol	Bm, C	Může mít větší účinek než jiná opatření spočívající v zákazu shromažďování a může být lepší než reaktivní uzavření škol.	Mírné	Viz výše ¹¹	Viz výše	Viz výše, ale ještě větší potíže při načasování (školy mohou být uzavřeny příliš brzy), s udržitelností a opětovným otevřením škol ^{10, 12} .
15. Reaktivní uzavření pracovišť	Cm	Neznámá ⁹	Významné	Významné	Neznámá zásadní otázka náhrad ¹⁰	Otázka odpovědnosti, náhrady a právního základu a též udržitelnosti a opětovného otevření pracovišť. Není možné v případě klíčových funkcí ¹³ .
16. Práce z domova a omezení schůzek	Cm, C	Neznámá	Mírné	Mírné	Pravděpodobně přijatelné	Méně možné v případě klíčových funkcí ¹³ .
17. Zrušení veřejných shromáždění, mezinárodních akcí atd.	C	Neznámá	Masivní ¹⁰	Masivní ¹⁰	Pravděpodobně závisí na otázce náhrad a na tom, zda se zde uplatní pojištění ⁹ . Veřejnost může toto opatření očekávat.	Otázka odpovědnosti a právní podpory. Obtížné definovat, co to je veřejné shromáždění nebo mezinárodní setkání, a kdy zákazy zrušit.

Užívání antivirotik: včasná léčba

Intervence	Kvalita důkazů	Účinnost (přínos)	Přímé náklady	Nepřímé náklady a rizika	Přijatelnost v Evropě	Problémy v praxi
18. Všechny osoby s příznaky	A (pouze přenos a trvání nemoci), Bm	Podle očekávání mírná, ale důkazy na toto téma nejsou dostatečné ¹⁴ .	Masivní	Mírné	Ve většině zemí veřejností očekávána.	Značné logistické náklady a potíže při rozhodování, kdo má chřipku, při dodávkách všem osobám, které by mohly mít z včasné intervence (do 24 nebo 48 hodin) prospěch, a spravedlivá správa zásob ¹⁵ .

¹¹ Dítě vyžaduje péči doma a osoby, které o něj pečují, nechodí do práce.

¹² Intervence zaměřené na děti často předpokládají, že děti hrají obzvláště významnou roli při přenosu, což nemusí být pravidlem při každé pandemii.

¹³ Existuje složitý proces rozlišení, co jsou a co nejsou *klíčové funkce*, což je důležitá otázka, která však nespadá do oblasti působnosti tohoto dokumentu.

¹⁴ Důkazy ze zkoušek spočívají v tom, že u sezónní chřipky zkracuje včasná léčba trvání onemocnění o jeden až dva dny a také omezuje přenos. Odhady pozitivního účinku na hospitalizaci a úmrtnost vycházejí z pozorování, jsou omezené a daleko slabší.

¹⁵ Existuje řada větších problémů v praxi, při rozhodování, kdo má chřipku, jak doručit antivirotika atd.

19. Zdravotničtí pracovníci, pracovníci sociální péče nebo infekci vystavení klíčoví pracovníci	A	Malá ¹⁵	Významné	Nízké	Považováno za část ochrany pracovníků a důležité pro pracovníky, kteří zůstanou v práci.	Potíže při definování toho, kdo jsou zdravotničtí pracovníci nebo infekci vystavení klíčoví pracovníci ¹⁵ .
--	---	--------------------	----------	-------	--	--

Užívání antivirotik: profylaxe v závislosti na případě

Intervence	Kvalita důkazů	Účinnost (přínos)	Přímé náklady	Nepřímé náklady a rizika	Přijatelnost v Evropě	Problémy v praxi
20. Rodina	B, Bm	Mírná	Masivní	Mírné	Pravděpodobně přijatelné	Potíže s hledáním případů, definováním rodin, rychlostí dodávek, bezpečností a manipulací se zásobami ¹⁶ .
21. Rodinné a sociální kontakty	B, Bm	Mírná	Masivní+	Mírné	Neznámá, ale problém s lidmi, jimž byla zdánlivě odepřena léčba.	Stejně jako výše s problémy s vymezením skupin.
22. Rodinné a zeměpisné kontakty	B, Bm	Mírná	Masivní +	Mírné	Neznámá, ale problém s lidmi, jimž byla zdánlivě odepřena léčba.	Stejně jako výše s ještě většími problémy s vymezením skupin.

Užívání antivirotik: nepřetržitá profylaxe

Intervence	Kvalita důkazů	Účinnost (přínos)	Přímé náklady	Nepřímé náklady a rizika	Přijatelnost v Evropě	Problémy v praxi
23. Zdravotničtí pracovníci, pracovníci sociální péče či klíčoví pracovníci	C	Mírná	Masivní	Mírné	Nejasná – zdravotničtí pracovníci je nemusí vůbec užít ani setrvat v jejich užívání.	Potíže při definování toho, kdo jsou zdravotničtí nebo klíčoví pracovníci. Otázka, jak dlouho lze nabízet antivirotika.

¹⁶ Je nutné zvážit, jak brzy budou zprávy o pravděpodobných vedlejších účincích rychle a efektivně prošetřeny.

Vakcíny: vakcína proti lidské formě ptačí chřipky¹⁶

Intervence	Kvalita důkazů	Účinnost (přínos)	Přímé náklady	Nepřímé náklady a rizika	Přijatelnost v Evropě	Problémy v praxi
24. Celá populace	B, Bm	Nejasná, závisí na antigenním typu pandemie ¹⁷ .	Masivní	Významné ^{16,18}	Neznámá ¹⁹	Otázky, které skupiny by měly dostat přednost.
25. Zdravotníci pracovníci, pracovníci sociální péče či klíčoví pracovníci	B, Bm	Viz výše	Masivní	Viz výše	Viz výše, navíc není jasné, zda tyto skupiny opatření přijmou.	Potíže při definování toho, kdo jsou zdravotníci nebo klíčoví pracovníci.
26. Děti očkované jako první	B, Bm	Viz výše	Masivní	Viz výše	Nejasné, zda rodiče opatření přijmou, zejména pokud má onemocnění u dětí mírnější průběh a opatření má přínos pro jiné. Nedostatečně stanovený bezpečnostní profil ²⁰ .	Nutnost připravit předběžný plán.

Vakcíny: specifická pandemická vakcína

Intervence	Kvalita důkazů	Účinnost (přínos)	Přímé náklady	Nepřímé náklady a rizika	Přijatelnost v Evropě	Problémy v praxi
27. Pandemická vakcína	B, Bm	Minimální v první vlně	Masivní a vyžadují nejprve investice.	Nízké	Pravděpodobně vysoce přijatelné ²⁰	Potíže při rozhodování o prvních prioritních skupinách ¹⁶

¹⁷ Předpokládá se, že základem příští pandemie bude antigen H5. Přínos lze vyvodit z pokusných sérologických reakcí, ale údaje na základě pozorování a zkoušky na pandemickém kmeni nelze získat a provést před začátkem přenosu a stupněm 3. Zkoušky pak mohou být považovány za neetické.

¹⁸ Finanční riziko, že základem příští pandemie bude antigenní kmen a nikoli současná vysoce patogenní ptačí chřipka (A/H5).

¹⁹ Žádná země se doposud nepokusila nabízet svým občanům očkování vakcínou s tak nízkou očekávanou účinností, proto se jedná o významnou komunikační výzvu.

²⁰ Je nutné zvážit, jak brzy budou zprávy o pravděpodobných vedlejších účincích rychle a efektivně prošetřeny.

4. Řada Zdraví migrantů: Přístup k prevenci, léčbě a péči o migrující populace v zemích EU/EHP v souvislosti s HIV

(Zveřejněno v červenci 2009)

Tato zpráva shrnuje zjištění hodnocení přístupu migrantů k prevenci, léčbě a péči v Evropské unii v souvislosti s HIV. Hodnocení se uskutečnilo v období od května do září 2008 a jeho zadavatelem bylo Evropské středisko pro prevenci a kontrolu nemocí (ECDC). Má se stát součástí rozsáhlejší řady zpráv o migraci a infekčních onemocněních v Evropské unii.

Na základě informací shromážděných v průzkumu mezi respondenty ve 27 členských státech EU a třech zemích Evropského hospodářského prostoru (EHP) a při rešerši literatury bylo cílem této zprávy poskytnout přehled o současné situaci a také materiál pro budoucí politiku, výzkum a služby zaměřené na zlepšení přístupu migrujících populací ke službám souvisejícím s HIV. Přibližně dvě třetiny respondentů představovaly nevládní organizace a zbývající třetinu tvořili zástupci vládních organizací. Zjištění a navržené kroky tudíž nemusí nutně představovat názory národních vlád členských států EU.

Oddíl 1 stručně popisuje východiska a metodiku hodnocení. Oddíl 2 zdůrazňuje hlavní zjištění o migrantech a HIV, přičemž se zaměřuje na faktory, které zvyšují jejich citlivost vůči HIV a které jim brání v přístupu k prevenci, léčbě a pečovatelským službám, a na způsob, jakým EU a členské státy reagují na potřeby migrantů, pokud jde o HIV. Oddíl 3 rozebírá cestu vpřed, shrnuje výzvy a kroky navržené respondenty, které by měly zlepšit přístup migrantů v EU ke službám v souvislosti s HIV. Následující text shrnuje klíčová zjištění, výzvy a navržené kroky.

Klíčová zjištění

- Evropská unie podnikla důležité kroky k řešení migrace a zdraví obecně a migrace a HIV konkrétně. V roce 2004 *Dublinská deklarace o partnerství v boji s HIV/AIDS v Evropě a střední Asii* a následné deklarace posunuly HIV výše v evropské agendě. Lisabonská konference a následná jednání a zprávy v roce 2007 upozornily na otázku migrace, zdraví a HIV. V obou případech byl ovlivněn politický závazek EU, který se odrazil v politice a právních nástrojích, jež mají zajistit, aby migranti měli přístup ke zdravotní péči, včetně prevence, léčby a pečovatelských služeb v souvislosti s HIV. Mezi jednotlivými členskými státy EU však v souvislosti s politickými a právními rámci a prevencí, léčbou a pečovatelskými službami v souvislosti s HIV pro migranty panují výrazné rozdíly.
- Nejrelevantnější migrující populace z hlediska HIV pocházejí ze subsaharské Afriky, z východní Evropy a Asie a v některých konkrétních evropských zemích z Latinské Ameriky a z Karibiku. Důležitými subpopulacemi jsou uchazeči o azyl a uprchlíci, nelegální přistěhovalci, sexuální pracovníci a muži, kteří mají pohlavní styk s jinými muži. Mezi nejběžnějšími faktory, které přispívají k citlivosti migrantů vůči HIV, jsou uváděny jazykové bariéry, marginalizace, sociální vyloučení a právní překážky. Byly jmenovány i kulturní postoje, náboženství, strach z diskriminace a malé znalosti o HIV v komunitách migrantů.
- Faktory, které brání migrantům v přístupu ke službám, souvisejí s politikami a zákony, poskytováním služeb, samotnými komunitami migrantů a širší společností. Byly uváděny politiky rozptýlení migrantů v zemích, které pak omezují přístup ke službám v oblasti prevence a léčby. Jako překážka pro léčbu HIV byl nejčastěji uváděn, zejména respondenty v nových členských státech EU, právní status – chybějící povolení k pobytu a zdravotní pojištění. Ve všech třech oblastech služeb představoval překážky nedostatek kulturně citlivých informací v příslušných jazycích, vhodně vyškolených odborníků a služeb šitých na míru specifickým potřebám migrantů. V komunitách migrantů brání v přístupu ke službám kultura, náboženství, strach z diskriminace a omezené znalosti o dostupných službách. V širší společnosti brání v přístupu k službám v oblasti prevence a péče zejména stigmatizace a diskriminace migrantů; jako specifická překážka pro přístup k léčbě byla uváděna sociální situace migrantů.
- Téměř všechny země uvádějí intervence proti HIV zaměřené na komunity migrantů a subpopulace. Některé země, zejména ty s delší historií migrace, poskytují širokou nabídku služeb prostřednictvím vládních agentur, nevládních organizací a komunitních organizací. V jiných zemích existuje málo služeb, pokud tam vůbec nějaké jsou. Komunity migrantů jsou do provádění intervencí zapojeny ve většině zemí, ale až na několik výjimek, které stojí za povšimnutí, je jejich zapojení do politiky omezené. Otázku migrace a HIV však respondenti uváděli jako otázku s nízkou prioritou ve velké části z třiceti zúčastněných zemí. Vyšší prioritu má tato otázka v zemích, kde je prevalence HIV v migrujících populacích relativně vysoká.

Klíčové výzvy

- Politický a právní rámec jsou pro poskytování služeb v oblasti HIV migrantům výzvou. Nesoulad mezi zdravotní a imigrační politikou může být pro veřejné zdraví kontraproduktivní. Klíčovou problematikou oblastí je přístup k léčbě HIV pro nelegální a nepojištěné migranty. Související výzvou je chybějící jasný a důsledný právní rámec práv migrantů ohledně zdravotní péče.
- Výzvou jsou i mezery v oblasti informací. Chybějící standardizace sběru údajů v zemích ztěžuje srovnání situace migrantů v EU. Navzdory značnému rozsahu provedeného výzkumu existují mezery v informacích, například o migraci a HIV v nových členských státech EU, o rizikovém chování migrantů nakažených HIV, o zdraví a potřebách migrantů ohledně HIV a o dopadu kultury a náboženství na pevně zakořeněné názory týkající se zdraví, postoje ke zdraví a chování v zájmu udržení dobrého zdravotního stavu v komunitách migrantů.
- Na úrovni poskytování služeb je v některých zemích stále nutné vyřešit právní, administrativní a kulturní překážky. Výzvou je též zajistit, aby intervence vládních agentur a nevládních organizací v oblasti prevence a péče opírající se o komunitu získaly vhodné a udržitelné finanční prostředky.
- Výzvou je komplexní opatření k vyřešení negativního postoje společnosti vůči migrantům, který ještě vyhrcojí málo přínosné zprávy ve sdělovacích prostředcích, a iniciativy usilující o uspokojení širších sociálních, ekonomických a právních potřeb migrantů, jelikož pro tento účel je nutné společné úsilí politických činitelů, zdravotních odborníků, odborníků na sociální péči a občanské společnosti.

Klíčové navržené kroky

- Pro účely sběru přesných a srovnatelných údajů o dohledu a tvorby důsledných a vhodných politik a intervencí je zapotřebí jednotné definice výrazu „migrant“ pro celou EU. Respondenti též navrhli specifické kroky pro evropskou a vnitrostátní úroveň v oblasti politiky, financování, výzkumu, spolupráce v rámci sítí a služeb.
- Jako priorita na evropské a vnitrostátní úrovni byl navržen jasný politický a právní rámec na ochranu práv migrantů, zejména nelegálních a nepojištěných migrantů, na péči v souvislosti s HIV. Jiné navržené kroky spočívaly v řešení nesouladu politiky, zvýšení vnímavosti politických činitelů vůči otázkám souvisejícím s HIV a migrací a zvýšení účasti komunity migrantů na politických postupech. Jako prioritní krok bylo též zdůrazněno financování evropských sítí a projektů týkajících se otázek migrace a HIV a financování nevládních organizací, které migrujícím populacím poskytují služby v souvislosti s HIV.
- Bylo navrženo několik oblastí, jimž by se měl věnovat výzkum. Mezi dalšími kroky byly na evropské úrovni navrženy studie pro lepší pochopení vzorců migrace, dopadu evropských právních předpisů a politik na přístup k léčbě a hodnocení nákladů a přínosů všeobecného přístupu k léčbě a vlivu intervencí. Na vnitrostátní úrovni byly navrženy lepší epidemiologické informace, lepší pochopení komunit migrantů, včetně znalostí, postojů a chování týkajících se HIV a úlohy kultury a náboženství, a analýza vlivu právních předpisů a účinnosti intervencí pro migrující populace.
- Navržené prioritní kroky týkající se spolupráce v rámci sítí zahrnovaly podporu EU pro celoevropskou síť organizací působících v oblasti migrace a HIV a další mechanismy ke sdílení zdrojů, zkušeností a osvědčených postupů a výraznější vazby a spolupráci mezi sdruženími zdravotnických odborníků a odborníků na sociální péči, organizacemi pro migranty a lidská práva na úrovni EU a vnitrostátní úrovni.
- S ohledem na poskytování služeb většina respondentů zdůraznila potřebu kulturně vhodných materiálů a intervencí, souvisejícího školení pro zdravotnické a komunitní pracovníky a větší zapojení komunit migrantů do poskytování služeb. V zájmu lepšího pokrytí a přijímání služeb byly navrženy přístupy komunit k testování HIV, jako je pomoc dobrovolníků, a komplexní přístupy k léčbě a péči, společně se zvýšeným úsilím informovat komunity migrantů o dostupných službách.

