



## ECDC **CORPORATE**

# Περίληψη κυριότερων δημοσιεύσεων 2010

ECDC CORPORATE

# Περίληψη κυριότερων δημοσιεύσεων 2010



Προτεινόμενη αναφορά πηγής: Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων, Περίληψη κυριότερων δημοσιεύσεων 2010, Στοκχόλμη, ECDC 2011.

Στοκχόλμη, Απρίλιος 2011

© European Centre for Disease Prevention and Control, 2011.

Επιτρέπεται η αναπαραγωγή εφόσον αναφέρεται η πηγή.

# Πίνακας περιεχομένων

Εισαγωγή .....	v
Τεχνικές εκθέσεις .....	1
1 Αξιολόγηση κινδύνων για τον πυρετό Q .....	1
2 Επιτήρηση και πρόληψη της ηπατίτιδας Β και C στην Ευρώπη .....	3
Καθοδήγηση ECDC .....	6
3 Διαχείριση σε επίπεδο δημόσιας υγείας των σποραδικών κρουσμάτων επιθετικής μηνιγγιτιδοκοκκικής νόσου και των ατόμων που ήρθαν σε επαφή με τους ασθενείς .....	6
4 Εξέταση για την ανίχνευση του ιού HIV: αύξηση της αποδοχής και της αποτελεσματικότητας στην Ευρωπαϊκή Ένωση .....	9
Εκθέσεις επιτήρησης .....	14
5 Επιτήρηση της φυματίωσης - 2008 .....	14
6 Επιτήρηση της γρίπης στην Ευρώπη 2008/2009 - Από την 40ή εβδομάδα του 2008 έως την 39η εβδομάδα του 2009 .....	16
7 Επιτήρηση των επιθετικών βακτηριακών νόσων στην Ευρώπη - 2007 .....	17
8 Ετήσια επιδημιολογική έκθεση για τις μεταδοτικές ασθένειες στην Ευρώπη - 2010 .....	20
9 Επιτήρηση της μικροβιακής αντοχής στα αντιβιοτικά στην Ευρώπη - 2009 .....	26
10 Επιτήρηση του ιού HIV/AIDS στην Ευρώπη - 2009 .....	28
Ειδικές εκθέσεις .....	30
11 Υλοποίηση της δήλωσης του Δουβλίνου σχετικά με την εταιρική σχέση για την καταπολέμηση του HIV/AIDS στην Ευρώπη και την κεντρική Ασία: Έκθεση προόδου 2010 .....	30
12 Η πανδημία του ιού της γρίπης τύπου Α(H1N1) στην Ευρώπη το 2009 - Επισκόπηση της εμπειρίας .....	34
13 Προς την εξάλειψη της φυματίωσης - Παρακολούθηση του σχεδίου δράσης-πλαισίου για την καταπολέμηση της φυματίωσης στην Ευρωπαϊκή Ένωση .....	37
Παράρτημα: Δημοσιεύσεις του ECDC το 2010 .....	39
Τεχνικές εκθέσεις .....	39
Καθοδήγηση ECDC .....	39
Εκθέσεις επιτήρησης .....	39
Ειδικές εκθέσεις .....	39
Εκθέσεις συνεδριάσεων .....	40
Εκθέσεις αποστολών .....	40
Τεχνικά έγγραφα .....	40
Δημοσιεύσεις του Κέντρου .....	41
Τακτικές δημοσιεύσεις .....	41

## Εισαγωγή

Το 2010, το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων (ECDC) δημοσίευσε συνολικά 35 επιστημονικά έγγραφα. Ανάμεσα στα σημαντικότερα συγκαταλέγονται:

- η *Ετήσια επιδημιολογική έκθεση για τις μεταδοτικές ασθένειες στην Ευρώπη-2010*, μια ετήσια δημοσίευση του ECDC που εκδίδεται για τέταρτη φορά και περιλαμβάνει μια περιεκτική σύνοψη των δεδομένων επιτήρησης του 2008
- η *Επιτήρηση της φυματώσεως στην Ευρώπη 2008* και η *Επιτήρηση του ιού HIV/AIDS στην Ευρώπη 2009*, που εκπονήθηκαν από κοινού με το Περιφερειακό Γραφείο της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας για την Ευρώπη και περιέχουν στοιχεία επιτήρησης για την κατάσταση που επικρατεί όσον αφορά τις δύο προαναφερθείσες ασθένειες στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) και του Ευρωπαϊκού Οικονομικού Χώρου (ΕΟΧ), καθώς και σε 23 ακόμη χώρες υπαγόμενες στην αρμοδιότητα του Περιφερειακού Γραφείου της ΠΟΥ για την Ευρώπη.
- η *Υλοποίηση της δήλωσης του Δουβλίνου σχετικά με την εταιρική σχέση για την καταπολέμηση του ιού HIV/AIDS στην Ευρώπη και την κεντρική Ασία: έκθεση προόδου 2010*, επισκόπηση της επιτελεσθείσας προόδου μέχρι το 2010 βάσει στοιχείων από 49 χώρες.
- η Επιτήρηση της μικροβιακής αντοχής στα φάρμακα στην Ευρώπη – 2009, ετήσια έκθεση του ευρωπαϊκού δικτύου επιτήρησης της μικροβιακής αντοχής στα φάρμακα (European Antimicrobial Resistance Surveillance Network - EARS-Net). Πρόκειται για την πρώτη ετήσια έκθεση του EARS-Net μετά την υπαγωγή του ευρωπαϊκού συστήματος επιτήρησης της μικροβιακής αντοχής (European Antimicrobial Resistance Surveillance System - EARSS) στο ECDC την 1η Ιανουαρίου 2010, η οποία παρέχει στοιχεία αναφοράς σχετικά με τη μικροβιακή αντοχή στα φάρμακα στην Ευρώπη για σκοπούς δημόσιας υγείας.
- *Η πανδημία του ιού της γρίπης τύπου Α(H1N1) στην Ευρώπη το 2009, επισκόπηση της εμπειρίας*, εκτεταμένη επισκόπηση της επιδημιολογίας και της ιολογίας της πανδημίας που εκδηλώθηκε το 2009 στις χώρες της ΕΕ και του ΕΟΧ.

Για κάποια επιλεγμένα έγγραφα του ECDC, όπως τα προαναφερόμενα, έχουν συνταχθεί περιλήψεις προκειμένου να καταστεί το περιεχόμενό τους διαθέσιμο στους φορείς χάραξης πολιτικής σε όλες τις γλώσσες της ΕΕ, συμπεριλαμβανομένης της ισλανδικής και της νορβηγικής. Οι περιλήψεις αντανακλούν το πνεύμα των πρωτότυπων δημοσιεύσεων, ωστόσο, ορισμένες σημαντικές αποχρώσεις ενδέχεται να χάθηκαν κατά τη διαδικασία της σύνοψης. Οι αναγνώστες που επιθυμούν να έχουν μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα μπορούν να ανατρέξουν στο πλήρες κείμενο των εγγράφων, τα οποία διατίθενται ηλεκτρονικά στον δικτυακό τόπο: [www.ecdc.europa.eu](http://www.ecdc.europa.eu).

Στο παράρτημα παρατίθεται κατάλογος με όλες τις δημοσιεύσεις του ECDC το 2010. Όλες τους διατίθενται ηλεκτρονικά μέσω του παραπάνω συνδέσμου, συνοδευόμενες από σύντομη περιγραφή του αντίστοιχου περιεχομένου. Επιλεγμένες εκθέσεις διατίθενται επίσης και εντύπως. Για να λάβετε το τυπωμένο αντίτυπο κάποιας από αυτές, μπορείτε να στείλετε μήνυμα ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στη διεύθυνση [publications@ecdc.europa.eu](mailto:publications@ecdc.europa.eu).

# Τεχνικές εκθέσεις

## 1 Αξιολόγηση κινδύνων για τον πυρετό Q

(Δημοσίευση: Μάιος 2010)

Κατόπιν αιτήματος της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, εκπονήθηκε **αξιολόγηση κινδύνων** με σκοπό την αξιολόγηση ζητημάτων που σχετίζονται με τον πυρετό Q και τη μετάδοσή του μέσω του αίματος, τον αντίκτυπο του χρόνιου πυρετού Q στην υγεία και τους κινδύνους που ελλοχεύουν για τις εγκύους. Με αφορμή την υπό εξέλιξη επιδημική έξαρση στις Κάτω Χώρες, ζητήθηκε από το ECDC να εξετάσει τα ζητήματα της διασυστορικής εξάπλωσης και της ανάγκης βελτίωσης των συστημάτων επιτήρησης. Η αξιολόγηση κινδύνων εκπονήθηκε σύμφωνα με τις αρχές που διέπουν τις μεθόδους βάσει αποδείξεων, προσδιορίζοντας όρους αναζήτησης για κάθε ζήτημα, όπως και κριτήρια συμπερίληψης και αποκλεισμού μελετών, και αξιολογώντας την ποιότητα των αποδεικτικών στοιχείων.

Παρουσιάστηκε μάλιστα και συζητήθηκε στους κόλπους επιτροπής εμπειρογνομόνων επισκόπηση των καλύτερων διαθέσιμων αποδεικτικών στοιχείων, στην οποία συμμετείχαν εκπρόσωποι από τη Γαλλία, τη Γερμανία, τις Ηνωμένες Πολιτείες, το Ηνωμένο Βασίλειο και τις Κάτω Χώρες. Οι σχετικές εργασίες ξεκίνησαν ταυτόχρονα και συντονισμένα με την εκπόνηση αξιολόγησης κινδύνων για τον πυρετό Q από την Ευρωπαϊκή Αρχή για την Ασφάλεια των Τροφίμων.

Κατά κανόνα, ο **οξύς πυρετός Q** είναι ήπια αυτοπεριοριζόμενη γριπώδης νόσος η οποία ενίοτε εκδηλώνεται με πνευμονία, ηπατίτιδα και άλλα συμπτώματα. Συνήθως θεραπεύεται επιτυχώς με τη χορήγηση δοξκυκλίνης για διάστημα δύο εβδομάδων.

Το *Coxiella burnetii* είναι ένα αποκλειστικά ενδοκυττάριο βακτήριο που μπορεί να μεταδοθεί μέσω του **αίματος και των ιστών**. Ο κίνδυνος μετάδοσης με τον συγκεκριμένο τρόπο είναι πολύ μικρός και στη βιβλιογραφία καταγράφεται ένα μόνο τεκμηριωμένο περιστατικό μετάδοσης. Σε περίπτωση επιδημικής έξαρσης, πρέπει να προσδιορίζεται η περιοχή όπου ενδημεί η νόσος και να εξετάζεται το ενδεχόμενο λήψης μέτρων προστασίας, όπως η ενεργητική επιτήρηση των ληπτών αίματος και ιστών, ο προσυμπτωματικός έλεγχος των δωτών καθώς και των προϊόντων αίματος και ιστών. Για τους ταξιδιώτες που επέστρεψαν από τη συγκεκριμένη περιοχή κατά τη διάρκεια της περιόδου επώασης και με ασυμπτωματική βακτηριαιμία (πέντε έως επτά εβδομάδες), μπορεί να εξεταστεί το ενδεχόμενο αποχής από την αιμοδοσία μέχρι το τέλος της εν λόγω περιόδου. Μπορεί επίσης να εξεταστεί το ενδεχόμενο χορήγησης αντιβιοτικών σε λήπτες αίματος που διατρέχουν ιδιαίτερα σοβαρό κίνδυνο, όπως οι ασθενείς με καρδιακά προβλήματα. Οι δότες που εκδήλωσαν οξεία λοίμωξη πυρετού Q πρέπει να απέχουν από την αιμοδοσία για δύο χρόνια από την ημερομηνία επιβεβαίωσης της θεραπείας τους από την οξεία λοίμωξη. Τα οφέλη της εφαρμογής των προαναφερθέντων μέτρων πρέπει να εξετάζονται προσεκτικά σε σχέση με τις αρνητικές επιπτώσεις που έχουν ενδεχομένως στον εφοδιασμό της περιοχής με αίμα. Πρέπει να υπάρχει μέριμνα για την ανάπτυξη στρατηγικής σχετικά με την κοινοποίηση των κινδύνων.

Ο **χρόνιος πυρετός Q** αποτελεί σοβαρή επιπλοκή της οξείας λοίμωξης πυρετού Q η οποία εκδηλώνεται στο 2% περίπου των συμπτωματικών λοιμώξεων οξείας μορφής. Το ποσοστό θνησιμότητας κυμαίνεται από 5% έως 50%. Ο χρόνιος πυρετός Q προκαλεί ενδοκαρδίτιδα σε ομάδες υψηλού κινδύνου, όπως οι άνθρωποι που φέρουν ήδη αλλοιώσεις των καρδιακών βαλβίδων, προσθετικές βαλβίδες ή αγγειακά μοσχεύματα. Μεγαλύτερο κίνδυνο διατρέχουν επίσης οι ασθενείς με καρκίνο ή σε ανοσοκαταστολή. Για τη θεραπεία του χρόνιου πυρετού Q επιβάλλεται η χορήγηση αγωγής για διάστημα ενός τουλάχιστον έτους. Σε ορισμένες περιπτώσεις, επιβάλλεται η χορήγηση διά βίου αγωγής περισσότερων του ενός αντιβιοτικών. Ενδεχομένως να χρειαστεί και χειρουργική αντικατάσταση των προβληματικών καρδιακών βαλβίδων.

Η αποτελεσματική ανίχνευση και θεραπεία του οξέος πυρετού Q είναι το καλύτερο μέτρο για την αποφυγή χρόνιων καταστάσεων. Στη συνέχεια περιγράφονται τρία πιθανά μέτρα: (1) ευαισθητοποίηση των εργαζομένων στον τομέα της υγείας αλλά και των πολιτών σχετικά με την αντιμετώπιση των ομάδων κινδύνου, (2) ενεργητική ορολογική παρακολούθηση γνωστών ομάδων κινδύνου με σκοπό την έγκαιρη ανίχνευση και θεραπεία κρουσμάτων οξείας λοίμωξης πυρετού Q, ή (3) παραπομπή όλων των γνωστών ασθενών με οξύ πυρετό Q για ηχοκαρδιογραφική εξέταση με σκοπό την ενεργητική ανίχνευση και παρακολούθηση πιθανών κρουσμάτων.

Σκόπιμη θα ήταν η έναρξη ποιοτικών διερευνητικών μελετών κοόρτης και ελεγχόμενων δοκιμών (όπου είναι δεοντολογικά εφικτό) με στόχο τη συλλογή πιο αξιόπιστων στοιχείων για τους τρόπους πρόληψης και αναχαίτισης επιδημικών εξάρσεων του πυρετού Q στον τομέα της δημόσιας υγείας, και για τους τρόπους διάγνωσης και θεραπείας των οξέων και χρόνιων μορφών της νόσου σε κλινικό επίπεδο.

Ελάχιστα είναι τα διαθέσιμα στοιχεία για τον **πυρετό Q κατά την εγκυμοσύνη**. Κατά κύριο λόγο προέρχονται από παρατηρήσεις και έρευνες σε κατοικίδια ζώα και πειραματόζωα, από μελέτες επιπολασμού οροθετικότητας, από εκθέσεις που αφορούν συγκεκριμένες περιπτώσεις, και από μία ιατρική μελέτη παρατήρησης 53 εγκύων γυναικών

για διάστημα 15 ετών. Τα διαθέσιμα επί του παρόντος στοιχεία δεν επιτρέπουν την ποσοτικοποίηση του κινδύνου που διατρέχουν οι έγκυες γυναίκες σε περίπτωση που ασθενήσουν σοβαρά με πυρετό Q σε σύγκριση με τον αντίστοιχο κίνδυνο που διατρέχει ο γενικός (γυναικείος) πληθυσμός. Έχουν αναφερθεί αρκετά κρούσματα λοίμωξης εγκύων από *Coxiella burnetii* με σοβαρότατες επιπλοκές. Σε ορισμένες περιπτώσεις, το *Coxiella burnetii* εντοπίστηκε στον πλακούντα και στον εμβρυακό ιστό. Το *Coxiella* εντοπίστηκε ακόμη στο μητρικό γάλα χωρίς, όμως να έχει επιβεβαιωθεί ακόμη κανένα κρούσμα μετάδοσης του μικροβίου μέσω του θηλασμού.

Σύμφωνα με ενδείξεις, η μακροχρόνια θεραπεία με αντιβιοτικά που περιέχουν κοτριμοξαζόλη μπορεί να συμβάλει στην πρόληψη σοβαρών επιπλοκών κατά την εγκυμοσύνη. Τα σχετικά στοιχεία, όμως, βασίζονται σε ιατρική μελέτη παρατήρησης χωρίς τυχαιοποίηση και χωρίς έλεγχο για πιθανά σφάλματα. Μέχρι να προκύψουν περισσότερα στοιχεία από υψηλής ποιότητας μελέτες με θέμα τη θεραπεία της νόσου, οι έγκυες γυναίκες που διαγιγνώσκονται με λοίμωξη πυρετού Q καλό θα ήταν να λαμβάνουν αγωγή με αντιβιοτικά καθ' όλη τη διάρκεια της υπόλοιπης εγκυμοσύνης τους. Η σύσταση αυτή δεν βασίζεται πάντως σε αξιόπιστα επιστημονικά στοιχεία. Ως εκ τούτου, για τη συλλογή περισσότερο αξιόπιστων στοιχείων το ECDC συνιστά μετ' επιτάσεως την εκπόνηση τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων δοκιμών.