5. Řada Zdraví migrantů: Epidemiologie HIV a AIDS v komunitách migrantů a mezi etnickými menšinami v zemích EU/EHP

(Zveřejněno v červenci 2009)

Pozadí, odůvodnění a cíl

Celosvětová pandemie HIV/AIDS odráží křiklavé socioekonomické a zdravotní nerovnosti mezi rozvinutými a rozvojovými zeměmi. Podle odhadů UNAIDS žilo v roce 2007 s HIV/AIDS 33 milionů lidí; více než 96 % nových případů nakažení HIV se vyskytlo v zemích s nízkými a středními příjmy. Z osob nakažených HIV/AIDS jich 22,5 milionu žije v subsaharské Africe, kde prevalence HIV mezi dospělými činí 5 %, což je výrazně vyšší podíl než odhad pro celý svět ve výši 0,8 %. Druhou nejpostiženější oblastí je Karibik s jednoprocenní prevalencí a na třetím místě je východní Evropa s prevalencí ve výši 0,9 %.

Podle Mezinárodní organizace pro migraci bylo v roce 2006 přibližně 192 milionů lidí (3 % světové populace) mezinárodními migranty, z nichž 95 milionů tvořily ženy. OSN definuje jako mezinárodního migranta každého, kdo změní zemi svého obvyklého pobytu. Nejčastějším důvodem pro migraci je hledání lepší ekonomické situace, a proto většina migrantů cestuje z rozvojových do rozvinutých zemí. K zemím, z nichž v roce 2006 pocházel největší počet migrantů, patřila Čína, Indie a Filipíny, zatímco pět zemí, které přijaly nejvíce migrantů, byly USA, Rusko, Německo, Ukrajina a Francie. EU, jedna z nejbohatších oblastí světa, přijala 64 milionů migrantů (8,8 %), avšak s výraznými rozdíly mezi jednotlivými zeměmi. EU je hrdá na to, že je jedním z regionů světa s nejdelší tradicí dodržování lidských práv. Ale stejně jako v mnoha regionech na světě čelí migranti žijící v EU vážným problémům se začleněním. V důsledku migrace a sociálního vyloučení jsou migranti vysoce citliví vůči HIV/AIDS a souvisejícím komplikacím.

Epidemie HIV je významným problémem veřejného zdraví v EU; od roku 1999, kdy začaly fungovat mechanismy podávání zpráv o viru HIV, nepřestává počet osob nakažených tímto virem růst. Převažujícím způsobem přenosu HIV je heterosexuální styk (53 % nově hlášených případů HIV v roce 2006), následují případy hlášené mezi muži, kteří mají pohlavní styk s jinými muži (37 %), a mezi konzumenty injekčních drog (9 %). Stojí za to zdůraznit, že v roce 2006 bylo hlášeno 204 případů infekcí HIV přenosem z matky na dítě. Aby bylo možné náležitě zareagovat, je třeba sledovat zdravotní nerovnosti, včetně nerovností mezi migranty. Od roku 2000 shromažďuje bývalá organizace EuroHIV informace o zeměpisném původu hlášených případů. Významný a rostoucí podíl hlášených případů AIDS a HIV získaných při heterosexuálním pohlavním styku představují lidé jiného zeměpisného původu, než je země podávající hlášení, z velké části pocházejí ze subsaharské Afriky. Infekcí HIV/AIDS mohou ale být v nepoměrné míře postiženy i jiné skupiny migrantů, údaje o těchto skupinách však chybí. Absolutní a relativní podíl migrantů na národní epidemii HIV je v celé EU heterogenní a závisí na vzorcích migrace, koloniální historii, stavu epidemie HIV v zemích původu a určení a na zdravotních a sociálních reakcích. Od prvních dnů epidemie bylo jasné, že jednou z hlavních otázek je zajistit práva osob nakažených HIV/AIDS; bylo nepochybné, že klíčovými prvky jsou pro to věda, lidská práva a přístup v oblasti veřejného zdraví.

V roce 2007 si portugalské předsednictví EU zvolilo za své hlavní téma problematiku migrace a zdraví. V závěrech Rady přijatých v prosinci 2007 středisko ECDC vyzvalo k předložení zprávy o migraci a infekčních onemocněních. V reakci na tuto výzvu ECDC iniciovalo řadu zpráv, které budou tvořit Zprávu ECDC o migraci a infekčních onemocněních v EU. Cíli aktuální zprávy Epidemiologie HIV a AIDS v komunitách migrantů a mezi etnickými menšinami bylo určit zatížení migrujících populací infekcí HIV a jeho podíl na epidemiologii HIV v období 1999–2006.

Metodika

Byly použity údaje z ECDC/bývalé organizace EuroHIV, a to v celosvětovém měřítku i pro každou zemi, a absolutní čísla a procentní podíly případů AIDS a HIV byly zkoumány podle zeměpisného původu a roku (1999–2006), rozvrstvených podle pohlaví a kategorií přenosu. Pokud středisko ECDC nemělo informace k dispozici, byli přímo kontaktováni klíčoví informátoři. Počet registrovaných migrantů podle pohlaví a roku byl získán z veřejných evropských databází, Eurostatu a národních statistických úřadů v každé ze zúčastněných zemí buď z jejich internetových stránek, nebo na základě přímého písemného kontaktu.

Výsledky

V roce 2006 bylo ve 27 zemích EU, v Norsku a na Islandu hlášeno 6 746 případů AIDS. Nejvyšší počet migrantů byl sledován u heterosexuálního přenosu; v případech se známým zeměpisným původem pocházelo 1 373 případů (50 %) z jiné země než země, která případ oznámila, 77 % ze subsaharské Afriky. Z 57 případů způsobených

přenosem z matky na dítě se známým zeměpisným původem bylo 23 % ze subsaharské Afriky. Také v téměř 20 % případů AIDS u mužů, kteří mají pohlavní styk s jinými muži, pocházely dotčené osoby nejčastěji z Latinské Ameriky (106) a z jiných západoevropských zemí (52). Mezi 1 545 případy konzumentů injekčních drog bylo 7 % migrantů, z velké části ze západní Evropy, ze severní Afriky a ze Středního východu. Počet případů AIDS v regionu zaznamenal v letech 1999–2006 pokles o 42 % mezi vlastními státními příslušníky a migranty ze západní Evropy. Rostoucí počet případů AIDS v letech 1999 až 2006 byl pozorován mezi migranty z východní Evropy (o 200 %), ze subsaharské Afriky (89 %) a z Latinské Ameriky (50 %). Případy AIDS jsou v EU mnohem běžnější mezi muži než u žen, ačkoli poměr mezi muži a ženami klesá. Proto ačkoli absolutní počty mužů a žen ze subsaharské Afriky mezi případy AIDS hlášenými v roce 2006 činily 602, resp. 623, jejich podíly na počtu případů AIDS u mužů a žen byly 12 %, resp. 33 %.

V roce 2006 bylo v 27 členských státech EU, v Norsku a na Islandu hlášeno 26 712 infekcí HIV, z nichž u 29 % nebyl zaznamenán zeměpisný původ. Nejvyšší počet migrantů, v absolutních i relativních číslech, byl pozorován u heterosexuálního přenosu. Z lidí se známým zeměpisným původem pocházelo 65 % z 8 354 infekcí HIV z jiné země než země, která případ oznámila, přičemž valná většina (5 046) pocházela ze subsaharské Afriky. Ze 169 případů HIV způsobených přenosem z matky na dítě se známým zeměpisným původem bylo 41 % ze subsaharské Afriky. 18 % z 5 048 infekcí HIV se známým zeměpisným původem u mužů, kteří mají pohlavní styk s jinými muži, představovali migranti a nejčastějšími regiony byla Latinská Amerika (215) a západní Evropa (247). Mezi 1 590 infekcemi HIV u konzumentů injekčních drog se známým zeměpisným původem bylo 86 % vlastních státních příslušníků a 14 % migrantů, z velké části ze západní Evropy (63) a z východní Evropy (64). Počet infekcí HIV hlášených v Evropě zaznamenal v letech 1999–2006 výrazný nárůst jak mezi vlastními státními příslušníky, tak i mezi migranty. Tento nárůst je nutné vyložit v kontextu zavedení systému podávání zpráv o HIV v EU, který ještě není dokončen.

Infekce HIV v EU jsou obecně mnohem běžnější mezi muži než mezi ženami, i když poměr mužů a žen klesá. Absolutní počty mužů a žen ze subsaharské Afriky mezi infekcemi HIV hlášenými v roce 2006 činily 1 764, resp. 2 989. Vzhledem k tomu, že celkové počty infekcí HIV u tuzemských mužů a žen činily 7 891 a 2 028, je poměr mezi muži ze subsaharské Afriky a tuzemskými muži 0,1 a mezi ženami ze subsaharské Afriky a tuzemskými ženami 1,5. Počet hlášených případů HIV mezi ženami ze subsaharské Afriky překračuje o téměř 1 000 infekcí počet případů mezi tuzemskými ženami, ačkoli 2 910 infekcí HIV mezi ženami je neznámého zeměpisného původu. Počet žen ze subsaharské Afriky přesahuje o více než 1 000 případů počet mužů ze subsaharské Afriky. Po mužích ze subsaharské Afriky tvoří největší skupinu (539) muži ze západní Evropy, následovaní muži z Latinské Ameriky (456). Nejčastější země původu infekcí HIV u migrujících žen, kromě subsaharské Afriky, se lišily od zemí původu u mužů, jelikož ženy z jihovýchodní Asie a Karibiku představovaly 179, resp. 169 infekcí, zatímco ženy ze západní Evropy, východní Evropy a Latinské Ameriky představovaly 85, resp. 111 případů.

Pokud jde o podíl migrantů na případech infekce HIV, existují mezi zeměmi obrovské rozdíly. Mezi zeměmi s výskytem HIV pod 20 případů na milion obyvatel, z velké části ve střední Evropě, je podíl migrantů na epidemii nízký. V zemích s výskytem HIV mezi 21–49 případy na milion obyvatel, kromě Litvy, je podíl migrantů na ohlášených případech HIV z roku 2006 přes 40 %. Vzhledem k různým počtům obyvatel se počty pohybují od 24 případů infekcí HIV diagnostikovaných u migrantů na Kypru k 258 případům diagnostikovaných ve Švédsku. V zemích s výskytem HIV mezi 55 a 99 případy na milion obyvatel, kromě Řecka, činí podíl migrantů na ohlášených případech HIV 40 % v Nizozemsku a v Německu, téměř 60 % v Norsku, zhruba 65 % v Irsku a ve Francii a 70 % v Belgii. V zemích s výskytem HIV mezi 100 a 199 případy na milion obyvatel je podíl migrantů na ohlášených infekcích HIV zhruba 30 % v Rakousku, 71 % ve Spojeném království a až 80 % v Lucembursku. V Portugalsku, v zemi s nevyšším výskytem HIV v EU, je podíl migrantů na ohlášených případech HIV přibližně 20 %.

V letech 1999–2006 bylo jako počáteční stav definující AIDS ohlášeno 16 222 případů tuberkulózy, z nichž 8 028 bylo diagnostikováno u migrantů, 3 883 ze subsaharské Afriky a 2 684 neznámého původu. Pokud jde o podíl tuberkulózy jako stavu definujícího AIDS podle zeměpisného původu, existovala velká nesourodost. Nejnížší podíly byly zaznamenány u Severoameričanů (8 %) a původních obyvatel (16 %) a nejvyšší u subsaharských Afričanů (40 %), Východoevropanů (40 %), migrantů z jihovýchodní Asie (32 %) a Jihoameričanů (30 %).

Z přibližně 495 milionů lidí evidovaných u vnitrostátních úřadů pro evidenci obyvatel 27 zemí EU, Norska, Islandu a Lichtenštejnska bylo zhruba 32,5 milionu (6,5 %) evidovaných jako cizí státní příslušníci. Informace o státní příslušnosti těchto osob jsou k dispozici pro 30 zemí této studie vyjma Bulharska, Estonska, Francie a Lucemburska. Z těchto 32,5 milionu evidovaných migrantů jich polovina je z Evropy (6,5 milionu je ze západní Evropy, 7,4 milionu ze střední Evropy, 2,3 milionu z východní Evropy), následují migranti z Latinské Ameriky (2,31 milionu) a z Karibiku (261 000), z jižní a jihovýchodní Asie (2,25 milionu), ze severní Afriky a ze Středního východu (2,19 milionu) a ze subsaharské Afriky (1,32 milionu).

Diskuse a omezení

Migrující populace, z velké části lidé ze subsaharské Afriky, představují značný a rostoucí podíl případů infekce AIDS a HIV hlášených v 27 zemích EU, v Norsku a na Islandu v letech 1999–2006. Ačkoli podíl migrantů ze subsaharské Afriky na ohlášených případech heterosexuálního přenosu a přenosu z matky na dítě je velmi vysoký, týká se významný procentní podíl diagnóz u mužů, kteří mají pohlavní styk s jinými muži, i migrantů, z velké části ze západní Evropy a z Latinské Ameriky a Karibiku, což zdůrazňuje potřebu uznat sexuální rozmanitost migrantů žijících s HIV/AIDS. Podíl migrujících populací na epidemii AIDS a HIV je výrazně vyšší mezi hlášenými případy žen, což zdůrazňuje feminizaci epidemie HIV/AIDS mezi migranty v EU. Příčiny ženského znevýhodnění co se HIV týče, mají sociální i biologický základ. Tato čísla volají po krocích v politikách prevence a léčby HIV specifických podle pohlaví na vnitrostátní úrovni. S vysokým zatížením žen ze subsaharské Afriky infekcí HIV je úzce spojený velmi vysoký podíl migrantů právě z této oblasti mezi hlášenými případy přenosu z matky na dítě v EU. Zatímco pokles perinatálních infekcí HIV v EU představuje významný úspěch v oblasti veřejného zdraví, podstatné výzvy zůstávají, zejména mezi migrujícími matkami.

Existují enormní rozdíly v podílu migrantů s infekcí HIV v různých zemích. V případě východoevropských a některých středoevropských zemí je tento podíl nižší než 10 %, zatímco v případě většiny severovýchodních zemí to je více než 40 %. Ve většině zemí západní Evropy činí podíl migrantů mezi těmi, kteří jsou nakaženi virem HIV, 20 až 40 %. Tento vzorec je konzistentní s migračními trendy, jelikož země, kde je podíl migrantů mezi případy HIV vyšší, jsou i zeměmi, kde je vyšší i podíl migrantů na počtu obyvatel obecně, což je z velké části způsobeno minulou koloniální historií a nedávnou socioekonomickou a demografickou nevyvážeností. Existuje i podstatná a znepokojivá podíl případů, jejichž zeměpisný původ je neznámý, zejména ve Spojeném království, ve Francii, v Belgii a v Německu.

Současné údaje neumožňují rozlišení mezi infekcemi HIV získanými v EU či v zahraničí. Jiné zprávy naznačují, že ve většině případů se lidé ze subsaharské Afriky nakazili virem HIV pravděpodobně v zemích původu, a to na základě srovnání průměrného trvání pobytu v Evropě s hodnotou počtu buněk CD4 při diagnostice HIV. Existují však i důkazy, že se lidé subsaharského původu nakazí virem HIV v zemích EU. U jiných zeměpisných původů je k dispozici jen málo údajů o tom, kde k nákaze došlo, ačkoli v případě migrujících konzumentů injekčních drog se důkazy kloní spíše k tomu, že HIV získali v Evropě. I když diskuse o zemi pravděpodobné nákazy je maximálně kontroverzní, jelikož vyvolala bohužel otevřeně rasistické reakce, má pochopení toho, kde k nákaze virem HIV a rozvinutí v AIDS došlo, důležité důsledky z hlediska veřejného zdraví: může znamenat chybu v primární prevenci HIV, v sekundární prevenci HIV nebo u obou typů prevence.

Pozdní diagnostika HIV je velkým problémem v EU a USA a údaje nasvědčují o tom, že tento problém je ještě větší u HIV pozitivní migrující populace jiného než západního původu. Počet případů AIDS hlášených ve většině zemí EU zaznamenal od poloviny 90. let 20. století výrazný pokles, což bylo z velké části připisováno vlivu začlenění přístupu k vysoce aktivní antiretrovirální léčbě (HAART) na obyvatelstvo. U většiny migrantů však není tento pokles pozorován, což odráží pozdní diagnostiku infekce HIV a horší přístup k léčbě HAART a jejímu přijetí, a to může mít negativní dopad na úmrtnost HIV pozitivních migrantů v EU. Vhodná léčba infekce HIV je dále těžší strategií, jak předcházet přenosu viru HIV, jelikož lidé užívající léčbu HAART jsou méně infekční. Přístup k léčbě a prevenci se vztahuje též na tuberkulózu, jelikož okamžité testování na přítomnost viru HIV by jistě snížilo výskyt tuberkulózy spojené s virem HIV. Jak se jasně prokázalo, léčba tuberkulózy je ekvivalentem prevence přenosu tuberkulózy, a tak i sekundárních případů.

Interpretace podílu migrantů na epidemiologii HIV v oblasti je omezený vzhledem k nesourodosti při zavádění systémů hlášení případů HIV a k nedostatečnému vyplňování proměnné „zeměpisný původ“ v členských státech EU. Ve skutečnosti je velmi vysoký podíl chybějících hodnot v této kategorii varováním ve výkladu čísel vyzývajícím k zesílenému dohledu nad HIV v EU s cílem zajistit požadované kvalitativní normy.

Na závěr lze říci, že údaje uvedené v této zprávě nejsou pro osoby pracující v oboru žádným překvapením, zejména pokud se zaměříme na celosvětovou epidemiologii HIV a celosvětové trendy v migraci, které jsou v obou případech hnány celosvětovou nerovností. Kontrola epidemie HIV/AIDS by měla prolomit bariéry pro prevenci a léčbu HIV pro migranty v EU. Údaje poskytnuté a analyzované v této zprávě jen potvrzují, že dochází k selháním při primární a sekundární prevenci HIV a že je zapotřebí rozhodujících kroků.

6. Mapování behaviorálního dohledu nad HIV a pohlavně přenosnými infekcemi v Evropě

(Zveřejněno v září 2009)

Pozadí

Epidemie připisované viru lidské imunitní nedostatečnosti (HIV) a dalším pohlavně přenosným infekcím zůstávají významným problémem veřejného zdraví v Evropě. Evropské středisko pro prevenci a kontrolu nemocí (ECDC) bylo zřízeno v roce 2005 s cílem posílit schopnost Evropské unie (EU) předcházet infekčním onemocněním a kontrolovat je, přičemž k prioritním onemocněním se řadí HIV a další pohlavně přenosné infekce. V tomto ohledu je důležitým úkolem dohled a ECDC má silný mandát k vedení a koordinaci databází pro celounijní dohled nad přenosnými onemocněními. Dohled druhé generace představuje dohled, který kombinuje monitorování biologických (nové případy HIV/AIDS a pohlavně přenosných infekcí) a behaviorálních ukazatelů (např. sexuální chování, používání ochrany). Tento přístup je důležitý jak z hlediska informování pro účely vývoje politiky, tak i z hlediska hodnocení jejího výsledku.

V roce 2008 zadalo středisko ECDC úkol mezinárodnímu týmu odborníků, aby provedli hloubkovou analýzu současného stavu programů behaviorálního dohledu v souvislosti s výskytem HIV a pohlavně přenosných infekcí v evropských zemích a aby vypracovali návrh rámce pro zavedení klíčového souboru behaviorálních ukazatelů souvisejících s výskytem HIV a pohlavně přenosných infekcí v Evropě. Tato zpráva mapuje systémy behaviorálního dohledu v souvislosti s HIV a pohlavně přenosnými infekcemi v členských státech EU a v zemích Evropského sdružení volného obchodu (ESVO). Dohled je zkoumán v těchto skupinách obyvatelstva: celkové obyvatelstvo, mládež, konzumenti injekčních drog, muži, kteří mají pohlavní styk s jinými muži, lidé žijící s HIV/AIDS, sexuální pracovnice, klienti klinik pro léčbu pohlavně přenosných infekcí, migranti a etnické menšiny.

Metody

Všem zemím EU a ESVO byl zaslán soubor dotazníků, který obsahoval devět samostatných dotazníků: jeden o vnitrostátním systému behaviorálního dohledu a systému dohledu druhé generace jako celku a jeden pro každou specifickou skupinu obyvatelstva zvlášť. V dotazníku týkajícím se systému dohledu jako celku byly požadovány informace o existenci a definici:

- vnitrostátního nebo regionálního systému behaviorálního dohledu,
- fungování systému druhé generace na celostátní nebo regionální úrovni, a
- potenciálních nebo zažívaných překážek při zavádění udržitelných systémů dohledu druhé generace.

V dotaznících týkajících se konkrétních skupin obyvatelstva byla nejprve položena otázka, zda pro tuto skupinu obyvatelstva funguje systém dohledu, a poté byly požadovány informace o existenci behaviorálního průzkumu (nebo jiných typů sběru údajů), který byl uskutečněn v různých příslušných skupinách obyvatelstva od roku 1985, ohledně:

- metodiky použité v každém průzkumu nebo systému sběru údajů,
- hlavních ukazatelů, jež jsou v současnosti sledovány, a
- souvisejících publikací.

Dotazník byl odeslán elektronickou poštou na kontaktní místa pro dohled nad HIV v jednotlivých zemích; pracovníci těchto míst byli schopni zařídít, aby každý specifický dotazník pro každou skupinu obyvatelstva vyplnili příslušní odborníci v dané zemi. Odpovědné osoby poté dotazníky vybraly a zaslaly je zpět, aby tým odborníků mohl provést analýzu. Návrh zprávy byl projednán na setkání odborníků na behaviorální dohled v Montreux (Švýcarsko) v únoru 2009 a byl též odeslán ke schválení kontaktním místům pro dohled nad HIV v jednotlivých zemích, která původně shromáždila dotazníky za svou zemi.

Výsledky

Soubor dotazníků vyplnilo a vrátilo 28 z 31 zkoumaných zemí (neodpověděly: Bulharsko, Rumunsko a Portugalsko). Mapování činností behaviorálního dohledu v zemích EU/ESVO ukazuje značné rozdíly ve stavu vývoje behaviorálního dohledu mezi jednotlivými zeměmi: 15 zemí oznámilo, že systém behaviorálního dohledu nad HIV / pohlavně přenosnými infekcemi zavedlo (Belgie, Dánsko, Estonsko, Finsko, Francie, Kypr, Litva, Lotyšsko, Německo, Polsko, Slovinsko, Spojené království, Španělsko, Švédsko a Švýcarsko), a jedna další země (Nizozemsko) oznámila zavedení dohledu u některých konkrétních skupin obyvatelstva, nikoli však zavedení formálního vnitrostátního celkového systému behaviorálního dohledu.

Míra formalizace behaviorálního dohledu v „systému“ je v jednotlivých zemích velmi různorodá. Z 16 zemí, které behaviorální dohled oznámily, jich pouze osm přiznalo existenci dokumentu, který tento systém popisuje nebo formalizuje jeho existenci. V mnoha zemích, které systém behaviorálního dohledu oznámily, je tento systém sestaven progresivně, s přidáváním nových skupin obyvatelstva, které jsou čas od času sledovány, někdy bez jasného cíle dohledu. Navíc v mnoha zemích, a to dokonce i těch, které mají formalizovaný behaviorální dohled, se načasování tohoto typu dohledu u různých skupin obyvatelstva často nevyznačuje pravidelností nebo rutinou. Rozdíly vykazuje i organizace behaviorálního dohledu: v zemích s formalizovaným behaviorálním dohledem zajišťuje organizaci a koordinaci ministerstvo zdravotnictví, vnitrostátní zdravotní agentura nebo univerzita. V zemích s méně formalizovanými systémy probíhá neformální koordinace prostřednictvím sítě institucí: vládních agentur, univerzit, nevládních organizací apod. Pokud jde o vhodnost systému (tj. typ skupiny obyvatelstva zahrnuté do dohledu), nebyla v mnoha případech provedena identifikace a dohled u rizikových skupin nebo jsou neúplné. Nejvíce zkoumanými skupinami je celkové obyvatelstvo a mládež, muži, kteří mají pohlavní styk s jinými muži, a konzumenti injekčních drog. Behaviorální dohled nad sexuálními pracovníci a jejich zákazníky, migranti a etnickými menšinami, lidmi žijícími s HIV/AIDS a klienty klinik pro léčbu pohlavně přenosných infekcí se provádí pouze v několika zemích.

Pokud jde o systémy dohledu druhé generace, oznámilo z šestnácti zemí, které oznámily behaviorální dohled, třináct také existenci dohledu druhé generace, dvě další oznámily tento dohled pouze u jedné skupiny obyvatelstva. Formální organizace tohoto systému s řídicím nebo koordinačním orgánem existuje v šesti zemích.

V případě jednotlivých sledovaných skupin obyvatelstva je zemí, které poskytly informace o svých prioritních ukazatelích, méně než těch, které uvedly sběr informací o odpovídajících tématech. To je pravděpodobně způsobeno skutečností, že pouze země působící v rámci modelu dohledu si konkrétně zvolily ukazatele, které budou shromažďovány pravidelně, a jsou v situaci, kdy je mohou jasně definovat. Z hlediska všeobecně monitorovaných témat je míra shody na prioritních tématech napříč skupinami obyvatelstva vcelku vysoká; to může být vodítkem při výběru ukazatelů společných sledovaným zemím a skupinám obyvatelstva. Jelikož stále existují velké rozdíly, měl by proces harmonizace ukazatelů specifických pro každou skupinu obyvatelstva pokračovat na evropské úrovni. Ve skupinách obyvatelstva, kde behaviorální dohled probíhá nebo mohl by probíhat pomocí odběru vzorků založeného na službě nebo kohortě, by měly být vedeny předběžné diskuse se zúčastněnými osobami týkající se zavedení behaviorálního dohledu v daném prostředí.

Tam, kde shoda na evropské úrovni již existuje, by měly být navrženy již dohodnuté ukazatele a vybrané ukazatele by měly být „převoditelné“ na mezinárodně dohodnuté ukazatele. Na základě celkové analýzy jsou navrhovány základní ukazatele společně všem skupinám obyvatelstva. Ty se týkají počtu sexuálních partnerů, použití kondomu při posledním pohlavním styku, podrobení se testu na přítomnost viru HIV, placeného sexu a znalosti o viru HIV. Základní ukazatele by se měly též systematicky zaměřovat na úroveň vzdělání, státní příslušnost / etnický původ a sexuální orientaci.

7. Bakteriální výzva: čas konat (společná technická zpráva ECDC a EMEA)

(Zveřejněno v září 2009)

Hlavní zjištění

Existuje nepoměr mezi zatížením infekcemi z důvodu multirezistentních bakterií a vývojem nových antibiotik pro vyřešení tohoto problému.

- Rezistence na antibiotika je mezi grampozitivními a gramnegativními bakteriemi, které u lidí způsobují vážné infekce, vysoká a v některých členských státech EU dosahuje 25 % či více.
- V EU roste rezistence mezi některými gramnegativními bakteriemi, jak bylo v poslední době pozorováno u bakterií *Escherichia coli*.
- Každý rok zemře v EU na infekci vybranými multirezistentními bakteriemi zhruba 25 000 pacientů.
- Infekce vyvolané těmito multirezistentními bakteriemi v EU způsobují každý rok další náklady na zdravotní péči a ztrátu produktivity v minimální výši 1,5 miliardy EUR.
- Patnáct systematicky podávaných antibakteriálních látek s novým mechanismem účinku nebo zaměřených proti novému bakteriálnímu cíli bylo označeno jako látky ve vývoji s potenciálem vyřešit problém v podobě multirezistence. Většina z nich byla v počátečních fázích vývoje a byly v první řadě vyvíjeny proti bakteriím, proti nimž možnosti léčby již existují.
- Chybí zejména nové látky s novými cíli nebo mechanismy účinku proti multirezistentním gramnegativním bakteriím. Byly identifikovány dvě takové látky s novými či případně novými cíli a zdokumentovanou aktivitou, obě v počátečních fázích vývoje.
- Naléhavě je zapotřebí evropské a celosvětové strategie pro odstranění tohoto nepoměru.

V roce 2007 zahájilo Evropské středisko pro prevenci a kontrolu nemocí (ECDC), Evropská agentura pro léčivé přípravky (EMA) a mezinárodní síť Akce proti rezistenci na antibiotika (ReAct) diskusi o potřebě zdokumentovat nepoměr mezi četností multirezistentních bakteriálních infekcí v EU a vývojem nových antibiotik. V důsledku toho vznikla v roce 2008 společná pracovní skupina ECDC a EMA s cílem zohlednit skutečnosti a údaje, které by umožnily rozumné předpovědi rozsahu tohoto nepoměru v nadcházejících letech.

Byly vybrány následující multirezistentní bakterie, protože právě ty jsou často odpovědné za infekce přenášené krví a protože související rys rezistence na antibiotika je ve většině případů známkou multirezistence na antibiotika.

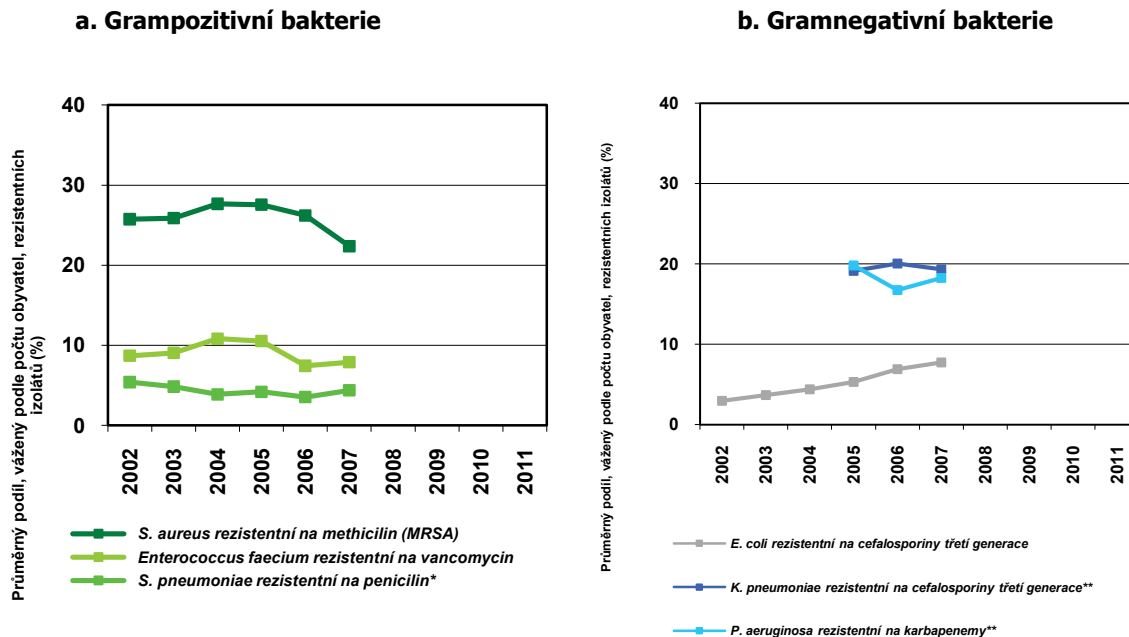
- *Staphylococcus aureus*, rezistentní na methicilin (MRSA),
- *S. aureus*, intermediárně rezistentní na vancomycin a rezistentní na vancomycin (VISA/VRSA),
- *Enterococcus* spp. (např. *Enterococcus faecium*), rezistentní na vancomycin (VRE),
- *Streptococcus pneumoniae*, rezistentní na penicilin (PRSP),
- enterobakterie (např. *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*), rezistentní na cefalosporiny třetí generace,
- enterobakterie (např. *K. pneumoniae*), rezistentní na karbapenem, a
- nefermentativní gramnegativní bakterie (např. *Pseudomonas aeruginosa*), rezistentní na karbapenem.

Trendy a zatížení infekcemi z důvodu multirezistentních bakterií v EU

Údaje o těchto vybraných bakteriích rezistentních na antibiotika u invazivních infekcí (zejména u infekcí přenášených krví) pocházejí z Evropského systému dohledu nad antimikrobiální rezistencí (EARSS) pro členské státy EU, Island a Norsko za každý rok z období 2002–2007.

Trendy v podílu izolátů rezistentních na antibiotika mezi krevními izoláty vybraných bakterií, které jsou v Evropě často odpovědné za infekce přenášené krví, jsou znázorněny v grafu 7.1.

Graf 7.1 Průměrný podíl, vážený podle počtu obyvatel, rezistentních izolátů mezi krevními izoláty bakterií, které jsou často odpovědné za infekce přenášené krví; členské státy EU, Island a Norsko, 2002–2007.



* *S. pneumoniae*: kromě Řecka, které do systému EARSS nedodalo údaje o této bakterii.

** *K. pneumoniae* a *P. aeruginosa*: kromě Belgie a Slovenska, které do systému EARSS nedodaly údaje o těchto bakteriích.