Η βασική σύσταση προς τις εγκύους είναι να μην επισκέπτονται αγροκτήματα σε πληγείσες περιοχές. Το ECDC δεν συνιστά αποφυγή του θηλασμού. Εξαιρούνται οι περιπτώσεις χρόνιας ασθένειας που χρήζουν μακροχρόνιας θεραπείας της μητέρας.

Στην Αυστραλία παράγεται και διατίθεται στην αγορά εγκεκριμένο **εμβόλιο κατά του πυρετού Q** το οποίο περιέχει ολόκληρο κύτταρο αδραντοποιημένο με φορμαλδεΐδη. Το εν λόγω εμβόλιο είναι μεν αποτελεσματικό, όμως κρίνεται αναγκαίος ο δοκιμαστικός προεμβολιασμός λόγω της μεγάλης πιθανότητας πρόκλησης ανεπιθύμητων παρενεργειών σε άτομα που είχαν μολυνθεί παλαιότερα με *Coxiella burnetii*. Επομένως, το εμβόλιο είναι κατάλληλο μάλλον για συγκεκριμένες ομάδες κινδύνου παρά για τον γενικό πληθυσμό.

Από τα διαθέσιμα στοιχεία προκύπτει ότι είναι δυνατή η **μετάδοση του *Coxiella burnetii* μέσω του αέρα** σε ακτίνα μικρότερη των 5 χλμ. Συνεπώς, είναι μικρός ο κίνδυνος μετάδοσης της νόσου μέσω του αέρα από τις Κάτω Χώρες σε γειτονικές χώρες (π.χ. Βέλγιο, Γερμανία) και σε περιοχές που γειτνιάζουν με εστίες έξαρσης της νόσου. Η ενεργητική επιτήρηση ή η ανίχνευση κρουσμάτων οξέος πυρετού Q σε πιθανές ομάδες κινδύνου (π.χ. εγκύους, ασθενείς με καρδιαγγειακές παθήσεις) σε τοπικό επίπεδο και για καθορισμένο χρονικό διάστημα αναφέρεται ως εφικτή και αποτελεσματική μέθοδος εντοπισμού οξέων λοιμώξεων. Στις περιοχές που γειτνιάζουν με εστίες επιδημίας ( $\leq 5$  χλμ. από την πηγή), πρέπει να πραγματοποιούνται εκστρατείες ευαισθητοποίησης των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης. Εάν η πληγείσα περιοχή εγκυμονεί κινδύνους και για άλλα κράτη μέλη, οι αρμόδιες δημόσιες υγειονομικές αρχές πρέπει να ενημερώνουν τους ομολόγους τους στην άλλη πλευρά των συνόρων. Η ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των δημόσιων υγειονομικών και κτηνιατρικών αρχών συμβάλλει σημαντικά στην έγκαιρη ανίχνευση ενδεχόμενης επιδημικής έξαρσης. Επιπλέον, οι εθνικές και τοπικές υγειονομικές και κτηνιατρικές αρχές πρέπει να λαμβάνουν όλα τα αναγκαία μέτρα για την αναχαίτιση ενδεχόμενης επιδημικής έξαρσης.

## 2 Επιτήρηση και πρόληψη της ηπατίτιδας Β και C στην Ευρώπη

(Δημοσίευση: Οκτώβριος 2010)

### Πεδίο εφαρμογής

Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης ήταν η χαρτογράφηση των υφιστάμενων εθνικών συστημάτων επιτήρησης και προγραμμάτων πρόληψης της ηπατίτιδας Β και C στις χώρες της ΕΕ και του ΕΟΧ.

### Ηπατίτιδα Β

#### *Η επιτήρηση στην Ευρώπη*

Όλες οι χώρες ανέφεραν ότι εφαρμόζουν παθητικό υποχρεωτικό σύστημα αναφοράς κρουσμάτων ηπατίτιδας Β. Δεκαπέντε χώρες διαθέτουν ένα μοναδικό σύστημα επιτήρησης, ενώ τέσσερις χώρες εφαρμόζουν διάφορα συστήματα επιτήρησης. Οι εθνικοί στόχοι επιτήρησης των διαφόρων χωρών ήταν μεν παραπλήσιοι, όμως οι ορισμοί του κρούσματος δεν ήταν σε όλες τις περιπτώσεις σύμφωνοι με τους στόχους. Οκτώ χώρες ανέφεραν ότι χρησιμοποιούν τον ορισμό κρούσματος της ΕΕ του 2008, ενώ τρεις χρησιμοποιούν τον ορισμό κρούσματος της ΕΕ του 2002. Συνολικά, 21 χώρες ανέφεραν ότι χρησιμοποιούν ορισμό κρούσματος που μοιάζει πολύ με τον ορισμό της ΕΕ. Βάσει των διαφόρων ορισμών του κρούσματος, 28 χώρες αναφέρουν επιβεβαιωμένα κρούσματα, 27 εκ των οποίων και κρούσματα οξείας ηπατίτιδας Β. Χρόνια περιστατικά αναφέρονται στις εκθέσεις 17 χωρών, ενώ τα ασυμπτωματικά κρούσματα συνήθως δεν αναφέρονται. Είκοσι έξι χώρες ανέφεραν ότι συλλέγουν στοιχεία βάσει κρουσμάτων σε εθνικό επίπεδο, όμως η συχνότητα της ανάλυσης διαφέρει από χώρα σε χώρα. Είκοσι έξι χώρες συλλέγουν βασικές πληροφορίες (ηλικία, φύλο, τόπο κατοικίας, ημερομηνία εκδήλωσης της νόσου, ημερομηνία αναφοράς του κρούσματος), οι οποίες όμως δεν συνοδεύονται συνήθως από αναλυτικά στοιχεία για τον επιδημιολογικό κίνδυνο και τον αντίκτυπο της νόσου.

#### *Η επιδημιολογία στην Ευρώπη*

Σύμφωνα με τα στοιχεία που υπέβαλαν 27 χώρες, ο αριθμός των νέων καταγεγραμμένων κρουσμάτων ανά 100 000 κατοίκους κυμάνθηκε το 2007 από 0 έως 15,0 με μέσο όρο 1,5 (Ετήσια επιδημιολογική έκθεση για τις μεταδοτικές ασθένειες στην Ευρώπη - 2009. Στοκχόλμη, ECDC, 2009). Ο αριθμός των καταγεγραμμένων κρουσμάτων μόλυνσης από τον ιό της ηπατίτιδας Β (HBV) στις χώρες της ΕΕ και του ΕΟΧ ανά 100 000 κατοίκους μειώθηκε από 6,7 σε 1,5 κατά την περίοδο 1995-2007. Η παρακολούθηση των τάσεων και η πραγματοποίηση συγκρίσεων μεταξύ των χωρών παρουσιάζουν δυσκολίες, καθώς τα διάφορα συστήματα επιτήρησης διαφέρουν σημαντικά μεταξύ τους και οι πρόσφατες αλλαγές ενδέχεται να έχουν αντίκτυπο στα υποβληθέντα στοιχεία.

Ο επιπολασμός του HBV στον γενικό πληθυσμό παρουσιάζει μεγάλες διακυμάνσεις μεταξύ των χωρών, με χαμηλά έως μέτρια ποσοστά φορέων του αντιγόνου HBsAg στη Σλοβακία (1,6%), την Ιταλία (1%), το Βέλγιο και τη Γαλλία (περίπου 0,6 %), τη Φινλανδία, την Ουγγαρία, το Ηνωμένο Βασίλειο (όλες κάτω από 0,5%), και τη Βουλγαρία (3,8%). Προσυμπτωματικός έλεγχος των εγκύων για HBV γίνεται σε 24 χώρες, όχι όμως στο Βέλγιο, τη Βουλγαρία, τη Λιθουανία, το Λουξεμβούργο και τη Ρουμανία. Ο επιπολασμός στις εγκύους κυμαίνεται από 1,15% στην Ελλάδα έως 0,14% στη Φινλανδία. Προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου εφαρμόζονται επίσης για χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών (σε 15 από τις 29 χώρες), σε κρατούμενους σε σωφρονιστικά ιδρύματα (σε 11 χώρες), σε νοσηλεύομενους με σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις (εννέα χώρες) και σε άτομα με πολλούς ερωτικούς συντρόφους (δύο χώρες). Σύμφωνα με τις εκθέσεις οκτώ χωρών, ο επιπολασμός του HBV σε χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών ήταν υψηλότερος σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Ο επιπολασμός σε χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών παρουσιάζει μεγάλες διακυμάνσεις, από 0,5% στη Νορβηγία έως 50% στη Δανία. Ο επιπολασμός μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα της υγείας στη Δανία και τη Γερμανία φαίνεται να είναι παρόμοιος με τον επιπολασμό στον γενικό πληθυσμό.

#### *Προσυμπτωματικός έλεγχος και εμβολιασμός*

Είκοσι δύο χώρες εφαρμόζουν προγράμματα καθολικού εμβολιασμού βρεφών, παιδιών και εφήβων. Επτά χώρες (Δανία, Ηνωμένο Βασίλειο, Ισλανδία, Κάτω Χώρες, Νορβηγία, Σουηδία, Φινλανδία) εφαρμόζουν προγράμματα επιλεκτικού εμβολιασμού στοχοθετημένων ομάδων κινδύνου. Πρόσθετα προγράμματα πρόληψης για διάφορες ομάδες κινδύνου εφαρμόζονται συνήθως σε όσους διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο από τον HBV λόγω επαγγελματικής έκθεσης. Επίσης, μεγάλη είναι και η ποικιλία των προγραμμάτων εμβολιασμού ομάδων κινδύνου. Μόνο οι μισές από τις χώρες που εφαρμόζουν πρόγραμμα συστηματικού εμβολιασμού ανέφεραν ανομοιογενή ποσοστά κάλυψης. Σύμφωνα με ενδείξεις, το ποσοστό κάλυψης των βρεφών (ενός έως δύο ετών) κυμαίνεται πάντως άνω του 95% (με εξαίρεση την Αυστρία, τη Μάλτα και τη Γαλλία).



## Ηπατίτιδα C

### Η επιτήρηση στην Ευρώπη

Όλες οι χώρες της ΕΕ και του ΕΟΧ ανέφεραν ότι εφαρμόζουν σύστημα αναφοράς κρουσμάτων ηπατίτιδας C (είτε σε εθνικό επίπεδο είτε ειδικά για κάποιον συγκεκριμένο πληθυσμό). Δεκατέσσερις χώρες εφαρμόζουν ένα μοναδικό σύστημα επιτήρησης, ενώ 15 χώρες ανέφεραν ότι χρησιμοποιούν διάφορα συστήματα επιτήρησης για την παρακολούθηση της ηπατίτιδας C. Οι εθνικοί στόχοι επιτήρησης των διαφόρων χωρών ήταν μεν παραπλήσιοι, όμως οι ορισμοί του κρούσματος δεν ήταν σε όλες τις περιπτώσεις σύμφωνοι με τους στόχους. Έντεκα χώρες ανέφεραν ότι χρησιμοποιούν τον ορισμό κρούσματος της ΕΕ του 2008, ενώ τέσσερις χρησιμοποιούν τον ορισμό κρούσματος της ΕΕ του 2002. Πάντως, οι διαφορές μεταξύ των κρατών μελών όσον αφορά την εφαρμογή των ορισμών του κρούσματος και ιδίως την ταξινόμησή τους είναι μεγάλες. Όλες οι χώρες περιλαμβάνουν στα συστήματα επιτήρησής τους τα επιβεβαιωμένα οξεία κρούσματα<sup>1</sup>, ενώ 18 χώρες περιλαμβάνουν και τα χρόνια περιστατικά. Ορισμένες χώρες ανέφεραν ότι συλλέγουν πληροφορίες για όλα τα κρούσματα συνολικά και ότι δεν διαθέτουν ορολογικούς δείκτες για τη διάκριση μεταξύ οξείας και χρόνιας ηπατίτιδας C, γεγονός που δυσχεραίνει την ερμηνεία των διαθέσιμων στοιχείων μεταξύ των χωρών. Είκοσι έξι χώρες ανέφεραν ότι συλλέγουν στοιχεία βάσει κρουσμάτων σε εθνικό επίπεδο, όμως η συχνότητα της ανάλυσης διαφέρει από χώρα σε χώρα. Δεκαεννέα χώρες συλλέγουν στο πλαίσιο του συστήματος επιτήρησης που εφαρμόζουν, εκτός από τα στοιχεία των νοσοκομείων, και στοιχεία από εργαστήρια, ενώ δέκα χώρες δεν περιλαμβάνουν στο σύστημά τους τα στοιχεία των εργαστηρίων. Είκοσι έξι χώρες συλλέγουν βασικές πληροφορίες (ηλικία, φύλο, τόπο κατοικίας, ημερομηνία εκδήλωσης της νόσου, ημερομηνία αναφοράς του κρούσματος), οι οποίες όμως δεν συνοδεύονται συνήθως από αναλυτικές πληροφορίες για τον επιδημιολογικό κίνδυνο και τον αντίκτυπο της νόσου. Σύμφωνα με ενδείξεις, η μη καταγραφή όλων ανεξαιρέτως των κρουσμάτων είναι συχνό φαινόμενο λόγω του ασυμπτωματικού χαρακτήρα της νόσου.

### Η επιδημιολογία στην Ευρώπη

Σύμφωνα με τα στοιχεία που υπέβαλαν τα 27 κράτη μέλη, ο αριθμός των νέων καταγεγραμμένων κρουσμάτων ανά 100 000 κατοίκους κυμάνθηκε το 2007 από 0 έως 36, με μέση συχνότητα εμφάνισης τα 6,9 κρούσματα ανά 100 000 κατοίκους (Ετήσια επιδημιολογική έκθεση, ECDC 2009). Ο αριθμός των καταγεγραμμένων κρουσμάτων μόλυνσης από τον ιό της ηπατίτιδας C (HCV) στις χώρες της ΕΕ και του ΕΟΧ ανά 100 000 κατοίκους αυξήθηκε από 4,5 σε 6,9 κατά την περίοδο 1995-2007. Η παρακολούθηση των τάσεων και η πραγματοποίηση συγκρίσεων μεταξύ των χωρών παρουσιάζουν δυσκολίες και πρέπει να γίνονται με προσοχή, καθώς τα συστήματα επιτήρησης διαφέρουν σημαντικά μεταξύ τους και οι πρόσφατες αλλαγές ενδέχεται να έχουν αντίκτυπο στα υποβληθέντα στοιχεία. Την ερμηνεία των στοιχείων που αφορούν τον HCV δυσχεραίνει ακόμη περισσότερο η μη διάκριση μεταξύ οξείας και χρόνιας νόσου και η ασυμπτωματική φύση της λοίμωξης. Η τελευταία έχει ως αποτέλεσμα τα υποβληθέντα ποσοτικά στοιχεία να αντικατοπτρίζουν ενδεχομένως περισσότερο τις πρακτικές εξέτασης παρά την πραγματική επίπτωση.

Ελάχιστα είναι τα διαθέσιμα στοιχεία για τον επιπολασμό του HCV στον γενικό πληθυσμό. Ο επιπολασμός κυμαίνεται από 2,6% στην Ιταλία το 2007 έως 0,12% στο Βέλγιο το 2003. Σχετικά υψηλό επιπολασμό αναφέρουν η Βουλγαρία (1,2%) και η Σλοβακία (1,56%). Όσον αφορά τον επιπολασμό στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών, έντεκα κράτη μέλη ανέφεραν ποσοστά επιπολασμού που κυμαίνονται από 25% έως 75%. Κατά την περίοδο 2006-2007, τον χαμηλότερο επιπολασμό (10,8%-25,6%) ανέφερε η Ιταλία και τον υψηλότερο (70%) η Νορβηγία. Τα στοιχεία για τον επιπολασμό του HCV βασίζονται σε ορολογικούς δείκτες για την ηπατίτιδα C, χωρίς όμως να υποδεικνύεται ποιες πληθυσμιακές ομάδες φέρουν το μικρόβιο και είναι, επομένως, μολυσματικές.

### Η πρόληψη στην Ευρώπη

Οι μισές χώρες ανέφεραν ότι εφαρμόζουν προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου σε ομάδες κινδύνου: δεκαέξι χώρες διαθέτουν προγράμματα για χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών και έντεκα χώρες για κρατούμενους σε σωφρονιστικά ιδρύματα. Ασαφές παραμένει πόσες χώρες εφαρμόζουν προγράμματα για την παρακολούθηση του ποσοστού μόλυνσης των εργαζομένων στον τομέα της υγείας. Σύμφωνα με τα στοιχεία, υπάρχει ανάγκη εφαρμογής περισσότερων προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου σε ομάδες κινδύνου, σε δύσκολα προσεγγίσιμες πληθυσμιακές ομάδες και στον γενικό πληθυσμό. Όμως, πριν από την εφαρμογή οποιουδήποτε μέτρου, όμως, επιβάλλεται η εκπόνηση διεξοδικής έρευνας που θα βασίζεται στην ανάλυση της αποδοτικότητας βάσει του κόστους και στη διαθεσιμότητα αποτελεσματικής θεραπευτικής αγωγής.