V roce 2007 představoval průměrný podíl krevních izolátů bakterie *Staphylococcus aureus*, které vykazovaly rezistenci na methicilin (% MRSA), nejvyšší podíl izolátů rezistentních na antibiotika mezi vybranými bakteriemi, které jsou v Evropské unii často odpovědné za infekce přenášené krví. Tento podíl však v posledních letech poklesl (graf 7.1). Je to způsobeno klesajícími trendy MRSA v několika členských státech pravděpodobně z důvodu akčních plánů na vnitrostátní úrovni, jak dokládají údaje za Francii, Slovinsko a Spojené království. Průměrný podíl MRSA dosáhl úrovně blízké se úrovni vybraných gramnegativních bakterií rezistentních na antibiotika.

Podíl krevních izolátů *S. aureus*, které vykazovaly intermediární rezistenci na vancomycin (VISA), byl v členských státech EU, na Islandu a v Norsku velmi nízký (nižší než 0,1 %). V roce 2007 nebyly systému EARSS hlášeny žádné izoláty bakterie *S. aureus* rezistentní na vancomycin (údaje nejsou zahrnuty do grafu 7.1).

Naopak, průměrný podíl krevních izolátů bakterie *Escherichia coli*, nejběžnější gramnegativní bakterie odpovědné za infekce u lidí, které vykazují rezistenci na cefalosporiny třetí generace, neustále roste.

Současně nejsou žádné známky klesající rezistence na cefalosporiny třetí generace u bakterií *Klebsiella pneumoniae* nebo na karbapenemy u bakterií *Pseudomonas aeruginosa* (graf 7.1).

V roce 2007 byl v členských státech, na Islandu a v Norsku, které vykazovaly rezistenci na karbapenemy, podíl krevních izolátů bakterie *K. pneumoniae* obecně velmi nízký (medián = 0 %) s výjimkou Řecka, kde dosáhl 42 % (údaje nejsou zahrnuty do grafu 7.1).

Zatížení bakteriemi rezistentními na antibiotika pro lidi a ekonomiku odhadnout pouze u následujících pěti rezistentních bakterií: MRSA, *Enterococcus faecium* rezistentní na vancomycin, *E. coli* a *K. pneumoniae* rezistentní na cefalosporiny třetí generace a *P. aeruginosa* rezistentní na karbapenem.

Studie potvrdila, že MRSA je nejběžnější, jedinou, multirezistentní bakterií v Evropské unii. Souhrn případů běžných grampozitivních bakterií rezistentních na antibiotika (většinou MRSA a *Enterococcus faecium* rezistentní na vancomycin) však byl srovnatelný se souhrnem běžných gramnegativních bakterií rezistentních na antibiotika (*E. coli* a *K. pneumoniae* rezistentní na cefalosporiny třetí generace a *P. aeruginosa* rezistentní na karbapenem).

Celkově se odhadovalo, že v roce 2007 zemřelo v Evropské unii, na Islandu a v Norsku na infekci vyvolanou některou z vybraných pěti bakterií rezistentních na antibiotika přibližně 25 000 pacientů. Kromě toho výsledkem infekcí vyvolaných některou z vybraných bakterií rezistentních na antibiotika bylo přibližně 2,5 milionů dnů hospitalizace navíc a další náklady na hospitalizaci převyšující 900 milionů EUR.

Následně byla odhadnuta ztráta produktivity v důsledku těchto infekcí. Na základě údajů z roku 2007 byly náklady na ambulantní péči odhadnuty na částku zhruba 10 milionů EUR a ztráty produktivity v důsledku pracovní neschopnosti nakažených pacientů byly odhadnuty na více než 150 milionů EUR ročně. Ztráta produktivity v důsledku úmrtí pacientů na infekci byla odhadnuta na částku zhruba 450 milionů EUR ročně. Celkově byly náklady společnosti na infekce v důsledku vybraných bakterií rezistentních na antibiotika odhadnuty asi na 1,5 miliardy EUR ročně.

Existuje mnoho příčin (např. omezená škála zahrnutých bakterií, nezohlednění infekcí léčených ambulantně, průměrné náklady na nemocniční péči, které neberou v úvahu speciální péči o pacienty, jako je intenzivní péče), které podporují závěr, že tyto údaje odpovídají podcenění zátěže, kterou pro lidi a hospodářství představují infekce v důsledku bakterií rezistentních na antibiotika.

Výzkum a vývoj antibakteriálních látek

S cílem posoudit stav vývoje antibakteriálních léků byly ohledně antibakteriálních látek ve světě klinického vývoje konzultovány dvě komerční databáze (Adis Insight R&D a Pharmaprojects). Bylo rozhodnuto, že nebude provedeno hloubkové šetření látek, u kterých z důvodu vysoké úmrtnosti během preklinických zkoušek a omezenosti údajů dostupných pro účely hodnocení, ještě neproběhly klinické zkoušky.

Kdykoli to bylo možné, byly antibakteriální látky identifikované při vyhledávání posuzovány podle své antibakteriální aktivity proti vybraným bakteriím na základě aktuálních údajů, které jsou k dispozici v databázích nebo v literatuře. Při absenci aktuálních údajů o aktivitě in vitro vzaly osoby provádějící hodnocení v úvahu i přiměřené předpoklady aktivity některých látek na základě vlastností podobných látek (tj. stejné třídy nebo se společným mechanismem účinku), aby poté mohl být sestaven nejlepší scénář.

Navíc u každé látky byly osoby provádějící přezkum požádány, aby uvedly, zda se jedná o novou třídu nebo zda látka patří ke stávající třídě antibiotik, a aby uvedly, zda:

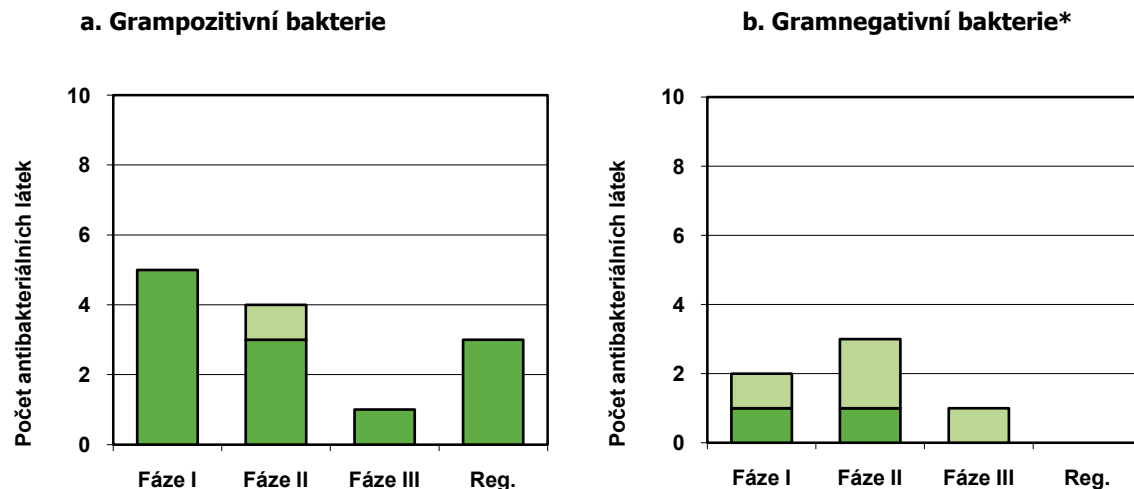
- působila na stejný cíl a stejným způsobem jako nejméně jedna předtím schválená antibakteriální látka,
- působila prostřednictvím známého mechanismu účinku na nový cíl, nebo
- působila prostřednictvím nového mechanismu účinku.

Hlavní výsledky této analýzy byly následující:

- Ze 167 látek identifikovaných při vyhledávání bylo v nejlepším scénáři 90 antibakteriálních látek s aktivitou in vitro (na základě skutečných údajů nebo údajů předpokládaných na základě vlastností třídy mechanismu účinku) proti nejméně jednomu organismu v panelu bakterií vybraných pro jejich význam pro veřejné zdraví.
- Z těchto 90 látek bylo 24 nových prezentací schválených antibakteriálních látek a 66 bylo nových aktivních látek.
- Z 66 nových aktivních látek bylo pouhých 27 posuzováno jako látky s novým cílem nebo novým mechanismem účinku, a tedy jako látky, které jsou přínosnější než stávající antibiotika.
- Z těchto 27 látek jich bylo 15, které by mohly být podávány systémově.
- Z patnácti látek se systémovým podáváním jich bylo osm posouzeno jako látky působící proti nejméně jedné z vybraných gramnegativních bakterií.
- Z osmi látek působících proti gramnegativním bakteriím působily čtyři na základě aktuálních údajů a u čtyř se působení předpokládalo na základě známých vlastností třídy nebo mechanismů účinku.
- Ze čtyř látek působících proti gramnegativním bakteriím na základě aktuálních údajů působily dvě na nové nebo případně nové cíle a žádná prostřednictvím nových mechanismů účinku.

Informace o těchto patnácti antibakteriálních látkách jsou uvedeny v grafu 7.2. Je třeba poznamenat, že pouze pět z těchto látek postoupilo do fáze klinických zkoušek za účelem potvrzení klinické účinnosti (fáze 3 nebo pozdější fáze klinického vývoje).

Graf 7.2 Nové systémové antibakteriální látky s novým cílem nebo novým mechanismem účinku a aktivitou in vitro na základě aktuálních údajů (tmavé sloupce) nebo s předpokládanou aktivitou in vitro na základě vlastností třídy nebo mechanismů účinku (světlé sloupce) proti vybraným bakteriím (nejlepší scénář), podle fáze vývoje (n=15).



Poznámka: Aktivita in vitro na základě aktuálních údajů je vyobrazena ve spodní části každého sloupce tmavší barvou. Předpokládaná aktivita in vitro na základě mechanismů účinku (tam, kde to je použitelné) je vyobrazena světlejší barvou v horní části každého sloupce.

** Z grafu 7.2b byly vypuštěny dva karbapenemy, jelikož jejich účinek není větší než účinek starších karbapenemů proti gramnegativním bakteriím. Relativní novinka těchto látek se opírá o lepší profil aktivity proti grampozitivním bakteriím rezistentním na antibiotika, a proto jsou zahrnuty do grafu 7.2a.*

Zatížení bakteriální rezistencí v EU je již výrazné a bude pravděpodobně narůstat. Na základě současných údajů se očekává, že mimořádné problémy nastanou v příštích letech z důvodu rezistence mezi gramnegativními bakteriemi.

Současně je ve vývoji velmi málo antibakteriálních látek s novými mechanismy účinku na to, aby bylo možné zareagovat na výzvu, kterou představuje multirezistence. Je obzvláště nedostatek nových látek, které by léčily infekce vyvolané multirezistentními gramnegativními bakteriemi.

Tato zpráva odhalila nepoměr mezi zatížením infekcemi z důvodu multirezistentních bakterií a vývojem nových antibakteriálních látek pro vyřešení tohoto problému. Naléhavě je zapotřebí evropské a celosvětové strategie pro odstranění tohoto nepoměru. Je nutné přijmout opatření pro urychlení vývoje léků.

8. Účinnost behaviorálních a psychosociálních intervencí v Evropě v rámci prevence HIV / pohlavně přenosných infekcí u mužů, kteří mají pohlavní styk s jinými muži

(Zveřejněno v listopadu 2009, změněno v prosinci 2009)

Pozadí

Vzhledem k tomu, že nemáme účinnou a dostupnou vakcínu a současné antiretrovirální terapie nemají léčebné účinky, zůstává základem úsilí o snížení sexuálního přenosu HIV / pohlavně přenosných infekcí mezi muži, kteří mají pohlavní styk s jinými muži, behaviorální a psychosociální prevence s cílem omezit sexuální rizikové chování. Jelikož subjekty plánující programy a političtí činitelé potřebují popisy specifických intervencí a kvantitativní odhady účinků intervencí pro to, aby mohli na základě informací rozhodnout o výzkumu a financování prevence, je v Evropě zapotřebí systematického přezkumu, který bude aktualizovat současnou vědomostní základnu o preventivních intervencích u HIV / pohlavně přenosných infekcí, zaměřených na muže, kteří mají pohlavní styk s jinými muži.

Cíle

Cílem bylo shrnout a zhodnotit účinnost intervencí v oblasti prevence HIV / pohlavně přenosných infekcí u mužů, kteří mají pohlavní styk s jinými muži a žijí v Evropě, a identifikovat charakteristiky intervencí spojené s účinností, stejně jako případné mezery v důkazním základu.

Metody

Byla provedena systematická rešerše příslušné literatury v osmi mezinárodních databázích a v referenčních seznamech příslušných zhodnocení a zahrnutých studií. Studie byly vybrány podle předem upřesněných kritérií a posouzeny z hlediska rizika možné neobjektivnosti. Výsledky byly shrnuty do tabulek a byly vypočítány odhady účinku na výsledky sexuálního chování.

Výsledky

Výsledky byly vyvozeny z údajů šesti kontrolovaných studií, které na vstupu zahrnovaly celkem 4 111 účastníků ze čtyř různých evropských zemí. Výsledky ukázaly, že ve všech studiích panuje „vysoké“ nebo „nejasně“ riziko neobjektivnosti u jedné nebo více posuzovaných domén. Sloučený odhad účinku čtyř intervencí, pro který byly k dispozici údaje, naznačil, že u mužů, kteří mají pohlavní styk s jinými muži a kteří se zúčastnili iniciativ v rámci prevence HIV / pohlavně přenosných infekcí, je poněkud menší pravděpodobnost, že oznámí nechráněný anální pohlavní styk. Důkazní základ nestačil k prozkoumání charakteristik intervencí, které jsou nejtěsněji svázané se závažností účinku. Velmi málo účastníků studií mělo předky barevné pleti a pouze jedna studie použila jako index změny biologické měření pohlavně přenosných infekcí.

Diskuse

Navzdory pokročilosti epidemie HIV jsou pečlivá výsledná hodnocení jakékoli formy behaviorálních intervencí proti HIV / pohlavně přenosným infekcím v Evropě u mužů, kteří mají pohlavní styk s jinými muži, vzácná. Výsledky ukazují na možné krátkodobé účinky intervencí z hlediska snížení podílu mužů, kteří mají pohlavní styk s jinými muži a kteří vykonávají nechráněný anální pohlavní styk, ale malý počet kontrolovaných studií naznačuje potřebu výzkumu v této oblasti. Před spuštěním nového programu by měla vědecká obec uvážit potenciál pro převoditelnost intervencí a v ideálním případě provést rozsáhlý formativní výzkum.

Závěr

Existuje obecný deficit ve výsledných hodnoceních intervencí zaměřených na omezení rizikového chování v souvislosti s HIV / pohlavně přenosnými infekcemi v Evropě mezi muži, kteří mají pohlavní styk s jinými muži. Důležitou součástí komplexní strategie boje proti HIV / pohlavně přenosným infekcím napříč spojeným prostředím prevence a péče je navržení behaviorálních strategií prevence HIV / pohlavně přenosných infekcí s cílem zabránit výskytu nových infekcí a hodnocení takových preventivních opatření pro muže, kteří mají pohlavní styk s jinými muži.

Zprávy s pokyny

9. Kontrola chlamydií v Evropě

(Zveřejněno v červnu 2009)

Proč chlamydie představují problém v oblasti veřejného zdraví

Chlamydia trachomatis je jednou z nejběžnějších bakteriálních pohlavně přenosných infekcí v Evropě. Míra jejího výskytu u pohlavně aktivních mladých lidí se obvykle pohybuje mezi 5 a 10 %. Počet diagnostikovaných případů v mnoha evropských zemích roste zčásti v důsledku zvýšeného testování a používání citlivějších testů. Lidé s genitální chlamydiovou infekcí mohou mít příznaky zánětu genitálního traktu včetně uretritidy a cervicitidy, ale většina zůstává bez příznaků. Chlamydie jsou významným problémem v oblasti veřejného zdraví, protože neléčené chlamydie mohou vést k zánětlivému onemocnění pánve, neplodnosti a nedostatečným reprodukčním výsledkům u některých žen. Chlamydie také usnadňují přenos HIV. Náklady na léčbu neplodnosti z důvodu chlamydií jsou vysoké, jelikož vyžadují chirurgický zákrok na vejcovodech a oplodnění in vitro. Ačkoli je dostupná finančně nenáročná a účinná léčba, kontrola chlamydií je náročná, jelikož většina lidí je bez příznaků.

Kontrolní činnosti v oblasti chlamydií v Evropě

Systematický průzkum kontrolní činnosti v oblasti chlamydií ve 29 evropských zemích odhalil značné rozdíly v organizaci kontroly chlamydií. Téměř polovina zemí neohlásila žádnou organizovanou činnost a národní kontrolní programy byly zjištěny pouze ve dvou zemích.

Provádění kontroly chlamydií

Prvním krokem ke komplexnímu a účinnému kontrolnímu programu je přijetí strategie kontroly chlamydií na základě rozsáhlé konzultace s klíčovými zúčastněnými osobami. Strategie by měla brát v úvahu specifické národní příležitosti a omezení společně s přezkumem důkazů zahrnutých intervencí a opatření. Strategie může vycházet z postupného přístupu nastíněného v těchto pokynech.

Postupný přístup je doporučen proto, aby bylo zajištěno, že před zvážením složitých intervencí, jako je screening, bude zavedena přesná prevence pohlavně přenosných infekcí a management pacientů.

Jsou nastíněny čtyři úrovně programů kontroly chlamydií:

- úroveň A, primární prevence: sem patří podpora zdraví a zdravotní vzdělávání, školní programy a distribuce kondomů,
- úroveň B, řízení případů: vychází z úrovně A a navíc přidává rutinní dohled nad případy, přesné služby v oblasti diagnostiky chlamydiové infekce, klinické služby a služby v oblasti správy pro pacienty a jejich partnery. Každá z těchto činností vyžaduje jasné pokyny opírající se o důkazy a pravidelný audit,
- úroveň C, příležitostné testování: vychází z úrovně B a navíc přidává testování, které je běžně nabízeno jedné nebo několika specifikovaným skupinám lidí, které využívají jiné klinické služby, s cílem nalézt případy, např. identifikovat asymptomatické případy,
- úroveň D, screeningový program: vychází z úrovně C a navíc přidává organizované zajištění pravidelného testování na přítomnost chlamydií za účelem zahrnutí výrazné části definovaného obyvatelstva, s cílem snížit prevalenci chlamydií mezi obyvatelstvem.

Důkazy pro vliv programů úrovně C a D jsou omezené, a tudíž v případě provádění musí být pečlivě vyhodnoceny, aby se jimi mohly řídit budoucí politiky. Zejména je nutné monitorovat a hodnotit vliv takových programů na kontrolu chlamydií mezi obyvatelstvem. Zavedení screeningového programu pro chlamydie by mělo být zváženo se stejnou pečlivostí jako u jakéhokoli jiného screeningového programu, s posouzením všech případných výhod, nevýhod a nákladů.

Účinné využívání zdrojů a provádění národních strategií kontroly chlamydií vyžaduje vedení a závazek ze strany tvůrců zdravotní politiky. Nejvhodnější vnitrostátní strategie se budou v jednotlivých zemích pravděpodobně lišit a národní strategie by měly být rozvíjeny po konzultaci s odbornými lékařskými organizacemi, financovateli a poskytovateli zdravotní péče a diagnostických služeb.

Hodnocení programů kontroly chlamydií

Kontrolní programy usilují o snížení prevalence chlamydií, monitorování prevalence je však v této souvislosti obtížné, jelikož jsou k tomu zapotřebí pravidelné průzkumy mezi obyvateli. Existuje však mnoho jiných ukazatelů účinnosti, které by měly být začleněny do každého programu od samého počátku.

Na vnitrostátní úrovni by měly programy monitorovat ukazatele, které se týkají politik a pokynů programu, provádění a procesů a výsledku programu. Ty musí vycházet ze specifických cílů odpovídajících úrovni provádění.

Pokud země přejdou z jedné úrovně kontroly na další, budou muset rozhodovat na základě pečlivého vyhodnocení důkazů účinnosti, nákladové efektivity a škod. Tomu pomůže, pokud země zajistí, aby byly všechny aktivity plně zhodnoceny a aby výsledky byly sdíleny s ostatními v Evropě. Takovéto investice do programů posílí důkazní základ pro kontrolu chlamydií, usnadní budoucí rozhodování a zlepší zdraví obyvatel.

Na evropské úrovni by mělo být cílem snížit podíl zemí, které nevykazují žádnou organizovanou činnost.

Účel tohoto dokumentu

Tento dokument poskytuje pokyny pro tvůrce politiky z oblasti zdravotnictví v Evropské unii ohledně národních strategií pro kontrolu chlamydií. Nenabízí specifické klinické nebo diagnostické pokyny, ale spíše rámec pro vývoj, provádění nebo zlepšení národních strategií pro účely prevence a kontroly chlamydií. Jako základ pro takto podrobné pokyny by měly být konzultovány nedávná systematická hodnocení.

Opatření zdravotní politiky, jakými jsou klinické pokyny, by měly vycházet z nejlepších dostupných důkazů. Všeobecně je však méně důkazů, o které by se tato politická rozhodnutí mohla opírat. V tomto dokumentu s pokyny se snažíme usnadnit vývoj místních, důkazy podložených pokynů v kontextu spolehlivých národních strategií v oblasti chlamydií. Takové strategie musí zohledňovat nejen klinické a epidemiologické faktory (jako je prevalence chlamydií mezi obyvatelstvem), ale též místní systémy poskytování zdravotní péče, infrastruktury a využívání zdrojů.

Pokyny vypracovala skupina technických odborníků pomocí důkazů nashromážděných ve zprávě ECDC nazvané Přezkum kontrolních činností v oblasti chlamydií v zemích EU, průzkumu kontrolních činností v oblasti chlamydií, který byl vzat v úvahu společně s nedávnými systematickými přezkumy screeningu a kontroly chlamydií.

Tyto pokyny se týkají běžně pohlavně přenášené formy infekce *Chlamydia trachomatis* (sérovary D až K) a nezahrnují infekce *Lymphogranuloma venereum* ani trachom.

10. Užívání antivirotik proti chřipce v rámci veřejného zdravotnictví během chřipkové pandemie

(Zveřejněno v červnu 2009, aktualizováno v srpnu 2009)

Tento podkladový dokument má sloužit jako zdroj pro ty osoby v Evropské unii a v regionu EHP/ESVO, které se věnují tvorbě politik a postupů týkajících se užívání antivirotik proti chřipce, zejména v souvislosti s chřipkovou pandemií. Dokument vychází z vědeckých důkazů, pokynů WHO, odborných stanovisek (včetně stanovisek poradenského fóra ECDC) a doporučení obsažených v evropských národních pandemických plánech připravenosti. Zaměřuje se na možnosti užívání antivirotik v souvislosti s chřipkovou pandemií.

Dostupné důkazy o účinnosti antivirotik pro léčbu či profylaxi a jejich následné užívání veřejností během pandemie jsou odvozeny ze studií provedených během období sezónní chřipky mezi zdravými dospělými osobami a v menší míře v jedné z rizikovějších skupin (starší lidé) a mezi některými staršími dětmi.

Podle těchto důkazů určitá antivirotika, zejména neuraminidázové inhibitory (oseltamivir a zanamivir), nabízejí určité léčebné výhody v tom, že zkracují trvání chřipky obvykle o jeden až dva dny a snižují komplikace a potřebu antibiotik u nakažených jedinců. Tento účinek je limitován nutností podat léky brzy (do 48 hodin od prvních příznaků). Studie vycházející z pozorování nabídl i určité nepřilíš přesvědčivé důkazy o tom, že léky mohou snížit nemocnost, a dokonce i úmrtnost u pacientů s těžším průběhem nemoci, i když jsou podány až po 48 hodinách. Při orálním podávání (oseltamivir) jsou často hlášeny menší vedlejší účinky, zejména nevolnost a někdy dokonce i zvracení, proto výrobce doporučuje užívat lék při jídle.

Zkoušky u zdravých dospělých naznačují, že infekci lze se 70 až 90procentní účinností předejít profylaktickou léčbou, pokud je lék užíván v souladu s lékařskými pokyny. Důkazy o výhodách v oblasti veřejného zdraví pro rizikovější skupiny a prostředí jsou méně přesvědčivé, ale přesto se zdá, že došlo k poklesu infekce například v době propuknutí sezónní chřipky v uzavřených prostředích, jako jsou pečovatelské domy. To naznačuje, že takové léky mohou mít dopad na míru virového přenosu a mohou pomáhat při prevenci infekce.

Velmi příležitostně mohou chřipkové viry, které jsou primárně rezistentní na jedno či více antivirotik, vzniknout přirozeně v důsledku genetické mutace a přirozených změn v rámci skupiny virů. K tomu došlo v průběhu sezóny 2007–2008 v Evropě, kdy se objevil chřipkový virus, který byl rezistentní na oseltamivir. Tato situace nesouvisela s užíváním antivirotik a tato možnost by neměla ovlivnit nastavené politiky užívání antivirotik během pandemie. Možnost vzniku rezistentního nového viru, který bude rezistentní na léčbu antivirotiky, však vyvolává skutečné obavy a může si vyžádat rychlé změny antivirových politik, zejména pro profylaxi, pokud by se takový virus objevil v průběhu pandemie. Tento stav se nesmí zaměřovat se sekundární rezistencí na antivirotika, která se objevuje mnohem častěji při užívání antivirotik. Výsledkem je obvykle virus, který není schopen přenášet se z jedné osoby na druhou, a nepředstavuje tudíž problém pro veřejné zdraví.

Existuje celá řada různých strategií užívání antivirotik, které závisejí na obecných cílech v oblasti veřejného zdraví, jichž chtějí úřady dosáhnout, na dostupnosti antivirotik a na dalších praktických aspektech. K těmto cílům může patřit léčba osob s těžším průběhem nemoci, léčba či ochrana ohroženějších osob, léčba všech případů, snížení míry přenosu nebo ochrana zdravotnických a dalších důležitých pracovníků. Středisko ECDC navrhlo hierarchii priorit.

Během pandemie vyvstávají z důvodu vysokého počtu a potenciální závažnosti infekce podstatné praktické výzvy spojené s potenciální potřebou antivirotik jak pro léčbu nakažených lidí, tak i k prevenci infekce (profylaxi). Mnoho zemí si vytvořilo zásoby antivirotik speciálně pro použití během pandemie. V současnosti se zdá, že se objem zásob antivirotik v evropských zemích pohybuje od zásob pro několik procent obyvatelstva až po zásoby pro více než 50 % obyvatelstva. Avšak i v případě, že země zásoby má, je téměř nevyhnutelné, že poptávka po antiviroticích převyší v době pandemie nabídku. Z tohoto důvodu je důležité, aby za účelem optimalizace účelnosti stávajících zásob proběhlo strategické a logistické plánování. Důležitá obecná zásada spočívá v tom, že existence zásob má bez příslušných dohodnutých cílů, protokolů, správy a dodacích systémů omezené použití.

Pro maximalizaci přínosu zásob antivirotik bude tak zásadní stanovení jasného cíle v rámci pandemických plánů. Při tomto plánování by se měl vzít v úvahu celkový objem a dostupnost antivirotik, základní epidemiologie (předvídané míry zasažení atd.), rozsah a trvání vzplanutí nákazy a velikost skupin obyvatelstva. Tvorba modelů může též přinést důležitý nástroj pro extrapolaci účinků různých antivirových strategií v pandemii, ale taková tvorba modelů není jednoduchá. Na základě dostupných důkazů ECDC navrhuje následující strategii stanovení priorit pro použití antivirotik:

1. **Osoby s vážnějším průběhem onemocnění.** První prioritou je léčba osob, které mají chřipku se závažnějším průběhem, i když se na ně nevztahuje 48hodinová lhůta po prvním projevu příznaků, kdy se

má za to, že antivirotika budou účinná. Pro tyto pacienty je však ještě důležitější, aby byly dostupné náležité zásoby vhodných antibiotik pro léčbu sekundárních infekcí a další základní léky.

2. **Osoby nejohroženější onemocněním se závažným průběhem.** Mezi nimi by mohla být dána přednost těm, kteří jsou nejvíce ohroženi onemocněním se závažným průběhem. V případě sezónní chřipky jsou těmi, jimž je doporučeno očkování proti sezónní chřipce, tyto osoby: starší lidé, osoby s již chronickým onemocněním a zdravotničtí pracovníci, kteří jsou v přímém kontaktu s pacienty. V průběhu pandemie však může být nutné zahrnout mezi ně i osoby, které jsou pandemickým kmenem nejohroženější. V době cirkulace pandemických a sezónních virů bude nutné zkombinovat sezónní a pandemické ohroženější skupiny. Některé země možná budou chtít zvážit profylaxi v domácnostech, kde žijí ohroženější osoby, i když by provedení této politiky bylo komplikované.
3. **Všechny osoby, u nichž se onemocnění začíná projevovat.** Po vážnějších případech by antivirotika měly přednostně dostávat osoby, u nichž se onemocnění začíná projevovat (do 48 hodin po prvních příznacích), protože právě v tuto dobu jsou tyto léky nejučinnější.
4. **Využití za účelem profylaxe.** Země, které mají větší zásoby antivirotik, mohou uvažovat o jejich využití pro účely profylaxe. Kandidátskými skupinami jsou: osoby, které se dostaly do úzkého kontaktu s nemocným, rodinní příslušníci a klíčoví pracovníci pro účely kontinuity provozu. Domácí zásoby nejsou doporučeny, jelikož dodávky jsou omezené, ačkoli nevyhnutelně lze očekávat, že někteří lidé budou po svých lékářích tyto léky žádat, jako tomu bylo při ptáčích chřipce.
5. Zvláštní případ představují **zdravotničtí pracovníci**, kteří přicházejí do přímého kontaktu s pacienty. Musí být přiměřeně chráněni osobními ochrannými prostředky. Onemocní-li, musí dostat antivirotika okamžitě, musí zůstat doma a nechodit do práce. Země s většími zásobami mohou zvážit profylaxi pro určité skupiny těchto pracovníků.

Ještě větší výzvy představují organizační aspekty dodávek antivirotik. Konkrétně důkazy o tom, že léčba antivirotiky může mít svůj omezený přínos pouze tehdy, pokud je podána do prvních 48 hodin po prvním projevu příznaků. To bude obzvláště kritické během pandemie. Proto, aby antivirotika byla při léčbě infekce účinná, měly by být využity i zdroje na tvorbu protokolů a systémů pro zajištění jejich rychlých dodávek a podání.

Práce, kterou odvedly ECDC a regionální kancelář WHO pro Evropu společně s členskými státy, naznačuje, že před propuknutím pandemie je zapotřebí pečlivě zvážit následující provozní otázky týkající se dodávek a správy vnitrostátních a dalších strategických zásob:

1. V počáteční fázi pandemie je nutné rozhodnout, zda závažnost infekce na úrovni jednotlivých pacientů je dostatečná pro to, aby antivirotika byla nabídnuta všem osobám s příznaky, nebo aby dokonce byla využita k pokusu o oddálení nebo omezení.
2. Potřeba zajistit, aby byla vždy k dispozici antivirotika pro nemocniční lékaře, kteří léčí nejvíce nemocné osoby.
3. Schopnost dodat antivirové látky lidem, kteří je nejvíce potřebují, včas, protože musí být podány do 48 hodin od okamžiku, kdy se začnou projevovat příznaky.
4. Identifikace klíčových skupin, které by měly antivirotika dostat přednostně, na základě předem dohodnutých kritérií (předdefinovaná situace).
5. Schopnost změnit priority, pokud se bude zdát, že nejohroženější osoby nejsou těmi, které byly předpokládány na základě zkušeností se sezónní chřipkou.
6. Potřeba zajistit, aby oblasti, které budou postiženy jako první, nevyčerpaly vnitrostátní zásoby, a schopnost přesunovat zdroje po celé zemi.
7. Zaujetí postoje k občanům, kteří se snaží vytvořit si vlastní zásoby, a ke společnostem, které chtějí chránit své zaměstnance.
8. Monitorování rezistence na antivirotika, zejména primární rezistence, a schopnost změnit vnitrostátní strategie léčby, pokud to bude vypadat, že zásoby budou vyčerpány nebo že se objeví rezistence na antivirotika (zejména pokud se léky budou užívat jako profylaxe).
9. Nezatěžování přetížených primárních pečovatelských služeb distribucí antivirotik lidem s nepatrným nebo mírným průběhem nemoci, když jsou již pod silným tlakem péče o osoby s těžším průběhem nemoci. Tak se též předejde tomu, že si velké počty nakažených osob budou chodit pro antivirotika (např. budou stát fronty nebo shromažďovat se v čekárnách), a že tak budou infekci šířit dále.
10. Potřeba zajistit, aby byly dostatečné zásoby dalších klíčových farmaceutických přípravků, zejména mimo jiné vhodných antibiotik.

11. Schopnost monitorovat dodržování pokynů, zejména mezi mírně nemocnými a osobami, které jsou příjemci profylaxe.
12. Předpoklad mírnějších běžných vedlejších účinků oseltamiviru, zejména určité míry nevolnosti, a vědomí toho, že se mohou objevit i méně časté, avšak vážnější vedlejší účinky.
13. Dostupnost školicích materiálů a přístupů ke snadnějšímu využití inhalátorů zanamiviru, zejména mezi těmi, kdo mohou jejich používání pokládat za obtížné.
14. Zvážení přístupů pro zvláštní skupiny, jako jsou těhotné ženy a malé děti.
15. Dostupnost důkladných, spolehlivých, otestovaných komunikačních strategií pro profesionály a veřejnost týkajících se všech výše uvedených činností v rámci obecnější komunikace během pandemie.