## Συμπέρασμα

Για τους σκοπούς της παρούσας έκθεσης συλλέχθηκαν και αναλύθηκαν στοιχεία από 29 χώρες της ΕΕ και του ΕΟΧ σχετικά με τα προγράμματα επιτήρησης και πρόληψης της ηπατίτιδας B και C. Αν και όλες οι χώρες διαθέτουν

<sup>1</sup> Επιβεβαιωμένα οξεία κρούσματα ηπατίτιδας C καταγράφηκαν στη Γαλλία μόνο το 2006 και το 2007 και σε συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα, π.χ. άνδρες με ομοφυλοφιλικές επαφές που έχουν μολυνθεί από τον ιό HIV.

συστήματα για τη συλλογή στοιχείων σε εθνικό επίπεδο, τα τελευταία παρουσιάζουν διαφορές μεταξύ τους ως προς τον τρόπο εφαρμογής των ορισμών του κρούσματος και αξιοποίησης των συλλεχθέντων στοιχείων.

Η παρούσα έκθεση επιχειρεί να συνοψίσει τα τελευταία διαθέσιμα στοιχεία για τον επιπολασμό της ιογενούς ηπατίτιδας σε επίπεδο ΕΕ, καθώς πρόκειται για νόσο με υψηλό ποσοστό μη καταγεγραμμένων κρουσμάτων. Η εναρμόνιση των διαθέσιμων στοιχείων επιτήρησης με στόχο τη βελτίωση της συγκρισιμότητας των στοιχείων μεταξύ των χωρών αποτελεί σημαντική πρόκληση για το προσεχές μέλλον.

# Καθοδήγηση ECDC

## 3 Διαχείριση σε επίπεδο δημόσιας υγείας των σποραδικών κρουσμάτων επιθετικής μηνιγγιτιδοκοκκικής νόσου και των ατόμων που ήρθαν σε επαφή με τους ασθενείς

(Δημοσίευση: Οκτώβριος 2010)

Το *Neisseria meningitidis* είναι σύννηθες συμβιωτικό βακτήριο που αποικεί στον φaryγγικό βλεννογόνο του ανθρώπου και μπορεί να προκαλέσει σοβαρή επιθετική μηνιγγιτιδοκοκκική νόσο (IMD) η οποία εκδηλώνεται συνήθως ως μηνιγγίτιδα, σηψαιμία ή αμφοτέρα. Δυστυχώς, η διαχείριση των σποραδικών κρουσμάτων IMD σε επίπεδο δημόσιας υγείας παρουσιάζει μεγάλη ανομοιογένεια στην Ευρώπη, γεγονός που οφείλεται εν μέρει στην αβεβαιότητα που περιβάλλει την αποτελεσματικότητα των μέτρων πρόληψης.

Στόχος του παρόντος εγγράφου είναι η παροχή καθοδήγησης βάσει αποδεικτικών στοιχείων για καλές πρακτικές διαχείρισης, σε επίπεδο δημόσιας υγείας, των σποραδικών κρουσμάτων μηνιγγιτιδοκοκκικής νόσου και των ατόμων που ήρθαν σε επαφή με τους ασθενείς. Πρόσθετος στόχος του είναι να βοηθήσει τις χώρες της Ευρώπης να λάβουν αποφάσεις για τα κατάλληλα μέτρα ελέγχου και πρόληψης της μηνιγγιτιδοκοκκικής νόσου σε εθνικό και υποεθνικό επίπεδο. Επιδίωξη του παρόντος εγγράφου καθοδήγησης είναι να βοηθήσει τις ευρωπαϊκές χώρες να επανεξετάσουν τις πολιτικές διαχείρισης της δημόσιας υγείας που εφαρμόζουν και τις μεθόδους που προβλέπουν για τη μικροβιολογική διάγνωση της μηνιγγιτιδοκοκκικής νόσου. Παρότι τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στο παρόν έγγραφο δεν περιλαμβάνουν καθοδήγηση για τη διαχείριση των εκτιθέμενων εργαζομένων στον τομέα της υγείας ούτε των κατά τόπους επιδημικών εξάρσεων, καλύπτονται οι ακόλουθοι σχετικοί τομείς:

- Εργαστηριακές δοκιμές για την επιβεβαίωση της διάγνωσης της IMD
- Χορήγηση αντιβιοτικών μετά την απόλυση του ασθενούς από το νοσοκομείο
- Χημειοπροφύλαξη των ατόμων που ήρθαν σε στενή επαφή με τους ασθενείς σε διάφορα περιβάλλοντα
- Επιλογή αντιβιοτικών για τη χημειοπροφύλαξη διαφόρων πληθυσμιακών ομάδων (ενήλικων, παιδιών, εγκύων)
- Χρήση μηνιγγιτιδοκοκκικού εμβολίου παράλληλα με τη χημειοπροφύλαξη.

Εκτός από την ποιότητα των επιστημονικών στοιχείων, τα συμπεράσματα λαμβάνουν υπόψη τους τα πιθανά οφέλη και τις ενδεχόμενες ζημιές, τις τιμές, τις επιβαρύνσεις και το κόστος.

### Αποτελέσματα

Τα αποτελέσματα βασίζονται στη συστηματική επισκόπηση και κριτική αξιολόγηση των επί του παρόντος διαθέσιμων βέλτιστων αποδεικτικών στοιχείων. Εάν επιθυμείτε πιο ολοκληρωμένη εικόνα, ανατρέξτε στο πλήρες κείμενο του εγγράφου.

#### 1. Ποιοι εργαστηριακοί έλεγχοι συνιστώνται για ακριβή (ευαίσθητη, ειδική) και ταχεία διάγνωση της IMD;

Ερευνητικό ερώτημα: Ποιοι είναι οι πιο ευαίσθητοι και ειδικοί εργαστηριακοί έλεγχοι που επιβεβαιώνουν τη διάγνωση της IMD;

- Βάσει αποδεικτικών στοιχείων μέτριας ποιότητας, οι διαγνωστικοί έλεγχοι που πρέπει να προτιμώνται είναι η αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης (PCR) και η καλλιέργεια. Εάν από υλικοτεχνικής και οικονομικής άποψης είναι εφικτό, τα μικροβιολογικά εργαστήρια που αναλαμβάνουν τη διάγνωση της μηνιγγιτιδοκοκκικής νόσου πρέπει να έχουν πρόσβαση σε έλεγχο με PCR. Σε περίπτωση που έχει ήδη ξεκινήσει η αντιμικροβιακή αγωγή, ο έλεγχος της βιοψίας/αναρρόφησης δέρματος με PCR συμπληρωματικά προς τον έλεγχο του δείγματος αίματος/εγκεφαλονωτιαίου υγρού μπορεί –βάσει αποδεικτικών στοιχείων χαμηλής ποιότητας– να αυξήσει την ευαισθησία της διάγνωσης σε ασθενείς με δερματικές αλλοιώσεις.

#### 2. Μετά την απόλυση των ασθενών με IMD από το νοσοκομείο πρέπει να τους χορηγούνται αντιβιοτικά, πέραν αυτών που χρησιμοποιούνται στο πλαίσιο της ενδοноσοκομειακής θεραπείας;

Ερευνητικό ερώτημα: Είναι αποτελεσματική η χορήγηση αντιβιοτικών για την εξουδετέρωση του ιού της IMD με γνώμονα την πρόληψη δευτερογενών κρουσμάτων μετά το πέρας της νοσηλείας στο νοσοκομείο σε σύγκριση με τη μη χορήγηση αντιβιοτικών μετά την απόλυσή τους από το νοσοκομείο;

- Η ποιότητα των αποδεικτικών στοιχείων υπέρ ή κατά της χορήγησης αντιβιοτικών σε ασθενείς με IMD μετά την απόλυσή τους από το νοσοκομείο είναι πολύ χαμηλή. Ωστόσο, βάσει αποδεικτικών στοιχείων μέτριας ποιότητας για την αποτελεσματικότητα της χημειοπροφύλαξης που χορηγείται σε άτομα που ήρθαν σε

στενή επαφή με τους ασθενείς, και δεδομένου του σχετικά χαμηλού κόστους του μέτρου, πρέπει να χορηγούνται αντιβιοτικά που εξουδετερώνουν τον ιό εάν δεν έχουν ήδη χρησιμοποιηθεί κατά τη θεραπεία.

### **3. Πρέπει να χορηγείται χημειοπροφύλαξη στα άτομα του οικογενειακού περιβάλλοντος των ασθενών με IMD ή στα άτομα που είχαν πολύ στενή επαφή μαζί τους;**

Ερευνητικό ερώτημα: Ποια η αποτελεσματικότητα της χημειοπροφύλαξης που χορηγείται στα άτομα του οικογενειακού περιβάλλοντος των ασθενών με IMD όσον αφορά την πρόληψη περαιτέρω κρουσμάτων μεταξύ των ατόμων αυτών;

- Βάσει αποδεικτικών στοιχείων μέτριας ποιότητας τα οποία προέρχονται από μελέτες παρατήρησης, στα άτομα του οικογενειακού περιβάλλοντος των ασθενών με IMD πρέπει να χορηγείται χημειοπροφύλαξη με αντιβιοτική αγωγή που εξουδετερώνει τον ιό.

### **4. Πρέπει να χορηγείται χημειοπροφύλαξη στους μαθητές ή στους φοιτητές που πηγαίνουν στο ίδιο νηπιαγωγείο, σχολείο ή πανεπιστήμιο με άτομο που εκδήλωσε IMD;**

Ερευνητικό ερώτημα: Ποια η αποτελεσματικότητα της χημειοπροφύλαξης που χορηγείται σε άτομα τα οποία ήρθαν σε επαφή με άτομο που εκδήλωσε IMD στο νηπιαγωγείο, στο σχολείο ή στο πανεπιστήμιο όσον αφορά την πρόληψη περαιτέρω κρουσμάτων;

- Βάσει αποδεικτικών στοιχείων χαμηλής ποιότητας, χημειοπροφύλαξη σε άτομα που πηγαίνουν στο ίδιο νηπιαγωγείο με άτομο που εκδήλωσε IMD, πρέπει να χορηγείται ανάλογα με την αξιολόγηση των κινδύνων. Η συνύπαρξη στο ίδιο σχολείο/πανεπιστήμιο με άτομο που εκδήλωσε IMD δεν πρέπει να αποτελεί από μόνη της λόγο χορήγησης χημειοπροφύλαξης.

### **5. Πρέπει να χορηγείται χημειοπροφύλαξη σε άτομα που ήπιαν από το ίδιο ποτήρι με άτομο που εκδήλωσε IMD;**

Ερευνητικό ερώτημα: Ποια η αποτελεσματικότητα της χημειοπροφύλαξης που χορηγείται σε άτομα τα οποία ήπιαν από το ίδιο ποτήρι με άτομο που εκδήλωσε IMD (ή είχαν παρόμοιοι τύπου επαφή μαζί του, π.χ. κάπνισαν το ίδιο τσιγάρο, χρησιμοποίησαν τα ίδια μαχαιροπίρουνα) όσον αφορά την πρόληψη περαιτέρω κρουσμάτων μεταξύ των ατόμων που ήρθαν σε επαφή με το συγκεκριμένο άτομο;

- Βάσει αποδεικτικών στοιχείων χαμηλής ποιότητας, η χρησιμοποίηση του ίδιου ποτηριού, του ίδιου τσιγάρου ή η επαφή παρόμοιοι τύπου με άτομο που εκδήλωσε IMD δεν πρέπει να αποτελεί από μόνη της λόγο χορήγησης χημειοπροφύλαξης.

### **6. Πρέπει να χορηγείται χημειοπροφύλαξη σε άτομα που χρησιμοποίησαν το ίδιο μεταφορικό μέσο (π.χ. αεροπλάνο, πλοίο, λεωφορείο, αυτοκίνητο) με άτομο που εκδήλωσε IMD;**

Ερευνητικό ερώτημα: Ποια η αποτελεσματικότητα της χημειοπροφύλαξης που χορηγείται σε άτομα τα οποία χρησιμοποίησαν το ίδιο μεταφορικό μέσο με άτομο που εκδήλωσε IMD όσον αφορά την πρόληψη περαιτέρω κρουσμάτων μεταξύ των ατόμων αυτών;

- Τα διαθέσιμα επί του παρόντος αποδεικτικά στοιχεία είναι πολύ χαμηλής ποιότητας. Βάσει αυτών, δεν είναι δυνατή η ποσοτικοποίηση του κινδύνου μετάδοσης του μικροβίου στα διάφορα μέσα μεταφοράς, ούτε έχουν επιβεβαιωθεί δευτερογενή κρούσματα σε αυτά. Ως εκ τούτου, η χρησιμοποίηση του ίδιου μεταφορικού μέσου με άτομο που εκδήλωσε IMD δεν πρέπει να αποτελεί από μόνη της λόγο χορήγησης χημειοπροφύλαξης.

### **7. Τι είδους αντιβιοτική αγωγή συνιστάται για τη χημειοπροφύλαξη ενηλίκων, παιδιών και εγκύων;**

Ερευνητικό ερώτημα: Ποιες αντιβιοτικές αγωγές είναι πιο αποτελεσματικές για την εξουδετέρωση του ιού στους ενήλικες, τα παιδιά και τις εγκύους;

- Βάσει αποδεικτικών στοιχείων μέτριας έως υψηλής ποιότητας, μπορούν να χορηγηθούν για λόγους προφύλαξης σε ενήλικους και παιδιά ριφαμπικίνη, σιπροφλοξασίνη, κεφτριαξόνη, αζιθρομυκίνη και κεφιξίμη. Σύμφωνα με ενδείξεις, όλα τα προαναφερθέντα αντιβιοτικά είναι παρόμοια, όμως η σιπροφλοξασίνη, η αζιθρομυκίνη και η κεφτριαξόνη μπορούν να χορηγηθούν άπαξ. Έχει αναφερθεί ενίσχυση της αντοχής του μικροβίου συνεπεία της χορήγησης ριφαμπικίνης.

### **8. Τα άτομα που έχουν έρθει σε επαφή με άτομο που εκδήλωσε IMD και τα οποία λαμβάνουν χημειοπροφύλαξη πρέπει να κάνουν επιπλέον μηνιγγιτιδοκοκκικό εμβόλιο;**

Ερευνητικό ερώτημα: Ποια η αποτελεσματικότητα του εμβολιασμού συμπληρωματικά προς τη χημειοπροφύλαξη ατόμων του οικογενειακού περιβάλλοντος τα οποία ήρθαν σε επαφή με άτομο που εκδήλωσε IMD όσον αφορά την πρόληψη περαιτέρω κρουσμάτων;

- Η ποιότητα των επί του παρόντος διαθέσιμων αποδεικτικών στοιχείων είναι πολύ χαμηλή και τα ακόλουθα συμπεράσματα βασίζονται σε έμμεσα αποδεικτικά στοιχεία. Σε περίπτωση εκδήλωσης κρούσματος μηνιγγιτιδοκοκκικής νόσου από στέλεχος του βακτηρίου που αντιμετωπίζεται με εγκεκριμένο εμβόλιο διαθέσιμο στην αγορά, πρέπει να εμβολιάζονται με αυτό τα άτομα του οικογενειακού περιβάλλοντος του ασθενούς συμπληρωματικά προς τη χορήγηση χημειοπροφύλαξης, εκτός κι αν κριθεί ότι έχουν ήδη ανοσία.

## 4 Εξέταση για την ανίχνευση του ιού HIV: αύξηση της αποδοχής και της αποτελεσματικότητας στην Ευρωπαϊκή Ένωση

(Δημοσίευση: Οκτώβριος 2010)

### Πεδίο εφαρμογής και σκοπός της παρούσας καθοδήγησης

Στόχος της παρούσας καθοδήγησης που βασίζεται σε αποδεικτικά στοιχεία είναι η παροχή ενημερωμένων στοιχείων για την ανάπτυξη, την παρακολούθηση και την αξιολόγηση των εθνικών στρατηγικών ή προγραμμάτων εξέτασης για την ανίχνευση του ιού HIV στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) και του Ευρωπαϊκού Οικονομικού Χώρου.