ECDC navíc naznačuje, že existují určité praktické systémy, které mohou fungovat na úrovni EU:

16. Členské státy podávají zprávy prostřednictvím systému EWRS o svých standardních politických postojích a poté i o významných změnách.
17. Existence systémů, které jsou schopny vybírat zprávy a zvěsti o nepříznivých událostech, a existence mechanismu spolupráce s agenturou EMEA a střediskem ECDC pro reakci na takové události, které se nevyhnutelně objeví.
18. Monitorování vzniku rezistence na antivirotika ve spolupráci ECDC se sítí Referenční laboratoře Společenství a WHO.
19. Předvídání nevyhnutelného vzniku přímého internetového prodeje antivirotik a dalších léčiv z neregulovaných zdrojů.

Práce odhaluje řadu priorit pro výzkum a vývoj, včetně potřeby určit, zda antivirotika mají přínos, pokud jsou podána mimo 48lhůtu, zejména při léčbě osob s vážnějším průběhem nemoci. Další prioritou jsou systémy fungující v členských státech, které mohou v reálném čase určovat, zda jsou antivirotika skutečně účinná proti jakémukoli pandemickému viru, a dále i systémy pro včasnou detekci skutečných problémů při léčbě a profylaxi, které mohou být známkou vzniku rezistence.

11. Využití specifických vakcín proti pandemické chřipce během pandemie H1N1 v roce 2009

(Zveřejněno v srpnu 2009)

V dubnu 2009 byl identifikován a charakterizován nový kmen lidské formy chřipky A(H1N1). Očekává se, že míra zasažení tímto pandemickým kmenem A(H1N1) bude z důvodu nižších úrovní již existující imunity obyvatelstva (kromě starších osob, u nichž se zdá, že mnoho z nich má určitou míru imunity) vyšší než u sezónních kmenů. Proto bude skutečný počet případů chřipky oznámených zdravotnickým službám v krátké době pravděpodobně vyšší než počet případů sezónní chřipky.

Očkování pandemickou vakcínou proti konkrétnímu kmeni je považováno za jedno z neúčinnějších protiopatření na ochranu jedinců v případě pandemie. Specifické pandemické vakcíny nebudou dostupné všechny najednou, dodávka od výrobců bude nutně váznout a budou i potíže při distribuci. Zajistit dodávku vakcín v rozumném časovém horizontu bude obtížné. Strategické využití vakcín, po pečlivém stanovení priorit mezi různými skupinami obyvatelstva, bude důležité pro maximalizaci přínosu dostupných dávek.

Obecné cíle očkování by měly být specifikovány ještě předtím, než bude rozhodnuto o tom, komu by měla být vakcína nabídnuta a jak by měly být upřednostněny cílové skupiny obyvatelstva. Ty budou logicky v každé zemi a/nebo regionu jiné. Budou se lišit obzvláště podle zdrojů, množství vakcíny, počtů injekčních stříkaček apod., které jsou dostupné, a podle praktických aspektů distribuce a dodávek. Až se tyto rozdíly mezi zeměmi projeví, budou představovat komunikační problémy a je zapotřebí se na ně připravit.

O cílech strategie pandemického očkování lze uvažovat ve dvou širokých kategoriích, které se v žádném případě vzájemně nevylučují: a) zmírnění, na ochranu jednotlivých osob, které mohou být nejvíce ohroženy vážnou chorobou; a b) ochrana základních služeb.

Chřipka A(H1N1) je nový virus a všechny pandemie v moderních dobách se lišily od sebe navzájem a od současné sezónní chřipky. Rizikové skupiny (ty, které jsou více ohroženy vážným onemocněním) se mohou lišit od skupin, pro něž jsou rizikové kmeny sezónní chřipky. Do hry přicházejí i různé strategie, které kladou větší důraz na potřebu udržet základní služby imunizací. Jiné tak mohou být i cílové skupiny (skupiny, jimž je vakcína nabídnuta a které mohou nebo nemusí patřit k rizikovým skupinám).

Podle současných důkazů o pandemii chřipky A(H1N1) v roce 2009 lze za rizikové označit tyto skupiny obyvatelstva:

- lidé mladší 65 let s chronickým základním onemocněním, konkrétně:
 - chronické respirační onemocnění,
 - chronické kardiovaskulární choroby,
 - chronické poruchy metabolismu (zejména diabetes),
 - chronická onemocnění ledvin a jater,
 - osoby s nedostatečnou imunitou (vrozenou nebo získanou),
 - chronické neurologické nebo neuromuskulární stavy,
 - jakýkoli jiný stav, který zhoršuje imunitu dané osoby nebo poškozuje funkci její dýchací soustavy,
- malé děti (zejména do dvou let),
- těhotné ženy.

Tento seznam se do určité míry liší od skupin, jimž mnoho zemí doporučuje imunizaci proti sezónní chřipce, zejména u lidí starších 65 let. Obecně se zdá, že starší lidé jsou infekcí ohroženi méně – možná díky stávající imunitě – ale jsou zde známky toho, že v případě nakažení má u nich nemoc závažnější průběh než u mladších dospělých.

Navíc existují další skupiny, jimž může být imunizace nabídnuta, i když nejsou více ohroženy vážnějším průběhem nemoci (cílové skupiny). Objevují se argumenty pro to, aby bylo očkování nabídnuto dětem, jelikož u nich je zaznamenána vysoká míra zasažení (i když s mírným průběhem) a jelikož právě ony mohou sehrát důležitou roli při rozšiřování místní nákazy. Objevují se též argumenty pro to, aby imunizace byla nabídnuta všem zdravotnickým pracovníkům. Má se tak předejít tomu, aby se lidé z rizikových skupin nakazili od zdravotnických pracovníků, a zdravotničtí pracovníci mají být chráněni před nakaženými pacienty, čímž by byly zachovány zdravotnické služby. Existují výhody nabídky imunizace lidem, kteří pečují o ty, u nichž imunizace nemusí být účinná (např. lidé procházející imunosupresivní terapií). Z důvodu nedostatku údajů o imunigenicitě a bezpečnosti nemohou být v tomto stadiu imunizováni kojenci do šesti měsíců, a proto se objevují argumenty pro očkování osob, které jsou s nimi v nejužším kontaktu. Dalšími potenciálními cílovými skupinami jsou pracovníci nepostradatelní pro reakci na pandemii.

Tento návod vychází ze současného scénáře pandemie A(H1N1) v roce 2009. Jsou zjišťovány a prodiskutovány konkrétní oblasti vyvolávající nejistotu. Jakmile bude k dispozici více údajů, důkazů a názorů, bude tento dokument aktualizován společně se souvisejícím hodnocením rizik střediska ECDC.

Na základě zkušeností s předchozími pandemiemi, během nichž se časem zvýšila patogenicitu a přenositelnost viru, jsou prezentovány tři další scénáře. Ke zprávě jsou přiloženy i přílohy, které shrnují důkazy pro očkování konkrétních rizikových skupin ohrožených sezónní chřipkou a současnou pandemickou chřipkou a které nabízejí širší odhady velikosti rizikových a cílových skupin. Základ pro výpočet je uveden s tak dostatečnými podrobnostmi, že lidé v členských státech mohou metodiku použít pro své vlastní obyvatele nebo mohou porovnávat již používané metody.

Zprávy o dohledu

12. Dohled nad tuberkulózou v Evropě 2007

(Zveřejněno v březnu 2009)

Od 1. ledna 2008 Evropské středisko pro prevenci a kontrolu nemocí (ECDC) a regionální kancelář WHO pro Evropu společně koordinují dohled nad tuberkulózou (TBC) v Evropě. Jejich záměrem je zajistit vysokou kvalitu standardizovaných údajů o TBC zahrnujících všech 53 zemích evropského regionu WHO.

V roce 2007 ohlásilo 51¹ zemí evropského regionu WHO a Lichtenštejnsko² 477 327 případů TBC. Celkový hlášený výskyt činil v průměru 54 případů na 100 000 obyvatel, přičemž jsou v posledních letech znát značné rozdíly mezi zeměmi a růst od západu směrem na východ. To znamená nárůst o 54 497 případů od roku 2006 a celkový nárůst hlášeného výskytu o 13 % (ze 48/100 000 na 54/100 000), který lze připsat zaregistrování dříve neohlášených opětovně léčených případů v Ruské federaci poté, co byl rozšířen rozsah jejího systému oznamování a zlepšen přístup pacientů k péči. Hlášený výskyt dříve neléčených případů klesl v celém regionu o 2,5 % (z 36,6 na 35,7 na 100 000). Úmrtnost u TBC v posledních letech obecně odrážela celkový hlášený výskyt v celé zeměpisné oblasti (mediánová celková míra: 0,6/100 000, rozsah pro jednotlivé země: 0,0–22,3). Mediánová úroveň primární multirezistentní tuberkulózy (MDR TBC) činila 1,5 % ve 22 zemích, které údaje o této tuberkulóze vykazují. Průměrná úspěšnost léčby byla 73 %, přičemž u 11 % případů nebylo možné provést následnou kontrolu, 8 % skončilo úmrtím a v 7 % došlo k selhání při léčbě.

Země Evropské unie (EU) a Evropského hospodářského prostoru (EHP) / Evropského sdružení volného obchodu (ESVO) (30 zemí)

V roce 2007 ohlásilo 27 zemí EU a tři země EHP/ESVO (Island, Norsko a Lichtenštejnsko) 84 719 případů TBC. Hlášený výskyt TBC (17/100 000 celkem) byl nejvyšší v Rumunsku (118), Bulharsku (40) a v pobaltských státech (36–71). V letech 2003 až 2007 klesl celkový hlášený výskyt o 4 % ročně, což bylo výsledkem poklesu dříve neléčených případů TBC. Výrazný nárůst byl však pozorován na Maltě (+61 %) a na Islandu (+37 %), k určitému zvýšení došlo ve Švédsku (+5 %), ve Spojeném království a na Kypru (oba +3 %), většinou v případech zahraničního původu. V roce 2007 tvořily 21 % případů (rozsah pro jednotlivé země: 0–78 %) osoby zahraničního původu, z nichž téměř dvě třetiny byly z Asie nebo z Afriky a 6 % jich pocházelo ze třetích východoevropských (nejsou členy EU) a středoasijských zemí. Prevalence HIV mezi případy TBC vzrostla v letech 2001 až 2007 v Estonsku a Lotyšsku (z < 1 % na 11 %, resp. 4 %) a ve Spojeném království se v letech 2000 až 2003 zdvojnásobila (ze 4 % na 8 %). Ve zbývajících zemích, které poskytly údaje, činila prevalence HIV mezi případy TBC 1 % nebo méně v pěti zemích, 2–5 % v sedmi dalších a 14 % v Portugalsku. Multirezistence (MDR) zůstala častější v pobaltských státech (kombinovaná MDR: 10–21 %) než v ostatních zemích (0–4 %), kde byla obecně běžnější v případech zahraničního původu. V roce 2006 vykazovaly 21 zemí údaje o monitorování výsledků léčby (TOM) pro definitivní případy plicní formy TBC. Mezi případy zahrnutými do kohort pro TOM, mezi původně neléčenými případy, dosáhl 80 % úspěšného výsledku. Nemožnost provést následnou kontrolu byla častější mezi případy plicní formy u osob zahraničního původu než mezi vlastními státními příslušníky (35 % oproti 16 %), zatímco úmrtí bylo uváděno méně často (8 % oproti 4 %). Úmrtnost u TBC se pohybovala od 0,0 do 10,9/100 000 (29 zemí, poslední dostupné údaje za roky 2001–2006).

Západní část (třetí země) (5 zemí)

V roce 2007 oznámily tři země (Andorra, Izrael a Švýcarsko) 881 případů TBC s výskytem od 5,6 do 7,3/100 000. Výskyt byl obecně nízký a většina oznámených případů TBC byla zahraničního původu. Údaje o dohledu nad rezistencí na léky vykazovalo Švýcarsko a Izrael, přičemž jejich prevalence MDR TBC u všech testovaných případů činila 2,3 %, resp. 6,7 %. Izrael oznámil výsledky léčby u případů zaregistrovaných v roce 2006 s úspěšností ve výši 74 % u nových definitivních případů plicní formy.

¹ Nejsou k dispozici údaje z Monaka a San Marina.

² Do zprávy je zahrnuto i Lichtenštejnsko, ale je prezentováno pouze jako země EHP/ESVO – nespadá do evropského regionu WHO.

Balkán (7 zemí)

V roce 2007 oznámily balkánské státy 26 296 případů, z nichž jen Turecko vykázalo 75 % (dalších 930 případů oznámila provincie Kosovo pod správou OSN). Celkový hlášený výskyt TBC v roce 2007 činil 29/100 000 a byl vyšší v Bosně a Hercegovině (62) než v Albánii, Chorvatsku, Bývalé jugoslávské republice Makedonii, Černé Hoře, Srbsku a Turecku (rozsah: 14–28). Prevalence HIV mezi případy TBC činila v zemích s údaji 0,0–0,4 % (Albánie, Bosna a Hercegovina, Bývalá jugoslávská republika Makedonie, Černá Hora a Srbsko). Kombinovaná primární a získaná multirezistence byla ve čtyřech zemích s vykázanými údaji o multirezistenci (Albánie, Černá Hora, Bývalá jugoslávská republika Makedonie a Srbsko) 0–0,6 %, resp. 9,7–34,6 %. Úspěšnost mezi novými definitivními případy plicní formy v roce 2006 se v pěti zemích pohybovala mezi 80 a 97 % a ve dvou dalších zemích poskytujících údaje byla nižší (35–70 %). Úmrtnost u TBC se pohybovala od 0,25 do 21/100 000 (pět zemí, poslední dostupné úplné údaje za roky 2001–2006).

Východní část (12 třetích východoevropských a středoasijských zemí)

V roce 2007 bylo na východě vykázáno 365 233 případů TBC, 59 % z nich Ruskou federací. Hlášený výskyt TBC v roce 2007 (131/100 000 celkově) byl nejvyšší v Kazachstánu (258), v Moldavské republice (178), v Ruské federaci (151), Gruzii (135) a Kyrgyzstánu (125), po nichž následovala Arménie, Ázerbájdžán, Bělorusko, Tádžikistán, Turkmenistán, Ukrajina a Uzbekistán (59–119). Hlavní roční nárůst v letech 2002 až 2007 byl stejný jako v letech 1988–2002 (+6 %). Počet nových případů klesl v letech 2006 až 2007 v šesti zemích. Prevalence HIV mezi případy TBC činila v posledních letech v pěti zemích 1 % nebo méně, vyšší však byla v Ruské federaci a na Ukrajině (v roce 2007 mezi novými případy 7 %, resp. 6 %). Vnitrostátní a regionální údaje o rezistenci na léky od řady zemí naznačují rozsáhlou, vysokou prevalenci multirezistence. Kombinovaná prevalence MDR TBC se pohybovala od 14 % do 57 %, ačkoli se reprezentativnost údajů v jednotlivých zemích lišila. V zemích, které vykazovaly výsledky nových případů mikroskopicky pozitivní plicní formy TBC (2006), činila průměrná úspěšnost 64 % (rozmezí: 58–86 %). Nízká úspěšnost, spojená se značnou mírou selhání léčby (průměr: 12 %, rozmezí: 3–16 %), byla způsobena hlavně prevalencí primární multirezistence a nemožností následné kontroly (průměr: 13 %, rozmezí: 4–35 %). Úmrtnost u TBC se pohybovala od 3,0 do 22,3/100 000 (všechny země, vyjma Turkmenistánu, s úplnými údaji, poslední dostupné údaje pro kterýkoli rok z období 2003 až 2006).

Závěry

Regionální prioritou pro kontrolu TBC zůstávají třetí východoevropské a středoasijské země. Zde situaci často komplikuje nízká specifická nebo nedostatečná kvalita informací a trvale chybějící zdroje nutné pro nejlepší vhodnou reakci a/nebo neadekvátní využití zdrojů stávajících. Dále na západ přetrvává rozmanitost vzorců TBC. Průmyslové země, které usilují o vymýcení TBC, v rostoucí míře uznávají hromadění případů mezi konkrétními citlivými skupinami obyvatelstva. Mezi zeměmi s bezprostředním zatížením, jako jsou pobaltské státy, zůstává vysoká prevalence MDR TBC. Z analýzy údajů lze vyvodit celou řadu doporučení ohledně dohledu na podporu posílení kontroly TBC, včetně:

- standardizace definice případů používané po celém regionu a nástrojů pro správu údajů,
- začlenění TBC do celkového dohledu nad přenosnými onemocněními,
- zdůraznění uplatnění analýzy kohort pro monitorování výsledků léčby,
- rozvoj lepšího pochopení souběžných epidemií TBC/HIV, a
- provádění pečlivých hodnocení prevalence a trendů MDR TBC na celostátní a regionální úrovni.

13. Výroční epidemiologická zpráva o přenosných onemocněních v Evropě 2009

(Zveřejněno v říjnu 2009)

Pozadí

V roce 2007 středisko ECDC navrhlo, aby komplexní Výroční epidemiologická zpráva popisující do hloubky oblasti podléhající dohledu ECDC vycházela s tříletou až pětiletou četností. Tento návrh podpořilo poradenské fórum ECDC. Aktuální vydání je tak obecnou kompilací popisu situace přenosných onemocnění v Evropské unii, hloubkovou analýzu však nabízí pouze v jedné oblasti: onemocnění, jimž lze předcházet očkováním. Ve standardních tabulkách a grafech s omezeným komentářem poskytuje údaje o výskytu onemocnění za rok 2007 a posuzuje zdravotní hrozby v průběhu roku 2008.

Významné zatížení veřejného zdraví infekčními onemocněními

Hlavní nebezpečí spojená s přenosnými onemocněními v EU se od předchozího vydání této zprávy výrazně nezměnila a zahrnují následující:

- antimikrobiální rezistence,
- infekce související se zdravotní péčí,
- onemocnění, jimž lze předcházet očkováním, se zvláštním důrazem na pneumokokové infekce,
- infekce dýchacího ústrojí, se zvláštní pozorností zaměřenou na chřipku (pandemického potenciálu stejně jako roční sezónní epidemie) a tuberkulózu,
- infekce HIV.

Shrnutí dohledu nad přenosnými onemocněními 2007

Kapitola 3 shrnuje a představuje všechny případy, které za rok 2007 ohlásilo 27 členských států EU a tři země EHP/ESVO (Island, Lichtenštejnsko a Norsko). Jak mnohé z oddílů této kapitoly věnovaných jednotlivým onemocněním upozorňují, srovnání výskytu mezi zeměmi by měla probíhat obezřetně. Systémy dohledu se liší a vztah mezi oznámeným a skutečným výskytem je v každé zemi pro mnoho onemocnění různý. Ve většině případů má větší význam zaměřit se na srovnání trendů v čase, jelikož se jedná o stabilnější znak systému dohledu.

S ohledem na tuto skutečnost jsou níže shrnuta některá z hlavních zjištění celounijního dohledu nad infekčními onemocněními pro hlavní skupiny onemocnění a/nebo stavy vzbuzující obavy.

Antimikrobiální rezistence a infekce související se zdravotní péčí (AMR/HCAI)

V roce 2007 zůstal významným problémem v celé Evropě *Staphylococcus aureus* rezistentní na methicilin (MRSA). Nicméně v některých z vysoce endemických zemí se poměry MRSA zřejmě stabilizovaly a v několika zemích byly skutečně pozorovány klesající trendy.

Nevnímavost bakterie *Streptococcus pneumoniae* vůči penicilinu (PNSP) ukázala v Evropě různorodý stav, kdy většina severoevropských zemí vykazovala nízké úrovně, zatímco jihoevropské a středomořské země vykazovaly relativně vysoké úrovně. Celkově však úrovně nevnímavosti vůči penicilinu a rezistence na erytromycin zůstaly ve většině zemí stabilní.

S rozšířením klonálního komplexu 17 postihovaly nákazy bakterií *Enterococcus faecium* rezistentní na vancomycin i nadále více nemocnic v různých zemích.

V téměř všech zemích, které vykazují údaje, vzrostla v posledních letech výrazně rezistence na fluoroquinolony, aminopenicilin, aminoglykosid a cefalosporiny třetí generace u bakterie *Escherichia coli*. Jedná se o důležitý poznatek, jelikož signalizuje vývoj směrem ke stále více multirezistentním gramnegativním bakteriím, a dokonce ke zcela rezistentním kmenům.

V roce 2007 byl potvrzen klesající trend v oblasti výskytu infekcí na chirurgických odděleních po endoprotéze kyčelního kloubu, ilustrující důležitou roli dohledu, včetně rizikům přizpůsobených srovnání jednotlivých nemocnic, v oblasti prevence a kontroly HCAI.

Onemocnění, jimž lze předcházet očkováním

V roce 2007 zůstal v Evropě stabilní hlášený výskyt invazivního onemocnění *Haemophilus influenzae*, a to výrazně pod 1 na 100 000. Vakcína Hib měla i nadále významný účinek na výskyt této choroby ve všech zemích, kde byla zavedena.

Podobně jako v roce 2006 činil v roce 2007 celkový hlášený výskyt invazivního meningokokového onemocnění 1 na 100 000 a hlavní příčinou tohoto onemocnění v Evropě zůstaly séro skupiny B (77 %) a C (16 %). Běžně používaná vakcína účinkuje pouze proti séro skupině C.

V porovnání s předchozím rokem došlo v roce 2007 k výraznému nárůstu počtu potvrzených případů invazivních pneumokokových onemocnění (IPD) hlášených Rakouskem a Slovinskem, s největší pravděpodobností v důsledku nedávného zlepšení jejich systémů dohledu. Vzhledem k velké různorodosti systémů dohledu nad IPD v EU je celkově srovnání hlášeného výskytu mezi členskými státy obtížné. Heptavalentní konjugovaná vakcína proti pneumokokům (PCV7) dostala v roce 2001 v EU licenci, ale její využití je v jednotlivých zemích různé.

V roce 2007 bylo v zemích EU a EHP/ESVO hlášeno méně případů spalniček než v roce 2006, ale spalničky zůstaly s 2 795 potvrzenými případy, včetně jednoho úmrtí a dvou případů encefalidity, prioritou v oblasti veřejného zdraví. V posledních třech letech se spalničky neobjevily pouze ve čtyřech zemích.

V roce 2007 zůstaly onemocněním, jemuž lze předcházet očkováním, s jedním z nejvyšších hlášených výskytů v Evropě příušnice, ale celkový klesající trend pokračoval a ve skutečnosti byl hlášený výskyt příušnic v roce 2007 nejnižší od roku 1995.

Podobně jako v roce 2006 byl v roce 2007 nízký i hlášený výskyt potvrzených případů zarděnek.

Infekce dýchacího ústrojí

Chřipkové období v letech 2007–08 v Evropě charakterizovala mírná klinická aktivita s kulminací cirkulace chřipky A(H1N1) následovanou kulminací chřipky B. Bylo izolováno pouze několik kmenů A(H3N2).

Důležitým novým jevem byl výskyt prvního kmene viru sezónní chřipky rezistentního na antivirotikum oseltamivir: A(H1N1-H247Y). Tento kmen byl plně schopen se přenášet z člověka na člověka, ale jeho rozšíření se napříč regionem značně různilo – od výrazně více než poloviny všech izolovaných kmenů v některých zemích až po pouhých několik procent v jiných zemích. Objevení a šíření tohoto rezistentního viru nebylo možné vysvětlit předchozím užíváním antivirotik.

Stejně jako v roce 2006 byla v Evropě hlášena řada ohnisek vysoce patogenní ptačí chřipky, především u domácí drůbeže, nebyly však hlášeny žádné související případy lidské formy. Jedno ohnisko nízké patogenní zvířecí formy ptačí chřipky A(H7N2) se objevilo v květnu 2007 ve Spojeném království s několika souvisejícími případy chřipkového onemocnění a/nebo konjunktivitidy u lidí.

V roce 2007 zůstal v zemích EU a EHP/ESVO stabilní ve výši 1,1 na 100 000 obyvatel hlášený výskyt legionářské nemoci. Počet hlášených případů této nemoci v souvislosti s cestováním vzrostl v porovnání s rokem 2006, což lze pravděpodobně připsat lepšímu dohledu a hlášení; počet skupin souvisejících s cestováním však klesal, což může být odrazem vlivu pokynů pro kontrolu legionářské nemoci evropské pracovní skupiny pro infekce Legionellou (European Working Group for Legionella Infections, EWGLINET).

U tuberkulózy (TBC) byly ve 25 zemích od roku 2003 hlášeny trvale sestupné trendy výskytu. 20 % celkových případů představovaly stejně jako v roce 2006 osoby zahraničního původu, převážně z Asie či Afriky. Multirezistence (MDR) zůstala častější v pobaltských státech než v ostatních zemích a obecně je běžnější v případech zahraničního původu. Údaje nadále odrážejí různorodost situace u TBC, se zeměmi s nízkým výskytem, kde jsou případy v rostoucí míře diagnostikovány mezi obyvatelstvem zahraničního původu, s dalšími zeměmi s mírným až vysokým hlášeným výskytem, ale kde je MDR TBC dosud výjimečná, a se zeměmi s relativně vysokým hlášeným výskytem a vysokým podílem případů MDR TBC. V roce 2007 hlásily země EU a EHP/ESVO celkově 41 205 potvrzených případů TBC (8,2 na 100 000).

HIV, pohlavně přenosné infekce, hepatitida B a C, HIV

V roce 2007 měla infekce HIV pro veřejné zdraví v Evropě stále velký význam bez jakýchkoli známek poklesu v počtu nově hlášených diagnostikovaných případů. Počet diagnostikovaných případů AIDS však s výjimkou některých východoevropských a středoevropských zemí stále klesal. Převažující způsob přenosu se měnil podle země a zeměpisné oblasti a ilustroval velkou rozmanitost v epidemiologii infekce HIV v Evropě.

V roce 2007 byla infekce *Chlamydia trachomatis* nadále nejčastěji hlášenou pohlavně přenosnou infekcí (a nejběžnějším hlášeným onemocněním v celé Evropě), čítající více než čtvrt milionu potvrzených případů hlášených ve 22 zemích EU a EHP/ESVO, což znamená celkový výskyt 122,6 na 100 000 obyvatel. Chlamydie

nadále postihovaly zejména mladé osoby ve věku od 15 do 24 let. Skutečný výskyt této infekce byl pravděpodobně vyšší a hlášený výskyt s větší pravděpodobností odrážely spíše screeningové postupy a objem testování než skutečný výskyt.

Kupodivu od roku 2006 ohlásilo Švédsko 45procentní nárůst počtu případů, pravděpodobně z důvodu nových testovacích metod pro odhalení nové varianty *C. trachomatis*, která byla poprvé hlášena ve Švédsku v listopadu 2006. Průzkum v celé EU odhalil, že se šíření této varianty omezilo na Švédsko a na sexuální partnery Švédů v jiných zemích.

Většina evropských zemí má systémy dohledu pro hepatitidu B a C, ale z důvodu jejich rozdílů, zejména v jejich struktuře, postupech hlášení, metodách sběru údajů a používaných definicích případů, je srovnání údajů o dohledu mezi zeměmi obtížné.

Onemocnění přenášená potravou a vodou a zoonózy

Nejčastěji hlášeným případem gastrointestinálního onemocnění v zemích EU a EHP/ESVO zůstala kampylobakteriозa, jejíž hlášený výskyt vzrostl v roce 2007 v porovnání s rokem 2006 o více než 15 %. Velké rozdíly v systémech hlášení jednotlivých zemí v kombinaci s vysokou mírou nedostatečného hlášení, o němž se ví v případě některých zemí, velmi ztěžuje jejich přímá srovnání.

V roce 2007 zůstal hlášený výskyt salmonelózy v EU a zemích EHP/ESVO vysoký, ale klesající trend pozorovaný od roku 2004 pokračoval.

V roce 2007 ohlásilo 29 zemí EU a EHP/ESVO celkem 13 952 potvrzených případů hepatitidy A, ale epidemiologický obraz této choroby se napříč regionem značně různil. V listopadu 2007 vypukla hepatitida A v Lotyšsku.

Environmentální onemocnění a onemocnění přenášená bacilonosiči

V srpnu 2007 ohlásila Itálie 217 laboratorně potvrzených případů horečky chikungunya. Místní přenos viru chikungunya následoval po zavlečení jediným návštěvníkem, který se vrátil z Indie, a ukázal, že komár *Aedes albopictus* je skutečně bacilonosičem, který je schopen virus účinně přenášet v zeměpisných šířkách EU.

V roce 2007 bylo 22 zeměmi EU a EHP/ESVO nahlášeno celkem 637 potvrzených případů infekce Q-horečky, což je údaj podobný údaj z roku 2006 (583). Propuknutí Q-horečky oznámilo Nizozemsko (168 případů) a Slovinsko (86 případů).

Sedm členských států ohlásilo celkem 40 potvrzených případů virové hemoragické horečky, většinou infekci způsobených hantavirem.

Shrnutí hrozících nebezpečí 2007

Od zahájení činností v oblasti epidemiologických informací v červenci 2005 až do konce roku 2008 monitorovalo středisko ECDC 696 hrozících nebezpečí. V roce 2008 to bylo 250 hrozících nebezpečí, z nichž 227 (91 %) vzniklo v roce 2008, 14 (6 %) bylo přeneseno z roku 2007 a devět (4 %) představuje opakující se nebezpečí. Opakující se hrozící nebezpečí souvisela v celém světě a v evropském regionu s ptací chřipkou, s celosvětovou situací v oblasti horečky chikungunya, dětské obrny, horečky dengue, cholery a spalniček, jakož i nové varianty Creutzfeldt-Jakobovy nemoci a extenzivně rezistentní tuberkulózy.

Pokud jde o větší podrobnosti, některá monitorovaná hrozící nebezpečí zahrnovala:

- viry chřipky A(H1N1) rezistentní na oseltamivir ve 21 členských státech, s podíly čítajícími od méně než 1 % v Itálii až po 68 % v Norsku,
- v roce 2008 bylo monitorováno pět mezinárodních obav vzbuzujících ohnisek hepatitidy A, což oproti předchozím letům představovalo výrazný nárůst,
- propuknutí infekce *Shigella sonnei*, která postihla více než 140 zaměstnanců navštěvujících kantýnu jejich firmy ve Švédsku,
- 85 skupin legionelózy zaznamenaných v roce 2008,
- jedenáct ohnisek spalniček hlášených v roce 2008 v EU a EHP/ESVO, která navzdory poklesu výskytu tohoto onemocnění v Evropě od roku 2006 vyvolala sekundární případy v dalších členských státech. To představovalo nárůst ohlášených ohnisek v porovnání s roky 2007 (sedm) a 2006 (dvě),
- jedenáct hrozících nebezpečí spojených s tuberkulózou vyhodnocených v roce 2008. Všechny události souvisely s pohybem pacientů trpících tímto onemocněním: sedm letecky a tři po moři,
- smrtelná infekce viru Marburg u turisty, který se v červenci 2008 vrátil z Ugandy do Nizozemska,
- první případ krymsko-konžské hemoragické horečky (CCHF) potvrzený v severním Řecku v červenci 2008.

Závěry

Na základě shrnutí klíčových údajů a trendů můžeme dojít k závěru, že se priority prevence a kontroly přenosných onemocnění v EU a EHP/ESVO od předchozího vydání výroční zprávy významně nezměnily. Je však zapotřebí zdůraznit několik bodů.

Údaje z roku 2007 ukazují, že stále důležitějším rizikem pro veřejné zdraví v Evropě je antimikrobiální rezistence. Její šíření usnadňuje mezinárodní cestování a obchod. Problém si žádá mezinárodní spolupráci, stejně jako společné úsilí na vnitrostátní úrovni, aby se antimikrobiální rezistence potlačila a aby se jí předcházelo.

V oblasti infekcí souvisejících se zdravotní péčí je zapotřebí průzkumu bodové prevalence pro celou EU, který by posoudil zatížení všemi typy infekcí ve zdravotnických zařízeních v Evropě. Vypracování evropského standardizovaného protokolu pro tento průzkum prevalence je nyní zařazeno do pracovního programu ECDC a nabídne příležitost k takovému přizpůsobení různých vnitrostátních protokolů HCAI, aby bylo možné mezinárodní srovnání.

Pokud jde o onemocnění, jimž lze předcházet očkováním, přetrvávají obavy z možnosti, že po zavedení vakcín mohou být sérotypy pokryté konjugovanou vakcínou proti pneumokokům nahrazeny sérotypy touto vakcínou nepokrytými, jak již bylo zaznamenáno ve Spojených státech. Za tímto účelem bude možná v EU nutný zvýšený dohled, jehož součástí bude i laboratorní dohled.

Dle očekávání se téměř 90 % případů spalniček ohlášených v EU a EHP/ESVO týkalo neočkovaných osob, což je známkou toho, že spalničky stále představují problém pro skupiny obyvatelstva s nízkým pokrytím vakcínou. Navíc všechny smrtelné nebo komplikované případy se vyskytly u jedinců, kteří nebyli očkovaní. Z tohoto důvodu zůstává prioritou v oblasti veřejného zdraví zvýšit úroveň pokrytí v Evropě, i když v roce 2010 nebude moci být dosaženo vymýcení.

Příušnicová nákaza někdy propukne u jedinců, kteří dostali dvě dávky vakcíny MMR, a tuto skutečnost je zapotřebí dále zkoumat.