#### *Γιατί είναι σημαντική η εξέταση για την ανίχνευση του ιού HIV;*

Ο αριθμός των ατόμων που μολύνονται από τον ιό HIV εξακολουθεί να αυξάνεται σε ολόκληρη την Ευρώπη και οι χώρες που αναφέρουν ως πρόβλημα την καθυστερημένη διάγνωση της νόσου είναι πολλές. Είναι αποδεδειγμένο πλέον ότι η έγκαιρη θεραπεία μειώνει τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα. Όμως, ο αριθμός των ατόμων με HIV που δεν διαγιγνώσκονται παρά μόνο αφού φτάσει η λοίμωξη σε προχωρημένο στάδιο παραμένει ακόμη μεγάλος. Καθώς η λοίμωξη από τον ιό HIV είναι σχεδόν τελείως ασυμπτωματική για πολλά χρόνια, η εξέταση είναι ο μόνος τρόπος έγκαιρης διάγνωσης, η οποία με τη σειρά της καθιστά εφικτή την έγκαιρη παραπομπή σε δομές θεραπείας και περίθαλψης. Οι άνθρωποι που διαγιγνώσκονται εγκαίρως έχουν επίσης λιγότερες πιθανότητες να μεταδώσουν τον ιό σε τρίτους, τόσο λόγω της χαμηλότερης μολυσματικότητάς τους κατά τη λήψη θεραπευτικής αγωγής όσο και λόγω της αλλαγής της σεξουαλικής τους συμπεριφοράς και της συμπεριφοράς τους κατά τη λήψη ενέσιμων ναρκωτικών. Η μετάδοση του ιού HIV από τη μητέρα στο παιδί μπορεί να προληφθεί αποτελεσματικά με εξέταση για την ανίχνευση του ιού και θεραπεία των εγκύων γυναικών. Η έγκαιρη διάγνωση του HIV είναι, ως εκ τούτου, πολύτιμη τόσο για το άτομο όσο και για την κοινότητα. Συνιστά δε μείζονα προτεραιότητα σε επίπεδο δημόσιας υγείας.

#### *Οι βασικές αρχές στις οποίες πρέπει να στηρίζονται οι εθνικές στρατηγικές εξέτασης για την ανίχνευση του ιού HIV*

##### **Η εξέταση για την ανίχνευση του ιού HIV πρέπει να είναι προαιρετική, εμπιστευτική και να γίνεται με τη συγκατάθεση του ενδιαφερόμενου κατόπιν ενημέρωσής του**

Πρέπει να υπάρχει μέριμνα για την εύκολη πρόσβαση όλων ανεξαιρέτως των ατόμων στην προαιρετική εξέταση, ενώ ιδιαίτερες προσπάθειες πρέπει να καταβάλλονται για την πρόσβαση στην εξέταση πληθυσμιακών ομάδων που διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο από τον ιό HIV και είναι περισσότερο ευάλωτες σε αυτόν, όπως τα άτομα που κρύβονται ή ζουν στο περιθώριο της κοινότητας. Η πρόσβαση των ατόμων αυτών στην εξέταση πρέπει να ενθαρρύνεται χωρίς εξαναγκασμό ή παραβίαση της εμπιστευτικότητας.

##### **Διασφάλιση της πρόσβασης σε υπηρεσίες θεραπείας, περίθαλψης και πρόληψης**

Το μοναδικό σημαντικότατο όφελος της εξέτασης για την ανίχνευση του ιού HIV είναι η πρόσβαση σε θεραπεία. Η παροχή καθολικής πρόσβασης σε υπηρεσίες θεραπείας και περίθαλψης, πρόληψης και υποστήριξης, μέσω σαφών διόδων παραπομπής, πρέπει να αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο των εθνικών στρατηγικών εξέτασης για την ανίχνευση του ιού HIV.

##### **Επίδειξη πολιτικής δέσμευσης**

Για να υπάρχει ουσιαστικός αντίκτυπος, οι κυβερνήσεις πρέπει να δίδουν προτεραιότητα στα προγράμματα εξέτασης για την ανίχνευση του ιού HIV, μεριμνώντας για την επένδυση οικονομικών πόρων σε αυτά. Επιβάλλεται επίσης η παρακολούθησή τους ώστε να διασφαλίζεται η οικονομικώς αποδοτική αξιοποίηση των κονδυλίων.

##### **Μείωση του στιγματισμού**

Ο στιγματισμός που υφίστανται τα άτομα με HIV αποτελεί σημαντικό εμπόδιο για τη διενέργεια της εξέτασης, ιδίως δε σε ήδη στιγματισμένες πληθυσμιακές ομάδες αλλά και μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα της υγείας. Στην αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος μπορεί να βοηθήσει η «τυποποίηση» της συγκεκριμένης εξέτασης, όπως οι άλλες συνήθεις διαγνωστικές εξετάσεις και εξετάσεις προσυμπτωματικού ελέγχου, διαφυλάσσοντας σε κάθε περίπτωση τον προαιρετικό της χαρακτήρα.

##### **Άρση νομικών και οικονομικών εμποδίων**

Όσον αφορά τις στρατηγικές εξέτασης, επιβάλλεται η εξεύρεση τρόπων εξουδετέρωσης των νομικών και οικονομικών αντικινήτρων που συνδέονται με τη διενέργεια της εξέτασης, όπως η ποινική δίωξη σε περίπτωση μετάδοσης του ιού και η απαίτηση καταβολής του κόστους της θεραπείας από άτομα που δεν έχουν τη σχετική οικονομική δυνατότητα. Εξαιρουμένης της υποχρεωτικής εξέτασης αίματος και ιστών που προέρχονται από δωρεές, πρέπει να εξεταστεί το ενδεχόμενο ανάπτυξης νομοθεσίας και πολιτικών καταπολέμησης των διακρίσεων που θα απαγορεύουν την υποχρεωτική εξέταση οποιασδήποτε ομάδας υπό οποιοσδήποτε περιστασίες.

## **Η πρόσβαση στην εξέταση για την ανίχνευση του ιού HIV πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα των εθνικών στρατηγικών**

Η εξέταση για την ανίχνευση του ιού HIV, με κατάλληλη στοχοθέτηση, πρέπει οπωσδήποτε να βρίσκεται στο επίκεντρο των στρατηγικών που εφαρμόζονται σε εθνικό επίπεδο για την πρόληψη και τη θεραπεία του ιού HIV, άλλων σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων, της ιογενούς ηπατίτιδας, της φυματίωσης και λοιπών νόσων ενδεικτικών του HIV. Επιβάλλεται ακόμη η αξιοποίηση όλων ανεξαιρέτως των ευκαιριών αύξησης της πρόσβασης, αλλά και της αποδοχής της, σε προαιρετική εμπιστευτική εξέταση για την ανίχνευση του ιού HIV που προσφέρονται στο πλαίσιο άλλων συναφών εθνικών στρατηγικών, όπως οι στρατηγικές για τις εγκύους, τη χρήση ναρκωτικών, τα επί αμοιβή εκδιδόμενα άτομα ή την υγειονομική περίθαλψη σε σωφρονιστικά καταστήματα.

## **Ανάπτυξη και εφαρμογή στρατηγικής για την εξέταση ανίχνευσης του ιού HIV με τη συμμετοχή ενδιαφερομένων**

Επιβάλλεται η αξιοποίηση των διαθέσιμων πληροφοριών για τον ιό HIV και συναφών θεμάτων σε εθνικό και τοπικό επίπεδο προκειμένου να αποσαφηνιστούν και να ιεραρχηθούν οι αναγκαίες δράσεις. Στη συνέχεια, θα πρέπει να καθοριστούν οι σχετικοί στρατηγικοί στόχοι ώστε να διασφαλιστεί η κατανόησή τους από όλους τους εμπλεκόμενους ή θιγόμενους. Για την ανάπτυξη της στρατηγικής απαιτείται η συμμετοχή όλων των σημαντικών ενδιαφερομένων ώστε να υπάρξει συσπείρωση γύρω από κοινούς στόχους. Μεταξύ αυτών συγκαταλέγονται οι πάσχοντες από HIV, εκπρόσωποι πληθυσμιακών ομάδων που πλήττονται περισσότερο, εκπρόσωποι της κοινωνίας πολιτών, υπηρεσίες πρόληψης, επαγγελματίες με εμπειρία στην εξέταση για την ανίχνευση του ιού HIV και κάθε τρίτος που συμβάλλει στην εφαρμογή της στρατηγικής.

## **Ανάπτυξη εθνικής στρατηγικής για την εξέταση ανίχνευσης του ιού HIV**

### ***Ποιοι χρήζουν εξέτασης;***

Απαιτείται καλή γνώση της επιδημίας και προσδιορισμός των ομάδων που διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο. Η αποτελεσματικότητα της εθνικής προσέγγισης όσον αφορά την εξέταση για την ανίχνευση του ιού HIV εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την κατανόηση της επιδημίας σε τοπικό και εθνικό επίπεδο. Επιδίωξη των προγραμμάτων εξέτασης πρέπει να είναι η προσέγγιση όσων διατρέχουν κίνδυνο λοίμωξης και, κατά προτεραιότητα, όσων διατρέχουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο.

Η επισκόπηση των στοιχείων για την επιτήρηση καθώς και άλλων συναφών στοιχείων, συμπεριλαμβανομένων των πληροφοριών για μη διαγνωσμένα κρούσματα HIV και για καθυστερημένες διαγνώσεις, συμβάλλει καθοριστικά στην κατανόηση της επιδημίας και των διαχρονικών τάσεων σε περιφερειακό και εθνικό επίπεδο. Υπάρχουν κάποιες ομάδες που διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο μόλυνσης από τον ιό HIV. Σε αυτές συγκαταλέγονται οι άνδρες με ομοφυλοφιλικές επαφές, οι χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών, οι μετανάστες, ιδίως από χώρες με υψηλότερο επιπολασμό, οι σεξουαλικοί σύντροφοι ατόμων από όλες τις προαναφερθείσες ομάδες, καθώς και τα παιδιά που γεννήθηκαν από οροθετικές μητέρες. Οι υποπληθυσμοί αυτοί ή/και ο κίνδυνος που διατρέχουν συνήθως κρύβονται και στιγματίζονται. Επιβάλλεται η εκπόνηση ειδικών μελετών για τον καθορισμό της έκτασης της νόσου στους κόλπους των ομάδων αυτών και της συχνότητας υποβολής τους σε εξέταση για την ανίχνευση του ιού HIV. Σκόπιμη είναι ακόμη η μελέτη των συναφών γνώσεων, στάσεων και συμπεριφορών με στόχο την επικαιροποίηση των παρεμβάσεων και την αύξηση της αποδοχής της εξέτασης για την ανίχνευση του ιού HIV.

Επιβάλλεται, τέλος, η επανεξέταση συμπληρωματικών στοιχείων που αφορούν άλλες σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις, σεξουαλικές συμπεριφορές, αλλά και συμπεριφορές λήψης ενέσιμων ναρκωτικών στον γενικό πληθυσμό, καθώς και σε ομάδες που διατρέχουν κίνδυνο μόλυνσης από τον ιό HIV.

### ***Πού πρέπει να γίνεται η εξέταση;***

#### **Μέριμνα για την εξασφάλιση της υλικοτεχνικής υποστήριξης**

Σχεδιασμός του τρόπου εφαρμογής του προγράμματος εξέτασης για την ανίχνευση του ιού HIV και αντιμετώπιση των προκλήσεων σε επίπεδο υλικοτεχνικής υποστήριξης. Στις εν λόγω προκλήσεις θα μπορούσαν να περιλαμβάνονται, μεταξύ άλλων, ο τρόπος παροχής των υπηρεσιών του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, η δυνατότητα ή όχι πρόσβασης σε δωρεάν υγειονομική περίθαλψη, η ετοιμότητα των κατά τόπους υπηρεσιών, η παροχή συμβουλευτικών και υποστηρικτικών υπηρεσιών, η μέριμνα για τη θέσπιση διόδων περίθαλψης με στόχο την πρόσβαση στη θεραπεία του ιού HIV, και οι τρόποι διασφάλισης της εμπιστευτικότητας.

#### **Μέριμνα για τη διαθεσιμότητα της εξέτασης σε διάφορα περιβάλλοντα**

Επιβάλλεται η αξιοποίηση των διαθέσιμων γνώσεων γύρω από την επιδημία και τις ομάδες κινδύνου για τη λήψη ορθών αποφάσεων σχετικά με τον καθορισμό των σημείων στα οποία θα είναι δυνατή η εξέταση για την ανίχνευση του ιού HIV. Πρέπει επίσης να ληφθεί υπόψη ποιοι έχουν επί του παρόντος πρόσβαση στην εξέταση για την ανίχνευση του ιού HIV και σε ποια περιβάλλοντα. Δεδομένων των πολλών και διαφορετικών αναγκών και παραγόντων που δυσχεραίνουν την πρόσβαση στην εξέταση, επιβάλλεται η παροχή μεγάλου φάσματος υπηρεσιών με γνώμονα τη μεγιστοποίηση της πρόσβασης. Πρέπει ακόμη να καθοριστούν οι δράσεις που απαιτούνται για την παροχή νέων υπηρεσιών ή την αλλαγή πρακτικών σε υφιστάμενες δομές υγειονομικής περίθαλψης ή κατά τόπους υπηρεσίες.



Πρέπει να εξεταστεί το ενδεχόμενο μείωσης της αυστηρότητας των κανόνων που δυσχεραίνουν ενδεχομένως την εξέταση σε κατά τόπους υπηρεσίες, όπως, μεταξύ άλλων, της χρησιμοποίησης των εξετάσεων που διενεργήθηκαν στο σημείο περιθάλψης ή της υποχρεωτικής διενέργειας της εξέτασης μόνο από ειδικούς επαγγελματίες, χωρίς όμως να υπονομεύεται η ποιότητα της εξέτασης.

### **Στόχος πρέπει να είναι η ευρεία διαθεσιμότητα της εξέτασης για την ανίχνευση του ιού HIV**

- Ειδικές υπηρεσίες εξέτασης για την ανίχνευση του ιού HIV, με γνώμονα την παροχή εύκολης και ασφαλούς πρόσβασης σε εξέταση για την ανίχνευση του ιού HIV μεμονωμένα ή σε συνδυασμό με άλλες εξετάσεις.
- Περιβάλλοντα στα οποία πρέπει να παρέχεται σε όλους ανεξαιρέτως η δυνατότητα εξέτασης για την ανίχνευση του ιού HIV: υπηρεσίες για ανθρώπους που διατρέχουν κίνδυνο (υπηρεσίες για άτομα που πάσχουν από σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις, υπηρεσίες για χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών), προγεννητικές υπηρεσίες, υπηρεσίες κλινικής διάγνωσης και διαχείρισης καταστάσεων ενδεικτικών του HIV, και άλλα περιβάλλοντα όπου ο επιπολασμός των μη διαγνωσμένων κρουσμάτων HIV είναι γνωστός ή εκτιμάται σε υψηλά επίπεδα.
- Κάθε άλλο περιβάλλον υγειονομικής περιθάλψης όπου οι άνθρωποι πρέπει να είναι σε θέση να ζητούν τη διενέργεια της εξέτασης ή όπου οι επαγγελματίες πρέπει να είναι έτοιμοι να τη διενεργήσουν και να αντιλαμβάνονται τότε απαιτείται η διενέργειά της.
- Κατά τόπους σημεία εξέτασης, συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών εκτός δομών, για την προσέγγιση ατόμων ιδιαίτερα εκτεθειμένων στον κίνδυνο του ιού HIV τα οποία, ενδεχομένως, κρύβονται ή είναι περιθωριοποιημένα και δεν έχουν επαφή με τις παραδοσιακές υπηρεσίες υγειονομικής περιθάλψης. Τέτοιου είδους υπηρεσίες πρέπει να παρέχονται με τη συμμετοχή των πληθυσμών-στόχων.

### **Πότε πρέπει να γίνεται η εξέταση;**

#### **Παροχή καθοδήγησης για τη συχνότητα διενέργειας της εξέτασης**

Η διενέργεια συχνότερων εξετάσεων συνιστάται σε όσους συνεχίζουν να έχουν επικίνδυνες συμπεριφορές. Παραδείγματος χάριν, ορισμένες χώρες συνιστούν στους άνδρες με ομοφυλοφιλικές επαφές να εξετάζονται μία φορά τον χρόνο ή και συχνότερα, αναλόγως της σεξουαλικής τους συμπεριφοράς. Σύμφωνα με πρόσφατη οδηγία του, το Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (ΕΚΠΝΤ) συνιστά τακτική υποβολή των χρηστών ενέσιμων ναρκωτικών σε εξέταση για την ανίχνευση του ιού HIV κάθε έξι έως δώδεκα μήνες τουλάχιστον.

### **Πώς πρέπει να γίνεται η εξέταση;**

#### **Ενίσχυση της ευαισθητοποίησης των πολιτών**

Για να ζητηθούν και να δεχθούν να εξεταστούν για HIV, οι πολίτες, και ιδίως οι ομάδες που διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο από τον ιό HIV, πρέπει να κατανοήσουν τα οφέλη της συγκεκριμένης εξέτασης. Απαιτείται η υιοθέτηση μιας στρατηγικής προσέγγισης σε επικοινωνιακό επίπεδο μέσω της αξιοποίησης διαφόρων οδών. Για την ενίσχυση της ευαισθητοποίησης μπορεί να χρησιμοποιηθεί η προβεβλημένη και υψηλού επιπέδου στήριξη από διαμορφωτές της κοινής γνώμης, συμπεριλαμβανομένων πολιτικών, επικεφαλής κοινοτήτων και διάσημων προσωπικοτήτων, καθώς και η υποστηρικτική και ακριβής κάλυψη του θέματος από τα ΜΜΕ.