Až na několik výjimek vynaložily členské státy větší úsilí pro potvrzení všech případů zarděnek, které oznámily. Zlepšení citlivosti a specifčnosti dohledu nad zarděnkami má nesmírný význam s ohledem na cíl WHO pro rok 2010 dosáhnout jejich vymýcení.

Neobvyklým rysem chřipkového období 2007–08 bylo objevení chřipkového viru A(H1N1) rezistentního na oseltamivir. Jednalo se o vůbec první odhalení viru lidské formy sezónní chřipky rezistentního na neuraminidázový inhibitor a plně schopného přenášet se z člověka na člověka. Dohled nad antivirovou rezistencí mezi viry sezónní chřipky by měl pokračovat a mělo by se monitorovat případné znovobjevení rezistentních kmenů.

V oblasti kontroly TBC – v různorodém epidemiologickém prostředí v zemích EU a EHP/ESVO – se počet zemí s vysokým/středním výskytem TBC nezměnil a navzdory jejich pokroku, pokud jde o udržení epidemie v mezích, je vyžadována pečlivá pozornost z hlediska kontroly, včetně optimalizace dohledu. V některých zemích s nízkým výskytem údaje ukázaly pokračující pokles tuzemských případů a jasný posun epidemie k citlivějším skupinám obyvatelstva, jako jsou migrující populace. Ohlašování souběžné nemoci TBC/HIV zůstalo neúplné, je zapotřebí ještě rozšířit pokrytí testování vnímavosti vůči lékům, stejně jako oznamování a analýzu rezistence na léky druhé volby.

Prioritami ECDC je vývoj a zavedení zvýšeného dohledu nad hepatitidou B a C. Lepší údaje o dohledu jsou zásadní pro poskytování potřebných informací pro monitorování trendů, aby byly pochopeny rozdíly v epidemiologii a aby byly hodnoceny programy prevence v EU. Chronická povaha obou těchto onemocnění však ztěžuje oddělení výskytu od prevalence – stejně jako u infekce HIV – a pro tento problém neexistuje žádné snadné řešení.

A nakonec, v oblasti onemocnění přenášených potravou a vodou se budoucí zprávy pokusí jasněji oddělit údaje o séroskupině O157 a jiné séroskupině bakterie *Escherichia coli* produkující verotoxiny (VTEC), jelikož ty mají v systémech jednotlivých zemí velmi odlišné priority, a tudíž mají odlišné pokrytí – O157 je zjevně pokryta lépe než ostatní séroskupiny.

Tabulka A. Přehled obecného trendu, hlášeného výskytu v EU a hlavních postižených věkových skupin u přenosných onemocnění hlášených v EU a EHP/ESVO v roce 2007. Počet zemí podávajících hlášení (n=30)

Onemocnění	Všeobecný 10letý trend	Hlášený výskyt v EU na 100 000 obyvatel (2007)	Hlavní postižené věkové skupiny (2007)
Infekce dýchacího ústrojí			
Chřipka	↔	Žádné údaje	Nedostatečné údaje
Ptačí chřipka	↑	0	Žádné případy
Legionářská nemoc (legionelóza)	↑	1,1	65+
Tuberkulóza	↓	8,2	25–44
HIV, sexuálně přenosné infekce a krví přenášené virové infekce			
Chlamydiová infekce	↑	122,6	15–24
Kapavka	↔	9,5	15–24
Hepatitida B	↓	1,5	25–44
Hepatitida C	↑	6,9	25–44
HIV	↑	6,0	25–44
AIDS	↓	1,2	25–44
Syfilis	↑	4,4	25–44
Onemocnění přenášená potravou a vodou a zoonózy			
Antrax	↔	<0,01	Nedostatečné údaje
Botulismus	↔	<0,1	25–44
Brucelóza	↓	0,1	25–64
Kampylobakteriόza	↑	46,7	0–4
Cholera	↓	<0,01	25–44
Kryptosporidiόza	↓	2,4	0–4
Echinokoková nákaza	↓	0,2	45–64
<i>Escherichia coli</i> produkující verocytotoxin (VTEC/STEC)	↔	0,6	0–4
Giardiáza	Nedostatečné údaje	61,7	0–4
Hepatitida A	↓	2,8	5–14
Leptospirόza	↔	0,2	45–64, 25–44
Listeriόza	↑	0,4	65+
Salmonelόza	↓	34,3	0–4
Shigelόza	↓	2,1	0–4
Toxoplazmόza	↓	0,8	5–14
Trichinelόza	↔	0,2	25–44
Tularémie	↔	0,3	45–64
Tyfus / salmonelόza drůbeže	↓	0,2	0–4
Varianta Creutzfeldt-Jakobovy nemoci	Nedostatečné údaje	<0,01	15–24
Yersiniόza	↑	2,9	0–14

Onemocnění	Všeobecný 10letý trend	Hlášený výskyt v EU na 100 000 obyvatel (2007)	Hlavní postižené věkové skupiny (2007)
Nová onemocnění a onemocnění přenášená bacilonosiči			
Malárie	↔	1	25–44
Mor	Nedostatečné údaje	0	Žádné případy
Q-horečka	↓	0,2	15–24, 45–64
Těžký akutní respirační syndrom (SARS)	Nedostatečné údaje	0	Žádné případy
Neštovice	Nedostatečné údaje	0	Žádné případy
Virové hemoragické horečky (VHF)	Nedostatečné údaje	Nedostatečné údaje	Nedostatečné údaje
Chikungunya	Nedostatečné údaje	<0,01	Nedostatečné údaje
Západonilská horečka	Nedostatečné údaje	<0,01	> 15
Žlutá horečka	Nedostatečné údaje	0	Žádné případy
Onemocnění, jimž lze předcházet očkováním			
Difterie	↓	<0,01	45–64, 5–14
Invazivní infekce <i>Haemophilus influenzae</i>	↔	0,5	65+, 0–4
Invazivní meningokokové onemocnění	↓	1,0	0–4
Invazivní pneumokoková infekce	↔	6,3	65+, 0–4
Spalničky	↓	0,6	0–4
Příušnice	↓	4,3	5–14
Černý kašel	↓	4,4	5–14
Dětská obrna	Nedostatečné údaje	0	Žádné případy
Vzteklina	Nedostatečné údaje	<0,01	Nedostatečné údaje
Zarděnky	↓	1,2	0–4
Tetanus	↓	<0,1	65+
Antimikrobiální rezistence a infekce související se zdravotní péčí			
AMR	↑	Irelevantní	Žádné údaje
Nozokomiální nákazy	↑	Irelevantní	Žádné údaje

14. Dohled nad HIV/AIDS v Evropě 2008

(Zveřejněno v prosinci 2009)

Hlavní body

Infekce HIV má stále velký význam pro veřejné zdraví v Evropě, důkazem je zvyšující se přenos HIV v několika evropských zemích. Přes neúplná hlášení se počet hlášených nově diagnostikovaných případů infekce HIV v roce 2008 zvýšil, zatímco počet diagnostikovaných případů AIDS se v celém evropském regionu WHO stále snižuje, pouze ve východní oblasti počet případů AIDS stoupl.

- V roce 2008 bylo ve 48 z 53 zemí evropského regionu WHO (nejsou dostupné údaje z Rakouska, Dánska, Lichtenštejnska, Monaka, Ruska a Turecka) diagnostikováno a hlášeno 51 600 případů infekce HIV. Nejvyšší hodnoty byly hlášeny z Estonska, Lotyšska, Kazachstánu, Moldavska, Portugalska, Ukrajiny a Spojeného království.
- 47 zemí nahlásilo 7 565 případů AIDS (údaje nejsou k dispozici z Dánska, Švédska, Kazachstánu, Lichtenštejnska, Monaka, Ruska a Turecka).
- V roce 2008 bylo hlášeno 25 656 nově diagnostikovaných případů infekce HIV v zemích Evropské unie a Evropského hospodářského prostoru (EU/EHP) (údaje nejsou k dispozici z Rakouska, Dánska nebo Lichtenštejnska). V EU/EHP byly nejvyšší hodnoty hlášeny z Estonska, Lotyšska, Portugalska a Spojeného království.
- V zemích EU/EHP je převažujícím způsobem přenosu infekce HIV pohlavní styk mezi muži, následován heterosexuálním stykem. Přibližně 40 % případů hlášených jako heterosexuálně získaná infekce bylo diagnostikováno u osob pocházejících ze zemí s generalizovanou epidemií HIV/AIDS.
- Ve třech zeměpisných/epidemiologických oblastech se převažující způsob přenosu měnil podle oblasti a ilustroval velkou rozmanitost v epidemiologii HIV v Evropě. Ve východní části je stále hlavním způsobem přenosu používání injekčních drog, zatímco v centrální oblasti je převažujícím způsobem přenosu HIV pohlavní styk mezi muži následovaný heterosexuálním stykem. V západní oblasti je převažujícím způsobem přenosu pohlavní styk mezi muži, následován heterosexuálním stykem, když jsou vyloučeny případy osob pocházejících ze zemí s generalizovanou epidemií.
- Podle údajů ze 43 zemí, které důsledně hlásily údaje o dohledu nad HIV, se od roku 2000 počet hlášených nově diagnostikovaných případů HIV na milionovou populaci téměř zdvojnásobil ze 44 na milion obyvatel v roce 2000 na hodnotu 89 na milion v roce 2008.
- Mezi 46 zeměmi, které důsledně hlásily údaje o dohledu nad AIDS za období 2000–08, klesl počet ohlášených diagnóz AIDS z 12 072 případů (19/milion obyvatel) na 7 564 případů (12/milion obyvatel).
- Zde prezentované údaje mají určité nedostatky, způsobené neúplnými a chybnými údaji z řady zemí a prodlením při jejich hlášení. Limituje to závěry, které lze učinit s ohledem na velikost a rozsah epidemie HIV a AIDS v Evropě. Pokud by tyto údaje měly být vzhledem k těmto omezením opraveny, celkový počet infekcí HIV by se s největší pravděpodobností za rok 2008 zdvojnásobil. Dále se očekává, že údaj oznámený za rok 2008 bude z důvodu prodlení při podávání zpráv v některých zemích v nadcházejících letech aktualizován.

Doporučení pro dohled nad HIV/AIDS

Údaje o dohledu nad HIV/AIDS jsou zásadní pro sledování trendů epidemie HIV a hodnocení reakce veřejného zdravotního systému. Všechny evropské státy by tudíž měly:

- zavést národní systémy hlášení založené na jednotlivých případech pro případy HIV a AIDS a zajistit úplnost a včasnost, a
- zlepšit kvalitu uváděných údajů, obzvláště s ohledem na možné cesty přenosu.

Doporučení pro veřejné zdravotnictví

Intervence ke kontrole epidemie by měly být podloženy důkazy a přizpůsobeny danému státu a zeměpisné oblasti. Z dostupných údajů dohledu je vhodné doporučit následující:

- Pro země ve východní části: základním kamenem strategií prevence HIV by měly být intervence ke kontrole HIV mezi konzumenty injekčních drog, včetně programů omezení škod. Měla by být též posílena opatření prevence heterosexuálního přenosu zaměřená na osoby s vysoce rizikovými partnery.

- Pro země ve střední části: prevence by měla být přizpůsobena poměrům jednotlivých zemí tak, aby epidemie byla udržena na své současné nízké úrovni. Jelikož se však epidemie mezi muži, kteří mají pohlavní styk s jinými muži, šíří, měly by být přednostně posíleny intervence ke kontrole HIV v této skupině.
- Pro země v západní části: základním kamenem strategií prevence HIV by měly být intervence ke kontrole HIV mezi muži, kteří mají pohlavní styk s jinými muži, včetně inovačních programů pro tuto skupinu. Intervence v oblasti prevence, léčby a péče musí být přizpůsobeny tak, aby zachytily migrující populace.
- Obecně by mělo být podporováno poradenství o HIV a testování HIV, aby byla zajištěna včasná diagnóza a přístup k léčbě a poradenství, které by přispěly k zabránění nebo snížení přenosu a zlepšení dlouhodobějších výsledků léčby pro dotčené osoby. Aby země dosáhly celosvětového cíle všeobecného přístupu k prevenci, léčbě a péči, měla by být zajištěna rovnost přístupu k léčbě a péči v souvislosti s HIV pro všechny potřebné skupiny obyvatelstva.

Příloha: publikace ECDC v roce 2009

Součástí tohoto seznamu jsou pouze oficiální publikace ECDC v roce 2009. Všechny z nich lze najít na internetovém portálu střediska (<http://www.ecdc.europa.eu>), přičemž mnohé z nich jsou dostupné i v tištěné formě. Některé byly v průběhu roku aktualizovány nebo se dočkaly druhých vydání – níže uvedené měsíce se týkají posledního vydání.

V průběhu roku pracovníci ECDC zveřejnili nebo spolupracovali na mnoha vědeckých článcích a dalších publikacích, včetně *Eurosurveillance*, které zde nejsou uvedené. Středisko též vypracovalo velký počet krátkých komunikačních materiálů týkajících se chřipkové pandemie, jako jsou hodnocení rizik a předpoklady pro plánování. Tyto materiály jsou dostupné on-line, ale zde uvedené nejsou.

Technické zprávy

Květen

Development of *Aedes albopictus* risk maps

Červen

Risk assessment guidelines for infectious diseases transmitted on aircraft

Guide to public health measures to reduce the impact of influenza pandemics in Europe – 'The ECDC Menu'

Surveillance and studies in a pandemic in Europe

Červenec

Migrant health series: Background note

Migrant health series: Epidemiology of HIV and AIDS in migrant communities and ethnic minorities in EU/EEA countries

Migrant health series: Access to HIV prevention, treatment and care for migrant populations in EU/EEA countries

Září

Mapping of HIV/STI behavioural surveillance in Europe

The bacterial challenge: time to react (ECDC/EMA Joint Technical Report)

Listopad

Effectiveness of behavioural and psychosocial HIV/STI prevention interventions for MSM in Europe

Pokyny střediska ECDC

Květen

Interim ECDC public health guidance on case and contact management for the new influenza A(H1N1) virus infection

Červen

Chlamydia control in Europe

Mitigation and delaying (or 'containment') strategies as the new influenza A(H1N1) virus comes into Europe

Public health use of influenza antivirals during influenza pandemics

Srpen

Use of specific pandemic influenza vaccines during the H1N1 2009 pandemic

Listopad

Scientific panel on childhood immunisation schedule: Diphtheria-tetanus-pertussis (DTP) vaccination

Risk assessment guidelines for diseases transmitted on aircraft – Part 2: Operational guidelines for assisting the evaluation of risk for transmission by disease

Zprávy o dohledu

Březen

Tuberculosis surveillance in Europe – 2007

Červen

Analysis of influenza A(H1N1)v individual data in EU and EEA/EFTA countries

Preliminary report on case-based analysis of influenza A(H1N1) in EU and EEA/EFTA countries

Říjen

Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe – 2009

Prosinec

HIV/AIDS surveillance in Europe – 2008

Zprávy ze zasedání

Březen

Expert meeting on chikungunya modelling (April 2008)

Consultation of the ECDC Competent Bodies for preparedness and response (October 2008)

Consultation on Crimean-Congo haemorrhagic fever prevention and control (September 2008)

Training strategy for intervention epidemiology in the European Union (October 2008)

ECDC workshop on social determinants and communicable diseases (March 2009)

Duben

Technical meeting on hepatitis A outbreak response (November 2008)

Květen

European pandemic influenza planning assumptions (January 2009)

Červen

Expert consultation on rabies post-exposure prophylaxis (January 2009)

Scientific Consultation Group – second meeting (December 2008)

Srpen

Surveillance and studies in a pandemic: Fourth meeting of the SSiaP working group (July 2009)

Expert consultation on West Nile virus infection (April 2009)

Říjen

First meeting of ECDC Expert Group on Climate Change (September 2009)

Listopad

Ensuring quality in public health microbiology laboratories in the EU: Quality control and areas in need of strengthening (September 2009)

Prosinec

Joint ECDC/EUPHA meeting on health communication for innovation in the EU: a focus on communicable diseases (May 2009)

Technické dokumenty

Červenec

Web service technical documentation, TESSy, Version 1.1

Transport Protocol Specification XML – Extensible Markup Language, TESSy, Version 2.6

Transport Protocol Specification CSV – Comma Separated Value, TESSy

Září

Overview of surveillance of influenza 2009/2010 in the EU/EEA

Listopad

Protocols for cohort database studies to measure influenza vaccine effectiveness in the EU and EEA Member States

Protocols for case-control studies to measure influenza vaccine effectiveness in the EU and EEA Member States

Prosinec

Protocol for cluster investigations to measure influenza vaccine effectiveness in the EU/EEA

Společné publikace**Čtvrtletně (březen, červen, září, prosinec)**

ECDC Insight

Executive Science Update

Červen

Annual Report of the Director – 2008

Summary of key publications

Srpen

Annual Report of the Director: Summary – 2008