#### **Διασφάλιση της εμπιστευτικότητας**

Η εμπιστευτικότητα συνιστά θεμελιώδη αρχή στο πλαίσιο της υγειονομικής περιθάλψης λόγω όμως του στιγματισμού που συνοδεύει τον ιό HIV και των συμπεριφορών μέσω των οποίων μπορεί να μεταδοθεί, έχει ακόμη μεγαλύτερη σημασία στο πλαίσιο της εξέτασης για την ανίχνευση του ιού HIV. Πρέπει, επομένως, να ακολουθούνται οι σχετικές επαγγελματικές οδηγίες και επιταγές της εθνικής νομοθεσίας. Ενδεχόμενη έλλειψη εμπιστοσύνης μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις στην πρόσβαση σε υπηρεσίες εξέτασης για την ανίχνευση του ιού HIV. Στην αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος μπορούν να συμβάλουν η εφαρμογή ξεκάθαρων πολιτικών όσον αφορά τη διασφάλιση της εμπιστευτικότητας και η ευρεία προβολή τους σε περιβάλλοντα όπου διενεργείται η εξέταση. Η εξέταση για την ανίχνευση του ιού HIV πρέπει να γίνεται και να συζητείται πάντοτε κατ' ιδίαν. Πρέπει επίσης να παρέχεται η δυνατότητα διενέργειας ανώνυμης εξέτασης.

#### **Ενίσχυση της ευαισθητοποίησης και εκπαίδευση των εργαζομένων στον τομέα της υγείας**

Η ευαισθητοποίηση, η αυτοπεποίθηση και οι δεξιότητες των εργαζομένων στον τομέα της υγείας όσον αφορά τη διενέργεια της εξέτασης για την ανίχνευση του ιού HIV μπορούν να ενισχυθούν μέσω της εκπαίδευσης. Η εξέταση για την ανίχνευση του ιού HIV μπορεί γίνει από οποιοδήποτε κατάλληλα εκπαιδευμένο και εξειδικευμένο εργαζόμενο στον τομέα της υγείας, ενώ για την περαιτέρω επέκτασή της απαιτείται η ύπαρξη περισσότερων εργαζομένων με αυτοπεποίθηση και τις κατάλληλες δεξιότητες να την πραγματοποιήσουν. Με την κατάλληλη εκπαίδευση και διασφάλιση της ποιότητας, η εξέταση για την ανίχνευση του ιού HIV μπορεί να γίνει ακόμη και από άτομα που δεν εργάζονται στον τομέα της υγείας. Οι εργαζόμενοι πρέπει να κατανοήσουν τα οφέλη της εξέτασης για την ανίχνευση του ιού HIV και να υπερνικήσουν τους παράγοντες ανάσχεσης της ικανότητας και της θέλησής τους να διενεργήσουν την εξέταση. Στους παράγοντες αυτούς συγκαταλέγονται η έλλειψη αυτοπεποίθησης, η δυσκολία συζήτησης σεξουαλικών ή στιγματισμένων συμπεριφορών, το άγχος που προκαλεί η ανακοίνωση θετικού αποτελέσματος και οι διακρίσεις εις βάρος ατόμων που κινδυνεύουν ή έχουν μολυνθεί από τον ιό HIV.



### **Συζήτηση πριν από τη διενέργεια της εξέτασης**

Η σύντομη συζήτηση πριν από την εξέταση, κατά την οποία ο ενδιαφερόμενος ενημερώνεται για τα οφέλη της εξέτασης και για το πρακτικό σκέλος της διεξαγωγής της και της ανακοίνωσης των αποτελεσμάτων, αποτελεί, σύμφωνα με ενδείξεις, αποδεκτή και αποτελεσματική μέθοδο για την αύξηση της αποδοχής της εξέτασης. Βασικός στόχος της συζήτησης είναι η απόσπαση της συγκατάθεσης του ενδιαφερόμενου, αφού πρώτα ενημερωθεί πλήρως για τη διαδικασία. Η συγκατάθεση πρέπει να τεκμηριώνεται χωρίς όμως να απαιτείται ενυπόγραφη γραπτή συγκατάθεση. Η πρακτική αυτή ακολουθείται και για άλλες ιατρικές εξετάσεις και εμπίπτει στο πλαίσιο της τυποποίησης της εξέτασης για την ανίχνευση του ιού HIV όπως οι συνήθεις εξετάσεις. Δεν απαιτείται η λήψη αναλυτικού ιστορικού όσον αφορά τη σεξουαλική συμπεριφορά ή τη χρήση ενέσιμων ναρκωτικών πριν από τη διενέργεια της εξέτασης για την ανίχνευση του ιού HIV. Εντούτοις, για ορισμένα άτομα, ή σε περιβάλλοντα όπου η σεξουαλική υγεία ή/και η χρήση ναρκωτικών εμπίπτει στο πεδίο της παροχής υπηρεσιών, ενδείκνυται ενδεχομένως η σύντομη αξιολόγηση του κινδύνου ή η παροχή εκτενέστερων συμβουλευτικών υπηρεσιών πριν από την εξέταση, π.χ. σε περίπτωση διαρκούς έκθεσης στον κίνδυνο. Η δυνατότητα αυτή πρέπει να είναι πάντοτε διαθέσιμη, ενώ το αρμόδιο προσωπικό πρέπει να γνωρίζει πώς να παραπέμπει τους ενδιαφερόμενους σε εξειδικευμένους συμβούλους.

### **Χρήση κατάλληλων τεχνολογιών εξέτασης**

Επιβάλλεται η καταγραφή των διαθέσιμων εξετάσεων για την ανίχνευση του ιού HIV και η αξιολόγηση των αντίστοιχων πλεονεκτημάτων τους όσον αφορά τη διενέργειά τους σε διαφορετικά περιβάλλοντα, συμπεριλαμβανομένων των γρήγορων εξετάσεων (στο σημείο περίθαλψης). Η τεχνολογία στον τομέα των εξετάσεων εξελίσσεται διαρκώς και, επομένως, ο κατάλογος των επιλεγμένων εξετάσεων πρέπει να επανεξετάζεται ανά τακτά χρονικά διαστήματα υπό την καθοδήγηση των ειδικών. Όλες οι αντιδραστικές εξετάσεις πρέπει να επιβεβαιώνονται, ενώ πρέπει να τηρούνται οι κατευθυντήριες γραμμές της ΠΟΥ. Οι εθνικές κατευθυντήριες γραμμές περί εφαρμογής ελάχιστου προτύπου διασφάλισης ποιότητας στις διαγνωστικές εξετάσεις συμβάλλουν καθοριστικά στην υψηλής ποιότητας πρακτική και στη μεθοδολογική τυποποίηση και αξιοπιστία.

### **Ανακοίνωση των αποτελεσμάτων σε όλους**

Πρέπει να καταβάλλεται κάθε δυνατή προσπάθεια ώστε όλα τα άτομα που υποβλήθηκαν σε εξέταση για την ανίχνευση του ιού HIV να ενημερώνονται για το αποτέλεσμα, είτε αυτό είναι θετικό είτε αρνητικό. Σε περίπτωση θετικών αποτελεσμάτων, πρέπει να υπάρχει διαθέσιμο προσωπικό για την παροχή συμβουλευτικών υπηρεσιών μετά την εξέταση και να υπάρχουν έτοιμες δίοδοι παραπομπής των ασθενών με HIV στις κατάλληλες υπηρεσίες θεραπείας και υποστήριξης. Από την παροχή συμβουλευτικών υπηρεσιών και την παραπομπή σε κατάλληλες υπηρεσίες πρόληψης μπορούν να ωφεληθούν και τα άτομα που λαμβάνουν μεν αρνητικά αποτελέσματα, ανήκουν όμως σε ομάδες που διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο από τον ιό HIV.

### **Εξασφάλιση πρόσβασης σε υπηρεσίες θεραπείας, περίθαλψης και πρόληψης από τον ιό HIV**

#### **Πρόσβαση σε αντιρετροϊκή θεραπεία**

Είναι σημαντικό όλα τα προγράμματα εξέτασης για την ανίχνευση του ιού HIV να έχουν σαφείς μηχανισμούς ώστε να διασφαλίζεται η παραπομπή όλων ανεξαιρέτως των ατόμων που λαμβάνουν θετικά αποτελέσματα σε υπηρεσίες θεραπείας και πρόληψης από τον ιό HIV. Πρέπει να εξασφαλιστεί η πρόσβαση όλων ανεξαιρέτως των ασθενών σε αντιρετροϊκή θεραπεία σε ολόκληρη την Ευρώπη. Η αδυναμία κάλυψης του κόστους δεν πρέπει να αποτελεί εμπόδιο για την πρόσβαση σε θεραπεία. Επιβάλλεται δε να βρεθούν λύσεις για την υπέρβαση αυτού του εμποδίου που δυσχεραίνει την πρόσβαση όλων ανεξαιρέτως των ασθενών σε θεραπεία. Η παραπομπή σε υπηρεσίες θεραπείας πρέπει να είναι εφικτή από όλα τα σημεία όπου διενεργούνται εξετάσεις για την ανίχνευση του ιού HIV ώστε να διασφαλίζεται η παροχή συμβουλευτικών υπηρεσιών από ειδικούς αμέσως μετά την ανακοίνωση των θετικών στον ιό HIV αποτελεσμάτων. Στις συμβουλευτικές αυτές υπηρεσίες θα πρέπει να περιλαμβάνεται επίσης εκτίμηση της χρονικής στιγμής έναρξης της αντιρετροϊκής θεραπείας και των αναγκών για άλλες υπηρεσίες υγειονομικής και κοινωνικής πρόνοιας και υποστήριξης.

#### **Πρόσβαση σε ψυχολογική υποστήριξη και υπηρεσίες πρόληψης**

Η ψυχολογική υποστήριξη πρέπει να είναι διαθέσιμη αμέσως μετά την ανακοίνωση του θετικού αποτελέσματος της εξέτασης. Όσον αφορά τα άτομα που λαμβάνουν θετικά αποτελέσματα, η παραπομπή σε εξειδικευμένες υπηρεσίες περίθαλψης πρέπει να περιλαμβάνει την πρόσβαση σε υποστήριξη για την πρόληψη της περαιτέρω μετάδοσης του ιού HIV. Οι υπηρεσίες συμβουλευτικής και υποστήριξης για την πρόληψη του ιού πρέπει να είναι διαθέσιμη και για τα άτομα που λαμβάνουν αρνητικά αποτελέσματα όταν υπάρχει σημαντικός διαρκής κίνδυνος έκθεσης ή κατόπιν αιτήματος.

### **Συνέχεια: παρακολούθηση και αξιολόγηση**

Η παρακολούθηση και η αξιολόγηση αποτελούν σημαντικές συνιστώσες των προγραμμάτων εξέτασης για την ανίχνευση του ιού HIV. Με τον τρόπο αυτό, διασφαλίζεται η καταλληλότητα του προγράμματος σε σχέση με τον επιδιωκόμενο σκοπό και η παροχή υψηλής ποιότητας εξέτασης για την ανίχνευση του ιού HIV. Ένα καλά σχεδιασμένο

σύστημα παρακολούθησης και αξιολόγησης επικαιροποιεί τις πολιτικές, βελτιώνει την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων και συμβάλλει, ως εκ τούτου, στην καλύτερη μελλοντική κατανομή των πόρων του προγράμματος. Στα εθνικά στοιχεία επιτήρησης περιλαμβάνονται οι νέες διαγνώσεις καθώς και το ποσοστό των καθυστερημένων διαγνώσεων. Οι εκτιμήσεις σχετικά με τα μη διαγνωσμένα κρούσματα είναι καθοριστικές για την παρακολούθηση του αντίκτυπου του εκάστοτε προγράμματος. Η επέκταση της εξέτασης σε νέα περιβάλλοντα απαιτεί αυστηρή παρακολούθηση και αξιολόγηση ώστε να διασφαλίζεται η διενέργεια υψηλής ποιότητας εξέτασης για την ανίχνευση του ιού HIV. Η συμβολή των κατά τόπους παρεμβάσεων στην προαγωγή της εξέτασης για την ανίχνευση του ιού HIV μπορεί να αξιολογηθεί βάσει των ακόλουθων πέντε κριτηρίων: δυνατότητα διενέργειας της εξέτασης, αποδοχή, αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα ως προς το κόστος, προσέγγιση πληθυσμών-στόχων και βιωσιμότητα (Easibility, Acceptability, effectiveness and Cost-effectiveness, Target populations are reached, Sustainability - FACTS). Η ανάπτυξη σαφών, ορθώς καθορισμένων και μετρήσιμων δεικτών μπορεί να συμβάλει στην παρακολούθηση των προαναφερθέντων κριτηρίων και στη διαμόρφωση τυποποιημένης μεθόδου κοινοποίησης των ευρημάτων σε τοπικό και εθνικό (ή διεθνές) επίπεδο.

# Εκθέσεις επιτήρησης

## 5 Επιτήρηση της φυματίωσης - 2008

(Δημοσίευση: Μάρτιος 2010)

Από την 1η Ιανουαρίου 2008, το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων (ECDC) και το Περιφερειακό Γραφείο της ΠΟΥ για την Ευρώπη συντονίζουν από κοινού τις δραστηριότητες επιτήρησης της φυματίωσης στην Ευρώπη. Στόχος τους είναι να διασφαλίσουν την υψηλή ποιότητα των τυποποιημένων δεδομένων για τη φυματίωση που καλύπτουν το σύνολο των 53 χωρών στην ευρωπαϊκή περιφέρεια της ΠΟΥ και το Λιχτενστάιν.

### Η ευρωπαϊκή περιφέρεια της ΠΟΥ

Το 2008, αναφέρθηκαν 461 645 κρούσματα φυματίωσης (52,2 ανά 100 000 κατοίκους) από 50 εκ των 54 χωρών της ευρωπαϊκής περιφέρειας<sup>2</sup>. Τα ποσοτικά αυτά στοιχεία αντιπροσωπεύουν περίπου το 6% των κρουσμάτων φυματίωσης που αναφέρθηκαν στην ΠΟΥ σε παγκόσμιο επίπεδο. Τα συνολικά ποσοστά κοινοποίησης κρουσμάτων φυματίωσης στην ευρωπαϊκή περιφέρεια βαίνουν συνεχώς αυξανόμενα από το 2004 και μετά. Ωστόσο, τα συνολικά ποσοστά κοινοποίησης κρουσμάτων φυματίωσης στις 18 χώρες υψηλής προτεραιότητας<sup>3</sup> μειώθηκαν σε σχέση με το προηγούμενο έτος κατά 3,9%, αντιπροσωπεύοντας το 87,6% του συνόλου των κρουσμάτων φυματίωσης, ενώ σε ολόκληρη την ευρωπαϊκή περιφέρεια την περίοδο 2007-2008 το συνολικό ποσοστό κοινοποίησης μειώθηκε κατά 2,6%. Μείωση κατά 4% του ποσοστού κοινοποίησης νέων ανιχνευθέντων κρουσμάτων φυματίωσης από το 2007 υποδηλώνει μείωση της διάδοσης της φυματίωσης στην ευρωπαϊκή περιφέρεια. Το ποσοστό των κρουσμάτων που είχαν λάβει προηγούμενη θεραπεία μειώθηκε επίσης μετά το 2007 από 31,7% σε 29,8%.

Το υψηλότερο ποσοστό (42,0%) νέων ανιχνευθέντων κρουσμάτων φυματίωσης στην ευρωπαϊκή περιφέρεια καταγράφεται στην ηλικιακή ομάδα 25–44 ετών.

Ο αριθμός των καταγεγραμμένων κρουσμάτων φυματίωσης με ταυτόχρονη μόλυνση από τον ιό HIV σχεδόν διπλασιάστηκε το 2008 (από 5 828 το 2006 σε 11 395), λόγω της αύξησης της συχνότητας των εξετάσεων στο πλαίσιο των εντατικών υπηρεσιών περίθαλψης για τον ιό HIV των ασθενών με φυματίωση στις χώρες υψηλής προτεραιότητας. Κατά την ίδια περίοδο, δεν παρατηρείται αξιόλογη αύξηση του αριθμού των καταγεγραμμένων κρουσμάτων φυματίωσης με ταυτόχρονη μόλυνση από τον ιό HIV πέραν των χωρών υψηλής προτεραιότητας.

Σε ολόκληρη την ευρωπαϊκή περιφέρεια, ο συνολικός αριθμός καταγεγραμμένων κρουσμάτων πολυανθεκτικής στα φάρμακα φυματίωσης (MDR TB) για το έτος 2008 διπλασιάστηκε σε σχέση με το προηγούμενο έτος λόγω της βελτίωσης των ελέγχων ευαισθησίας στα φάρμακα, ενώ ο επιπολασμός της πολυανθεκτικής στα φάρμακα φυματίωσης μεταξύ των νέων κρουσμάτων φυματίωσης ανέρχεται σε 11,1%. Το μεγαλύτερο ποσοστό κρουσμάτων πολυανθεκτικής στα φάρμακα φυματίωσης στην ευρωπαϊκή περιφέρεια καταγράφεται στις χώρες υψηλής προτεραιότητας, με επιπολασμό της τάξης του 13,8% μεταξύ των νέων διαγνωσμένων κρουσμάτων, πέντε φορές υψηλότερο από τον επιπολασμό που καταγράφεται στις χώρες της ΕΕ και του ΕΟΧ, και άνω του 50% μεταξύ των κρουσμάτων που είχαν λάβει προηγούμενη θεραπεία, ποσοστό δύο τουλάχιστον φορές υψηλότερο σε σχέση με τις χώρες της ΕΕ και του ΕΟΧ.

Το ποσοστό επιτυχούς θεραπείας των επιβεβαιωμένων εργαστηριακώς νέων ανιχνευθέντων κρουσμάτων φυματίωσης μειώθηκε σε 70,7% το 2007 (σε σύγκριση με το 73,1% των κρουσμάτων που καταγράφηκαν το 2006). Σε 9,0% ανέρχονται οι αποτυχημένες θεραπείες, σε 8,4% οι ασθενείς που κατέληξαν, και σε 6,9% οι φορείς του ιού που δεν νόσησαν. Το ποσοστό επιτυχούς θεραπείας στις χώρες εκτός ΕΕ και ΕΟΧ είναι χαμηλότερο σε σύγκριση με τις χώρες της ΕΕ και του ΕΟΧ:

67,5% σε σύγκριση με 79,5%, αντίστοιχα. Στις 18 χώρες υψηλής προτεραιότητας, επιτυχώς θεραπεύτηκε μόνο το 69,2% των εργαστηριακώς επιβεβαιωμένων νέων ανιχνευθέντων κρουσμάτων φυματίωσης, ποσοστό που απέχει πολύ από τον στόχο του 85% της στρατηγικής περί εξάλειψης της φυματίωσης (Stop TB Strategy).

Το ποσοστό θνησιμότητας των πασχόντων από φυματίωση μειώθηκε κατά 45%, από 9,0 ανά 100 000 άτομα το 2005 σε 5,0 ανά 100 000 άτομα το 2007. Παρόμοιες ποσοστιαίες μειώσεις καταγράφηκαν επίσης στις χώρες της ΕΕ

<sup>2</sup> Η παρούσα έκθεση δεν περιλαμβάνει στοιχεία από το Μονακό, τον Άγιο Μαρίνο, την Αυστρία και το Λιχτενστάιν. Το τελευταίο περιλαμβάνεται μεν στην παρούσα έκθεση αλλά μόνο ως χώρα του ΕΟΧ, καθώς δεν ανήκει στην ευρωπαϊκή περιφέρεια της ΠΟΥ.

<sup>3</sup> Αζερμπαϊτζάν, Αρμενία, Βουλγαρία, Γεωργία, Εσθονία, Καζαχστάν, Κιργιζία, Λεττονία, Λευκορωσία, Λιθουανία, Μολδαβία, Ουζμπεκιστάν, Ουκρανία, Ρουμανία, Ρωσία, Τατζικιστάν, Τουρκία, Τουρκμενιστάν.

και του ΕΟΧ και στις χώρες υψηλής προτεραιότητας. Ωστόσο, η θνησιμότητα στις χώρες υψηλής προτεραιότητας εξακολουθεί να είναι σχεδόν 15πλάσια σε σύγκριση με τη θνησιμότητα στις χώρες της ΕΕ και του ΕΟΧ.

## Οι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του Ευρωπαϊκού Οικονομικού Χώρου<sup>4</sup>

Το 2008, αναφέρθηκαν 82 611 κρούσματα φυματίωσης από 26 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) (όλες πλην της Αυστρίας) και από δύο ακόμη χώρες του Ευρωπαϊκού Οικονομικού Χώρου (ΕΟΧ) (Ισλανδία και Νορβηγία). Καταγράφεται, επομένως, μείωση κατά 615 κρούσματα σε σχέση με το 2007. Πάνω από το 80% των κρουσμάτων καταγράφηκαν στις οκτώ χώρες που ανέφεραν κάθε μία ξεχωριστά 3 000 ή περισσότερα κρούσματα (Βουλγαρία, Γαλλία, Γερμανία, Ηνωμένο Βασίλειο, Ισπανία, Ιταλία, Πολωνία και Ρουμανία).

Το συνολικό ποσοστό κοινοποίησης για το έτος 2008 ανέρχεται σε 16,7 ανά 100 000 κατοίκους, με 21 χώρες να αναφέρουν ποσοστά χαμηλότερα του 20 ανά 100 000 κατοίκους, ενώ ποσοστά υψηλότερα του 20 ανά 100 000 κατοίκους ανέφεραν η Ρουμανία (115,1), τα κράτη της Βαλτικής –Λιθουανία (66,8), Λεττονία (47,1), Εσθονία (33,1)– η Βουλγαρία (41,2), η Πορτογαλία (28,2) και η Πολωνία (21,2). Το συνολικό ποσοστό κοινοποίησης ήταν 1,2% χαμηλότερο σε σύγκριση με το 2007 (για τις 28 χώρες που υπέβαλαν στοιχεία), γεγονός που υποδηλώνει ξεκάθαρη καθοδική τάση σε 17 χώρες.

Ωστόσο, σημαντικές αυξήσεις παρατηρήθηκαν στη Μάλτα (28,8%), την Ισλανδία (19,8%) και την Κύπρο (12,2%), ενώ αυξήσεις καταγράφηκαν ακόμη στη Σουηδία (4,9%) και το Ηνωμένο Βασίλειο (2,8%), κυρίως σε αλλοδαπούς. Το 2008, το 22,4% των κρουσμάτων (εύρος κατανομής χώρας: 0–88%) αφορούσαν αλλοδαπούς, τα δύο τρίτα τουλάχιστον των οποίων προέρχονταν από την Ασία ή την Αφρική.

Ο επιπολασμός του ιού HIV μεταξύ των κρουσμάτων φυματίωσης σημείωσε αύξηση την περίοδο μεταξύ 2006 και 2008 στην Εσθονία (από 9,0% σε 9,9%), στη Λεττονία (από 3,4% σε 6,7%) και στη Μάλτα (από 3,7% σε 9,4%). Στις υπόλοιπες χώρες που υπέβαλαν στοιχεία, ο επιπολασμός του ιού HIV μεταξύ των κρουσμάτων φυματίωσης ανερχόταν σε 1% ή λιγότερο σε έξι χώρες, 2-5% σε τρεις χώρες, 5-8% σε δύο χώρες και 14,6% σε μία χώρα.

Η πολυανθεκτικότητα στα φάρμακα παραμένει συχνότερη στα κράτη της Βαλτικής (συνδυασμένη πολυανθεκτικότητα στα φάρμακα: 15,6%–21,3%), ενώ ακολουθεί η Ρουμανία, η οποία υπέβαλε στοιχεία για πρώτη φορά (14,7%). Άλλες χώρες ανέφεραν χαμηλότερα επίπεδα πολυανθεκτικότητας στα φάρμακα (0%–5%) με μεγαλύτερη συχνότητα, όμως, στα κρούσματα ξένης προέλευσης. Από τις 14 χώρες που ανέφεραν υπερανθεκτικότητα στα φάρμακα (extensive drug resistance - XDR), η Ρουμανία είχε τα περισσότερα περιστατικά (54 κρούσματα συνολικά), ενώ η Λεττονία και η Εσθονία είχαν τα υψηλότερα ποσοστά κρουσμάτων υπερανθεκτικότητας στα φάρμακα μεταξύ των κρουσμάτων πολυανθεκτικότητας στα φάρμακα (14,7 και 12,2% αντίστοιχα). Στη Λεττονία καταγράφηκε απότομη αύξηση των κρουσμάτων υπερανθεκτικότητας στα φάρμακα σε σύγκριση με το 2007, από 6 σε 19 (ήτοι από 6,1% σε 14,7%).

Είκοσι δύο χώρες υπέβαλαν στοιχεία για την παρακολούθηση των αποτελεσμάτων της θεραπείας για επιβεβαιωμένα κρούσματα πνευμονικής φυματίωσης το 2007. Για το 79,5% των επιβεβαιωμένων μέσω καλλιέργειας κρουσμάτων πνευμονικής φυματίωσης που δεν είχαν λάβει προηγούμενη θεραπεία η έκβαση ήταν επιτυχής. Τα ποσοστά επιτυχούς έκβασης ήταν σημαντικά μικρότερα μεταξύ των κρουσμάτων φυματίωσης που είχαν λάβει προηγούμενη θεραπεία (51,8%) και μεταξύ των επιβεβαιωμένων μέσω καλλιέργειας κρουσμάτων πνευμονικής πολυανθεκτικής στα φάρμακα φυματίωσης σε διάστημα 24 μηνών (30,9%).

<sup>4</sup> Τα 27 κράτη μέλη της ΕΕ, η Ισλανδία, το Λιχτενστάιν και η Νορβηγία.

## 6 Επιτήρηση της γρίπης στην Ευρώπη 2008/2009 - Από την 40ή εβδομάδα του 2008 έως την 39η εβδομάδα του 2009

(Δημοσίευση: Μάιος 2010)

Η περίοδος γρίπης 2008-2009 στην Ευρώπη ξεκίνησε την 48η εβδομάδα του 2008, διήρκεσε περίπου δέκα εβδομάδες σε κάθε πληγείσα χώρα και έληξε την 16η εβδομάδα του 2009 αφού πρώτα η γρίπη κορυφώθηκε στην Ευρώπη από τα δυτικά προς τα ανατολικά. Από τα εβδομαδιαία ποσοστά των θετικών στη γρίπη δειγμάτων-δεικτών για κάθε (υπο)τύπο προέκυψαν δύο αλληλεπικαλυπτόμενες κορυφώσεις, με την αρχικώς κυρίαρχη γρίπη A(H3N2) να δίνει τη θέση της στον ιό της γρίπης B που κυριάρχησε κατά κύριο λόγο μετά την 8η εβδομάδα του 2009. Οι κυκλοφορούντες ιοί της γρίπης A(H3N2) και A(H1N1) αποδείχθηκε ότι συνδέονταν στενά από πλευράς αντιγόνου με τα αντίστοιχα συστατικά που περιείχε το εμβόλιο για τη γρίπη το οποίο χρησιμοποιήθηκε την περίοδο 2008-2009 στο βόρειο ημισφαίριο, ενώ η πλειονότητα των ιών B που απομονώθηκαν ήταν ιοί τύπου Victoria που δεν ταίριαζαν με το συστατικό του ιού B που περιείχε το εμβόλιο, έναν ιό τύπου Yamagata. Πάντως, δεδομένου του σχετικά χαμηλού επιπολασμού των ιών τύπου B που παρατηρήθηκε την εν λόγω περίοδο αυτή η αναντιστοιχία δεν φαίνεται να είχε μεγάλη σημασία σε επίπεδο δημόσιας υγείας.

Τα πρώτα κρούσματα της πανδημίας της γρίπης A(H1N1) του 2009 εμφανίστηκαν στην Ευρώπη την 16η εβδομάδα του 2009. Μέχρι την 39η εβδομάδα, ο συνολικός αριθμός επιβεβαιωμένων κρουσμάτων που αναφέρθηκαν ανήλθε σε 53 658 από όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ, την Ισλανδία, το Λιχτενστάιν και τη Νορβηγία, ενώ καταγράφηκαν 175 θάνατοι σε 14 χώρες. Από στοιχεία βάσει περιστατικών προέκυψε ότι η ηλικία των ασθενών κυμαινόταν από 0 έως 90 ετών (μέσος όρος: 19 έτη), το 78% ήταν κάτω των 30 ετών, ενώ το 47% όλων των κρουσμάτων ήταν παιδιά σχολικής ηλικίας (από 5 έως 19 ετών). Η συντριπτική πλειονότητα των κρουσμάτων (96%) δεν είχε, σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία, βεβαρημένο ιατρικό ιστορικό. Μεταξύ των ατόμων με βεβαρημένο ιατρικό ιστορικό, η χρόνια πνευμονική νόσος ήταν η πρώτη σε συχνότητα αναφερόμενη πάθηση, αντιπροσωπεύοντας το 30% των κρουσμάτων. Η πνευμονία αναφέρθηκε ως επιπλοκή στο 0,6% των λοιμώξεων από τον πανδημικό ιό της γρίπης, το συνολικό ποσοστό νοσηλείας ανήλθε στο 13% ενώ, σύμφωνα με τα υποβληθέντα στοιχεία, το 0,03% των περιστατικών κατέληξαν.

Το ολοκληρωμένο ευρωπαϊκό δίκτυο επιτήρησης της γρίπης (EISN) από κλινικής και ιολογικής πλευράς λειτουργήσει αποτελεσματικά όσον αφορά την έγκαιρη ανίχνευση της έναρξης της περιόδου της γρίπης 2008-2009, την παρακολούθηση της πορείας της και τον χαρακτηρισμό των βασικών ιολογικών χαρακτηριστικών της. Οι πρώτοι ιοί της πανδημίας της γρίπης του 2009 που ανιχνεύθηκαν σε ασθενείς που δεν ήταν δείκτες και σε ασθενείς-δείκτες επιβεβαιώθηκαν εντός μίας και τριών εβδομάδων αντίστοιχα, αφού ασθένησαν τα πρώτα κρούσματα στην Ευρώπη. Ωστόσο, η επιτήρηση βάσει δειγμάτων του πληθυσμού για τις γριπώδεις νόσους (ILI) και τις οξείες λοιμώξεις του αναπνευστικού (ARI) ανίχνευσε σαφή αύξηση με καθυστέρηση δέκα εβδομάδων. Ακόμη και την 39η εβδομάδα του 2009, όταν πλέον είχαν καταγραφεί κρούσματα της πανδημίας της γρίπης σε όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ, στην Ισλανδία, το Λιχτενστάιν και τη Νορβηγία, δραστηριότητα ILI/ARI πάνω από το όριο αναφοράς καταγράφηκε μόνο σε εννέα από τις 29 χώρες που υπέβαλλαν στοιχεία στο EISN.

Πέραν της βελτίωσης της ευαισθησίας που προϋποθέτει περισσότερους ιατρούς στην πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη, πρέπει να αντιμετωπιστούν και άλλες συστηματικές αδυναμίες. Στο σύστημα επιτήρησης της γρίπης στην Ευρώπη προτείνονται οι ακόλουθες αλλαγές:

- περαιτέρω προώθηση της τυποποιημένης υποβολής στοιχείων για την ένταση, τη γεωγραφική διασπορά και τις τάσεις των ILI και των ARI
- ενίσχυση της επιτήρησης των ILI και των ARI με επιτήρηση των σοβαρών οξέων αναπνευστικών λοιμώξεων (SARI)
- θέσπιση τυποποιημένων επιδημικών ορίων για την επιτήρηση βάσει δειγμάτων του πληθυσμού των ILI/ARI
- περαιτέρω ανάπτυξη της επιτήρησης της θνησιμότητας από οιαδήποτε αιτία σε ευρωπαϊκό επίπεδο και τακτική δημοσίευση των συναφών αποτελεσμάτων.

## 7 Επιτήρηση των επιθετικών βακτηριακών νόσων στην Ευρώπη - 2007

(Δημοσίευση: Οκτώβριος 2010)

Η παρούσα έκθεση περιγράφει την επιδημιολογία των επιθετικών βακτηριακών νόσων που οφείλονται στα βακτήρια *Haemophilus influenzae* και *Neisseria meningitidis* στα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) το 2007. Καθορισμένα εθνικά σημεία επαφής κλήθηκαν να υποβάλουν στοιχεία χρησιμοποιώντας την αναθεωρημένη έκδοση του συνόλου δεδομένων για τις επιθετικές βακτηριακές λοιμώξεις (IBI) που αναπτύχθηκε το 2008 βάσει της παλαιότερης βάσης δεδομένων η οποία είχε προκύψει από την επιτήρηση των επιθετικών βακτηριακών λοιμώξεων στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ-IBIS). Το εν λόγω σύνολο δεδομένων περιέχει πληροφορίες βάσει περιστατικών για τις επιδημιολογικές και εργαστηριακές μεταβλητές, χωρίζεται δε σε ένα βασικό σύνολο μεταβλητών που εφαρμόζονται σε όλες τις υποχρεωτικά δηλωτέες νόσους στην ΕΕ και σε ένα ενισχυμένο σύνολο μεταβλητών ειδικά για την επιθετική νόσο *Haemophilus influenzae* και την επιθετική μηνιγγιτιδοκοκκική νόσο. Για να διευκολυνθεί η υποβολή των στοιχείων, τα κράτη μέλη εκπαιδεύθηκαν μέσω του Διαδικτύου τον Ιούνιο του 2008, ενώ έλαβαν πρόσθετες εκπαιδευτικές βιντεοταινίες και άλλα υλικά πριν από την πρόσκληση υποβολής των στοιχείων.

Από τα 30 κράτη μέλη της ΕΕ και του ΕΟΧ, 27 υπέβαλαν στοιχεία για την επιθετική νόσο *Haemophilus influenzae* και 29 υπέβαλαν στοιχεία για την επιθετική μηνιγγιτιδοκοκκική νόσο.

### Επιθετική νόσος *Haemophilus influenzae*

- Το 2007 αναφέρθηκαν συνολικά 2 058 κρούσματα της επιθετικής νόσου *Haemophilus influenzae*. Τα επίπεδα κοινοποίησης παρουσιάζουν διακυμάνσεις μεταξύ των κρατών μελών, ενώ ήταν υψηλότερα στις σκανδιναβικές χώρες σε σύγκριση με την υπόλοιπη Ευρώπη, καταγράφοντας διαρκή αυξητική τάση. Παρόλα αυτά, τα επίπεδα κοινοποίησης των περισσότερων χωρών δεν υπερέβησαν το ένα κρούσμα ανά 100 000 κατοίκους. Τα υψηλότερα συνολικά επίπεδα κοινοποίησης καταγράφηκαν μεταξύ βρεφών ηλικίας κάτω του ενός έτους (3 ανά 100 000, 118 κρούσματα). Παρότι οι τάσεις όσον αφορά τα βρέφη μειώθηκαν σημαντικά για τον ορότυπο Β κατά την περίοδο 1999-2007 (από 3 ανά 100 000 σε 1 ανά 100 000), παρουσίασαν αύξηση για τα στελέχη του βακτηρίου χωρίς περίβλημα, από 1,5 ανά 100 000 σε 2,5 ανά 100 000 κατά την ίδια χρονική περίοδο.
- Το 67% όλων των επιθετικών κρουσμάτων *H. influenzae* που αναφέρθηκαν το 2007 οφείλονταν σε στελέχη του βακτηρίου χωρίς περίβλημα. Η αύξηση του αριθμού των στελεχών του βακτηρίου χωρίς περίβλημα που καταγράφεται στο πέρασμα του χρόνου αποδίδεται εν μέρει στη βελτίωση της επιβεβαίωσης των κρουσμάτων και στην ενίσχυση της ευαισθησίας των συστημάτων επιτήρησης, που επίσης καταγράφηκαν σε αρκετά κράτη μέλη. Εντούτοις, τα τελευταία χρόνια παρατηρείται στην ΕΕ πραγματική αύξηση του αριθμού των κοινοποιηθέντων ορότυπων που δεν καλύπτονται από το εμβόλιο (στελέχη που δεν ανήκουν στον ορότυπο Β και στελέχη χωρίς περίβλημα). Η κυκλοφορία του συζευγμένου εμβολίου για τη νόσο *H. influenzae* τύπου Β (Hib) είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση του ποσοστού των επιθετικών λοιμώξεων *H. Influenzae*, γεγονός που αποδίδεται σε στελέχη που δεν ανήκουν στο ορότυπο Β λόγω της μείωσης της νόσου Hib. Πάντως, σε αντίθεση με το πρόγραμμα εμβολιασμού με το συζευγμένο εμβόλιο πνευμονιόκοκκου, δεν υπάρχουν συνεκτικά ή αξιόπιστα στοιχεία από τα οποία να αποδεικνύεται ότι ο μαζικός εμβολιασμός κατά της Hib στην παιδική ηλικία συνέβαλε στην αντικατάσταση του ορότυπου μέσω μικροβιομεταφοράς ή μέσω της ασθένειας. Πρόσφατο έγγραφο θέσης για τα συζευγμένα εμβόλια κατά της Hib της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (ΠΟΥ) καταλήγει στο συμπέρασμα ότι, μέχρι στιγμής, η αντικατάσταση βακτηριακών στελεχών δεν αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό της εκτεταμένης ανοσοποίησης κατά της Hib.
- Από τα υποβληθέντα απόλυτα ποσοτικά στοιχεία προκύπτει στροφή προς μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες. Το 46% όλων των κρουσμάτων που καταγράφηκαν το 2007 αφορούσαν ενήλικες ηλικίας άνω των 65 ετών. Το εύρημα αυτό συνάδει με τη μελέτη που διεξήχθη στις ΗΠΑ η οποία επισημαίνει την αύξηση της συχνότητας εμφάνισης της επιθετικής νόσου *H. influenzae* από το 1996 έως το 2004. Αλλαγή παρατηρείται και στα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά της *H. influenzae*: από νόσο που εντοπιζόταν κατά κύριο λόγο σε παιδιά και προκαλούταν ως επί το πλείστον από τον ορότυπο Β εξελίχθηκε σε νόσο που εντοπίζεται κατά κύριο λόγο σε ενήλικες και προκαλείται από μη τυποποιησιμα στελέχη του βακτηρίου.
- Το 2007, το 60% των κρουσμάτων εκδηλώθηκαν σε άτομα που είχαν εμβολιαστεί, όπως παρατηρείται συχνά σε πληθυσμούς με υψηλή εμβολιαστική κάλυψη. Από τα άτομα που είχαν πλήρως εμβολιαστεί, τα περισσότερα ήταν παιδιά ηλικίας ενός έως τεσσάρων ετών, ενώ τα βρέφη ηλικίας κάτω του ενός έτους αντιπροσώπευαν το 27% των κρουσμάτων. Βάσει των διαθέσιμων στοιχείων, δεν είναι δυνατό να αξιολογηθεί το κατά πόσον τα παρατηρηθέντα κρούσματα μπορούν να ταξινομηθούν ως πραγματική αστοχία του εμβολίου. Απαιτούνται περισσότερες πληροφορίες για την περαιτέρω διερεύνηση αυτού του ευρήματος. Πρόσθετες πληροφορίες για το συγκεκριμένο θέμα παρέχει μελέτη που εκπονήθηκε στο πλαίσιο της EU-IBIS η οποία εξέταζε αναλυτικά την αστοχία του εμβολίου κατά της Hib την οποία ανίχνευσαν τα εθνικά συστήματα επιτήρησης κατά την περίοδο



1996-2001 στην Ευρώπη, το Ισραήλ και την Αυστραλία, και περιέγραφε τα κλινικά και εργαστηριακά χαρακτηριστικά σε έναν εκτεταμένο και ετερογενή πληθυσμό με διαφορετικά προγράμματα ανοσοποίησης.

Εκτενείς είναι, τέλος, οι αναφορές από το Ηνωμένο Βασίλειο για επανεμφάνιση της νόσου Hib λόγω αστοχίας του εμβολίου.

## Επιθετική μηνιγγιτιδοκοκκική νόσος

- Το 2007, καταγράφηκαν στις χώρες της ΕΕ και του ΕΟΧ 5 583 κρούσματα επιθετικής βακτηριακής νόσου που οφείλονταν στο βακτήριο *N. meningitidis*, με συνολικό επίπεδο κοινοποίησης 1,12 κρούσματα ανά 100 000 κατοίκους. Τα επίπεδα κοινοποίησης παρουσιάζουν διακυμάνσεις μεταξύ των κρατών μελών, ενώ είναι υψηλότερα στην Ιρλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο σε σύγκριση με την υπόλοιπη Ευρώπη, αν και σε αμφότερες τις χώρες παρατηρείται διαρκής πτωτική τάση. Εκτός από τις δύο αυτές χώρες, άλλα έξι κράτη μέλη έχουν επίπεδα κοινοποίησης άνω του ενός κρούσματος ανά 100 000 κατοίκους (Βέλγιο, Δανία, Ισπανία, Κάτω Χώρες, Λιθουανία και Μάλτα). Τα υψηλότερα ποσοστά κρουσμάτων επιθετικής μηνιγγιτιδοκοκκικής νόσου καταγράφονται και πάλι σε βρέφη και παιδιά, με το 50% των κρουσμάτων να αφορά παιδιά ηλικίας κάτω των δέκα ετών. Τα υψηλότερα παρατηρηθέντα ποσοστά σε βρέφη ηλικίας κάτω του ενός έτους καταγράφηκαν στην Ιρλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο, με ποσοστά της τάξης 74,5/100 000 και 46,6/100 000 αντίστοιχα.
- Όπως και με την *H. influenzae*, η ανομοιογένεια που παρατηρείται σε επίπεδο καταγραφής κρουσμάτων αποδίδεται σε διάφορες πιθανές αιτίες: βελτίωση της ευαισθησίας των συστημάτων επιτήρησης, διαφορές στους τύπους κλινικής παρουσίασης υπό επιτήρηση (ήτοι σήψη ή μηνιγγίτιδα ή και τα δύο) σε κάθε κράτος μέλος, διαφορές στους εφαρμοζόμενους ορισμούς του κρούσματος, διαφορές στις ικανότητες των εργαστηρίων ή διαφορές στις υγειονομικές πρακτικές περί έγκαιρης διασφάλισης δείγματος αιμοκαλλιέργειας. Στο στάδιο αυτό, το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων (ECDC) δεν διαθέτει ακόμη ικανοποιητική εικόνα των βασικών αιτιών στις οποίες οφείλονται αυτές οι διαφορές. Συνιστά, επομένως, προσοχή κατά τη σύγκριση των επιπέδων κοινοποίησης μεταξύ των διαφορετικών χωρών κατά οροομάδα και ηλικία.
- Το ποσοστό των κρουσμάτων με ελλιπείς πληροφορίες για την οροομάδα εξακολουθεί να είναι υψηλό, ιδίως δε στις χώρες της ανατολικής Ευρώπης. Παρόλα αυτά, ο προσδιορισμός της οροομάδας βελτιώθηκε στο πέρασμα του χρόνου, με τον αριθμό των άγνωστων οροομάδων να έχει μειωθεί σημαντικά τα τελευταία πέντε χρόνια από 1 448 κρούσματα το 2003 σε 559 κρούσματα το 2007. Το 2007, η οροομάδα Β ήταν η πρώτη σε συχνότητα αναφερόμενη οροομάδα που προκαλούσε επιθετική μηνιγγιτιδοκοκκική νόσο στην Ευρώπη, αντιπροσωπεύοντας περίπου το 90% όλων των κοινοποιηθεισών οροομάδων μεταξύ των παιδιών ηλικίας κάτω των τεσσάρων ετών. Σε χώρες που εφαρμόζουν προγράμματα εμβολιασμού κατά του μηνιγγιτιδοκοκκού οροομάδας C καταγράφονται πολλά κρούσματα της οροομάδας Β σε όλες τις ηλικιακές ομάδες και, ιδίως, στις ηλικιακές ομάδες κάτω του ενός έτους και από ενός έως τεσσάρων ετών (73 και 81% των κρουσμάτων αντίστοιχα), στις ομάδες δηλαδή που αποτελούν συνήθως στόχο του εμβολιασμού κατά της οροομάδας C.
- Σε χώρες που εφαρμόζουν προγράμματα εμβολιασμού κατά του μηνιγγιτιδοκοκκού οροομάδας C, το ποσοστό των κρουσμάτων που οφείλονται στην οροομάδα C μειώθηκε σημαντικά τα πρώτα χρόνια μετά την ένταξη του εμβολίου στο εθνικό πρόγραμμα ανοσοποίησης, ιδίως δε στις ομάδες-στόχους των προγραμμάτων εμβολιασμού. Το ποσοστό των κρουσμάτων της οροομάδας C δείχνει να αυξάνεται με την ηλικία, γεγονός που ενδέχεται να οφείλεται στη χαμηλή εμβολιαστική κάλυψη των μεγαλύτερων ηλικιακών ομάδων καθώς και στη μειούμενη αποτελεσματικότητα του εμβολίου μετά το έτος εφαρμογής του προγράμματος πρωτοβάθμιας ανοσοποίησης.
- Οι πληροφορίες για τους ορότυπους και τους υπότυπους των στελεχών αυξάνονται διαρκώς χάρη στη χρήση μοριακών τεχνολογιών από ολοένα και περισσότερες χώρες. Εντούτοις, ο αριθμός των δειγμάτων που συνοδεύονται από πληροφορίες για τους ορότυπους και τους υπότυπους εξακολουθεί να είναι χαμηλός. Η ερμηνεία των σχετικών αποτελεσμάτων πρέπει να γίνεται με προσοχή. Ο υψηλότερος αριθμός δειγμάτων που συνοδεύονται από πληροφορίες για τους υπότυπους καταγράφηκε στη Γαλλία, το Ηνωμένο Βασίλειο και το Βέλγιο.

## Βασικά συμπεράσματα

Συνολικά, η συχνότητα εμφάνισης των δύο προαναφερθεισών νόσων έχει συνεχή πτωτική τάση, ιδίως δε στα παιδιά μικρής ηλικίας που αποτελούν στόχο των εκστρατειών εμβολιασμού. Αύξηση παρουσιάζει, πάντως, σε ευρωπαϊκό επίπεδο, ο αριθμός των κρουσμάτων λόγω ορότυπων και οροομάδων που δεν καλύπτονται από τα εμβόλια, ακόμη και στα παιδιά μικρής ηλικίας. Η τάση αυτή πρέπει επομένως να παρακολουθηθεί με προσοχή.

Παρότι η εμβολιαστική κάλυψη είναι υψηλή για αμφότερα τα εμβόλια, κρούσματα εκδηλώνονται επίσης και σε εμβολιασμένα άτομα. Δυστυχώς, δεν είχαν συλλεχθεί επαρκή στοιχεία ώστε να γίνει σε βάθος ανάλυση των πιθανών

αστοχιών των εμβολίων ή να συναχθούν συμπεράσματα για το ποσοστό των κρουσμάτων που εκδηλώνονται σε εμβολιασμένα άτομα σε χώρες με ή χωρίς προγράμματα εμβολιασμού, και τούτο διότι ήταν πολύ υψηλό το συνολικό ποσοστό ελλιπούς υποβολής ποσοτικών στοιχείων για την κατάσταση του εμβολιασμού και δεν υπήρχαν διαθέσιμες πληροφορίες για την ημερομηνία γέννησης, τον αριθμό των χορηγηθεισών δόσεων του εμβολίου και την ημερομηνία της τελευταίας δόσης του εμβολίου. Επιπλέον, δεν περιλαμβάνονται ακόμη στις μεταβλητές όλες οι πληροφορίες που απαιτούνται προκειμένου να τεκμηριωθεί πιθανή αστοχία του εμβολίου (όπως ημερομηνία γέννησης, αριθμός και ημερομηνίες χορηγηθεισών δόσεων).

Για να βελτιωθεί η συγκρισιμότητα των στοιχείων που συλλέγουν οι συμμετέχουσες χώρες, απαιτείται η εφαρμογή πιο τυποποιημένων εργαστηριακών μεθόδων για την ανίχνευση των κρουσμάτων και η υιοθέτηση σε τοπικό επίπεδο κοινού ορισμού του κρούσματος για τους σκοπούς της επιτήρησης. Η χρήση μεθόδων προσδιορισμού του γονοτύπου διαδίδεται ολοένα και περισσότερο στις ευρωπαϊκές χώρες, γεγονός που θα συμβάλει στη βελτίωση της κατανόησης των στοιχείων επιτήρησης. Και πάλι, όμως, απαιτείται στενή συνεργασία μεταξύ εργαστηρίων και επιδημιολογικών κέντρων σε εθνικό αλλά και σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Σχετική με το θέμα αυτό ήταν και μια πρόσκληση υποβολής προσφορών που δημοσιεύθηκε με τίτλο «Laboratory surveillance and external quality assurance (EQA) of invasive bacterial diseases in EU» («Εργαστηριακή επιτήρηση και εξωτερική διασφάλιση ποιότητας (ΕΔΠ) των επιθετικών βακτηριακών νόσων στην ΕΕ»). Το έργο ανατέθηκε τελικά το 2008 σε μια κοινοπραξία ευρωπαϊκών φορέων υπό τον συντονισμό του Πανεπιστημίου του Würzburg (Γερμανία). Το έργο βρίσκεται επί του παρόντος στο δεύτερο έτος υλοποίησής του και εστιάζει όχι μόνο στην ΕΔΠ και στην εκπαίδευση, αλλά κυρίως στην ενίσχυση και εναρμόνιση των ικανοτήτων των κρατών μελών σε επίπεδο εργαστηρίων, και στην εντατικοποίηση της συνεργασίας μεταξύ εργαστηρίων και φορέων δημόσιας υγείας στην ΕΕ. Μία από τις βασικές δραστηριότητες της κοινοπραξίας είναι η προώθηση της χρήσης μοριακών μεθόδων προσδιορισμού του τύπου στο πλαίσιο της επιτήρησης ρουτίνας.



## 8 Ετήσια επιδημιολογική έκθεση για τις μεταδοτικές ασθένειες στην Ευρώπη - 2010

(Δημοσίευση: Νοέμβριος 2010)

Η παρούσα έκθεση παρουσιάζει την ανάλυση των στοιχείων που υπέβαλαν για το έτος 2008 τα 27 κράτη μέλη της ΕΕ και οι τρεις χώρες του ΕΟΧ και της ΕΖΕΣ: Ισλανδία, Λιχτενστάιν και Νορβηγία. Βασικός στόχος της παρούσας έκθεσης είναι να παράσχει κάποιες ενδείξεις, βάσει των διαθέσιμων στοιχείων, σχετικά με τις περιοχές της Ευρωπαϊκής Ένωσης στις οποίες εντοπίζονται επί του παρόντος κατά κύριο λόγο οι μεταδοτικές ασθένειες. Στις περιοχές αυτές επιβάλλεται η ανάληψη περισσότερο συντονισμένης δράσης προκειμένου να μειωθούν οι πιέσεις που ασκούνται επί του παρόντος –και πιθανώς στο μέλλον– στην κοινωνία και στα συστήματα δημόσιας υγείας και υγειονομικής περιθαλψής, και να περιοριστεί ο ανθρώπινος πόνος. Οι πληροφορίες αυτές συμβάλλουν στις προσπάθειες του ECDC να παράσχει τα αποδεικτικά στοιχεία που απαιτούνται για την ανάληψη δράσης, για τον προσδιορισμό και την ανταλλαγή πρακτικών, καθώς και για τη διατύπωση προτάσεων σχετικά με μεθόδους παρακολούθησης των παρεμβάσεων.

Παρότι έχουν βελτιωθεί σημαντικά η ποιότητα και η συγκρισιμότητα των στοιχείων, οι αναγνώστες θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί όταν προβαίνουν σε άμεσες συγκρίσεις των επιπέδων κοινοποίησης των διαφόρων χωρών. Τα συστήματα επιτήρησης διαφέρουν πολύ μεταξύ τους, ενώ η σχέση μεταξύ καταγραφείσας ή κοινοποιηθείσας και πραγματικής συχνότητας εμφάνισης ποικίλλει από χώρα σε χώρα για πολλές ασθένειες.

Για πρώτη φορά, υποβάλλεται ξεχωριστή έκθεση για την ετήσια ανάλυση των απειλών που παρακολουθούνται στην ΕΕ<sup>5</sup>.

### Μικροβιακή αντοχή στα αντιβιοτικά και λοιμώξεις που συνδέονται με την παροχή υγειονομικής περιθαλψής

Οι μικροοργανισμοί που έχουν καταστεί πλέον ανθεκτικοί στα αντιβιοτικά εξακολουθούν να αποτελούν τη σημαντικότερη απειλή στην Ευρώπη σε επίπεδο ασθενειών. Το 2008, 900 εργαστήρια που εξυπηρετούσαν περισσότερα από 1 500 νοσοκομεία υπέβαλαν στοιχεία για τη μικροβιακή αντοχή στα αντιβιοτικά επτά βασικών μικροοργανισμών-δεικτών. Από τα εν λόγω στοιχεία προέκυψε σε πανευρωπαϊκό επίπεδο αύξηση της αντοχής σε όλες τις κατηγορίες αντιβιοτικών υπό επιτήρηση για το πλέον συνηθισμένο αρνητικό κατά Gram βακτήριο που ευθύνεται για τη βακτηριαιμία και τις λοιμώξεις του ουροποιητικού, το *Escherichia coli*. Σε ορισμένες χώρες καταγράφηκε μείωση του ποσοστού του ανθεκτικού στη μεθικιλίνη *Staphylococcus aureus* (MRSA), αν και τα ποσοστά του MRSA εξακολουθούσαν να κυμαίνονται άνω του 25% στο ένα τρίτο των χωρών. Η αυξανόμενη απειλή της πολυανθεκτικότητας στα φάρμακα (ανθεκτικότητα σε διάφορα αντιβιοτικά ευρείας χρήσης) που παρατηρείται συχνότερα σε ορισμένα αρνητικά κατά Gram βακτήρια, όπως τα *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* και *Pseudomonas aeruginosa*, εξακολουθεί να προκαλεί ανησυχίες.

Κατά το ίδιο έτος, υποβλήθηκαν στοιχεία επιτήρησης για 306 621 χειρουργικές επεμβάσεις από 1 422 νοσοκομεία, καθώς και στοιχεία από 654 νοσοκομεία για 9 129 περιστατικά που νοσηλεύονταν στη μονάδα εντατικής θεραπείας και προσβλήθηκαν από πνευμονία, και για 4 077 περιστατικά που νοσηλεύονταν στη μονάδα εντατικής θεραπείας και προσβλήθηκαν από βακτηριαιμίες. Οι πτωτικές τάσεις των λοιμώξεων χειρουργικού πεδίου μετά από προσθετικές επεμβάσεις στο ισχίο που είχαν παρατηρηθεί παλαιότερα επιβεβαιώθηκαν το 2008. Από την κατανομή των μικροοργανισμών που συνδέονται με λοιμώξεις αποκτηθείσες στις μονάδες εντατικής θεραπείας προέκυψε υψηλό ποσοστό εντεροβακτηρίων ανθεκτικών σε κεφαλοσπορίνες τρίτης γενιάς, και ιδίως *Klebsiella* spp. και *Enterobacter* spp.

### Ασθένειες που οφείλονται στις περιβαλλοντικές συνθήκες και ασθένειες που μεταδίδονται μέσω φορέων

Η έξαρση πυρετού Q που αναφέρθηκε στις Κάτω Χώρες από τον Μάρτιο μέχρι τον Δεκέμβριο του 2007 καταγράφηκε εκ νέου το 2008. Τα κύρια κρούσματα εκδηλώθηκαν κατά την καλοκαιρινή περίοδο και κορυφώθηκαν από την 25η έως την 28η εβδομάδα (μέσα Ιουνίου έως μέσα Ιουλίου). Και άλλες ευρωπαϊκές χώρες, όπως η Γερμανία, ανέφεραν αλλαγές στις τάσεις του πυρετού Q και αύξηση των κρουσμάτων το 2008, σε μικρότερη όμως έκταση.

<sup>5</sup> ECDC, Annual Threat Report 2009, Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων, Στοκχόλμη, 2010. Διατίθεται στη διεύθυνση: [http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/surveillance\\_reports/Pages/index.aspx](http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/surveillance_reports/Pages/index.aspx)

Από τις μεταδοτικές ασθένειες αυτής της ομάδας με τις σοβαρότερες συνέπειες, όπως οι ασθένειες με πιθανώς αιμορραγικά χαρακτηριστικά, ο αιμορραγικός πυρετός Κριμαίας-Κονγκό (CCHF) επεκτάθηκε και πέραν των παραδοσιακά ενδημικών περιοχών, στα Βαλκάνια. Η Ελλάδα ανέφερε το πρώτο της ανθρώπινο κρούσμα CCHF τον Ιούνιο του 2008 στο βόρειο τμήμα της χώρας, κοντά σε γνωστή ενδημική περιοχή. Από την άλλη πλευρά, χάρη στα μέτρα ενισχυμένης επιτήρησης που εφαρμόστηκαν στην Ιταλία μετά την περσινή έξαρση του πυρετού Chikungunya με 217 εργαστηριακά επιβεβαιωμένα κρούσματα δεν παρατηρήθηκε εν νέου εκδήλωση αυτόχθονου πυρετού Chikungunya. Τα ελάχιστα κρούσματα που καταγράφηκαν στις χώρες της ΕΕ και του ΕΟΧ οφείλονταν όλα σε εισαγωγή του ιού.

## Τροφιμογενείς και υδατογενείς νόσοι και ζωνόσοι

Για πολλές από τις τροφιμογενείς νόσους εξακολουθούν να υπάρχουν εκτεταμένες ελλείψεις σε επίπεδο υποβολής στοιχείων λόγω των διαφορών που παρουσιάζει η σοβαρότητα της κλινικής τους εικόνας. Η καμπυλοβακτηρίωση εξακολουθεί να αποτελεί την πιο συχνά αναφερόμενη γαστρεντερική ασθένεια στην ΕΕ και στις χώρες του ΕΟΧ και της ΕΖΕΣ με ποσοστό το 2008 (44,1 ανά 100 000 κατοίκους), σχεδόν παρόμοιο με το ποσοστό του προηγούμενου έτους. Πρόκειται για χαρακτηριστική περίπτωση υποτιμημένης ασθένειας, καθώς η συγκεκριμένη λοίμωξη είναι ευρέως γνωστό ότι προκαλεί ασυμπτωματική ή ήπια νόσο με αποτέλεσμα ιδιαίτερα χαμηλά ποσοστά κοινοποίησης.

Το συνολικό επίπεδο κοινοποίησης της λοίμωξης VTEC/STEC παρέμεινε επίσης στα ίδια σχετικά επίπεδα σε σχέση με τα τελευταία χρόνια (0,66 ανά 100 000 κατοίκους). Ωστόσο, ο αριθμός των καταγεγραμμένων κρουσμάτων που ανέπτυξαν αιμολυτικό ουραιμικό σύνδρομο αυξήθηκε κατά 42% το 2008 σε σύγκριση με το περασμένο έτος. Όσον αφορά τη σαλμονέλωση και τη σιγκέλωση, τα παιδιά ηλικίας κάτω των πέντε ετών είχαν το υψηλότερο ποσοστό κοινοποίησης όσον αφορά τη λοίμωξη VTEC/STEC (4,72 κρούσματα ανά 100 000 κατοίκους), κατά πάσα πιθανότητα λόγω της πιο σοβαρής κλινικής εικόνας στη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα και της μεγαλύτερης πιθανότητας εισαγωγής σε νοσοκομείο για κάθε μια εξ αυτών των λοιμώξεων.

Τα τελευταία τρία χρόνια παρατηρήθηκε σταθερή μείωση της σαλμονέλωσης, παρότι η *Salmonella* εξακολούθησε να ευθύνεται για αρκετές τροφιμογενείς εξάρσεις σε διεθνές, εθνικό και υποεθνικό επίπεδο το 2008. Λόγω αλλαγής στον τρόπο υποβολής των στοιχείων, στην παρούσα έκθεση εμφανίζεται υψηλότερο ποσοστό τυφοειδούς πυρετού σε σύγκριση με τα προηγούμενα έτη, το οποίο όμως αποδίδεται στη βελτίωση της πληρότητας των υποβληθέντων στοιχείων και όχι σε πραγματική αύξηση των κρουσμάτων. Η συντριπτική πλειονότητα των κρουσμάτων τυφοειδούς πυρετού είναι αποτέλεσμα εισαγωγής του βακτηρίου από ταξιδιώτες που επιστρέφουν από περιοχές στις οποίες ενδημεί το βακτήριο.

Το 2008, το συνολικό επίπεδο κοινοποίησης της ηπατίτιδας Α (3,34 ανά 100 000 κατοίκους) ήταν ελαφρώς υψηλότερο σε σύγκριση με το 2007 (2,75 ανά 100 000 κατοίκους). Το επίπεδο κοινοποίησης στη Λεττονία αυξήθηκε από 0,66 το 2007 σε 123 ανά 100 000 κατοίκους, κυρίως λόγω μιας έξαρσης που έπληξε το σύνολο του πληθυσμού η οποία ξεκίνησε από χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών και άτομα με χαμηλά εισοδήματα που ζούσαν σε συνθήκες πλημμελούς υγιεινής, αλλά επεκτάθηκε στη συνέχεια και στον υπόλοιπο πληθυσμό. Ομοίως, μια έξαρση της ηπατίτιδας Α στην Τσεχική Δημοκρατία έπληξε αρχικά τους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών, στη συνέχεια, όμως, επεκτάθηκε στον γενικό πληθυσμό.

## HIV, σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις, ηπατίτιδα Β και C

Όσον αφορά τις μεταδοτικές ασθένειες, οι λοιμώξεις από τον ιό HIV εξακολουθούν να συγκαταλέγονται μεταξύ των σημαντικότερων απειλών για τη δημόσια υγεία. Ο ιός HIV παρουσιάζει συνεχή αύξηση της τάξης του 33% επί του αριθμού των καταγεγραμμένων κρουσμάτων λοίμωξης από τον ιό HIV, από 4,2 ανά 100 000 κατοίκους το 2000 (13 265 κρούσματα) σε 5,6 ανά 100 000 κατοίκους (18 019 κρούσματα) το 2008. Η τάση αυτή καθίσταται ακόμη πιο ανησυχητική εάν ληφθεί υπόψη ότι στις χώρες της ΕΕ και του ΕΟΧ ένα σημαντικό ποσοστό ατόμων (που ανέρχεται, σύμφωνα με τις εκτιμήσεις, στο 30%) δεν γνωρίζουν καν ότι πάσχουν από τον ιό HIV. Σύμφωνα με τα στοιχεία, το υψηλότερο ποσοστό κρουσμάτων HIV διαγνώστηκε σε άνδρες με ομοφυλοφιλικές επαφές (40 %), ενώ αύξηση σημειώνει και το ποσοστό ετεροφυλικής μετάδοσης του ιού (29 %) σε αρκετές χώρες της Ευρώπης. Σημαντικό ποσοστό των νέων διαγνωσμένων λοιμώξεων στην ΕΕ καταγράφηκε σε μετανάστες από χώρες με γενικευμένη επιδημία του ιού HIV (κυρίως στην υποσαχάρια Αφρική). Αντιθέτως, παρά κάποιους περιορισμούς στους οποίους υπόκεινται τα στοιχεία, ο αριθμός των διαγνώσεων AIDS φαίνεται να έχει μειωθεί, με εξαίρεση τα κράτη της Βαλτικής.

Τα χλαμύδια συνέχισαν να αποτελούν την πιο συχνά καταγεγραμμένη σεξουαλικά μεταδιδόμενη λοίμωξη (ΣΜΛ) στις χώρες της ΕΕ και του ΕΟΧ με 335 329 επιβεβαιωμένα καταγεγραμμένα κρούσματα (150 ανά 100 000 κατοίκους). Η πραγματική συχνότητα εμφάνισης των λοιμώξεων από χλαμύδια ενδέχεται να είναι υψηλότερη καθώς η συγκεκριμένη λοίμωξη παρουσιάζει σημαντικές ελλείψεις σε επίπεδο αναφοράς. Τα τελευταία δέκα χρόνια η ασθένεια έχει συνεχή αυξητική τάση. Εξακολουθεί να εκδηλώνεται κατά κύριο λόγο σε νεαρούς ενήλικες με επίπεδο κοινοποίησης μεταξύ των ατόμων ηλικίας από 15 έως 24 ετών της τάξης των 976 κρουσμάτων ανά 100 000 κατοίκους, ενώ προσβάλλει περισσότερο τις νεαρές γυναίκες σε σύγκριση με τους νεαρούς άνδρες.

Παρότι η τάση των κοινοποιήσεων της ηπατίτιδας C παρουσιάζει σχετική σταθερότητα και τα ποσοστά ηπατίτιδας B έχουν μειωθεί, σύμφωνα με τις ενδείξεις, σε σύγκριση με παρελθόντα έτη, τα σχετικά στοιχεία υπόκεινται σε περιορισμούς που δεν εξαλείφονται εύκολα. Την ερμηνεία των τάσεων αυτών δυσχεραίνουν οι αρκετά μεγάλες διαφορές μεταξύ των συστημάτων επιτήρησης, οι πρόσφατες αλλαγές στον τρόπο υποβολής των στοιχείων, τα μεγάλα ποσοστά κρουσμάτων που δεν διαγιγνώσκονται, οι πιθανές διαφορές στους χρησιμοποιούμενους ορισμούς του κρούσματος (ήτοι διαφορετική χρήση ή/και ερμηνεία των δεικτών της ηπατίτιδας B), και η υποβολή ελλείπων στοιχείων σε ορισμένες χώρες. Επιπλέον, ορισμένες χώρες δεν κάνουν διάκριση στα στοιχεία που υποβάλλουν μεταξύ οξέων και χρόνιων κρουσμάτων ηπατίτιδας B και C, γεγονός το οποίο, συνδυασμό με το υψηλό ποσοστό ασυμπτωματικών κρουσμάτων, έχει ως αποτέλεσμα σύνολα στοιχείων που δεν μπορούν να συγκριθούν εύκολα μεταξύ των χωρών. Το ECDC καταβάλλει προσπάθειες για τη βελτίωση της ενισχυμένης επιτήρησης των εν λόγω ιογενών λοιμώξεων, μεριμνώντας, μεταξύ άλλων, για τη βελτίωση της εναρμόνισης της επιτήρησης της ηπατίτιδας B και C σε ευρωπαϊκό επίπεδο.

## Λοιμώξεις της αναπνευστικής οδού

Κάθε χειμώνα, εκατοντάδες χιλιάδες άτομα στην ΕΕ ασθενούν σοβαρά και χάνουν τη ζωή τους λόγω της εποχικής γρίπης. Η περίοδος γρίπης 2008-2009 στην Ευρώπη ξεκίνησε την 48η εβδομάδα του 2008, διήρκεσε περίπου δέκα εβδομάδες σε κάθε πληγείσα χώρα και έληξε την 16η εβδομάδα του 2009, αφού πρώτα η γρίπη κορυφώθηκε στην Ευρώπη με κατεύθυνση από τα δυτικά προς τα ανατολικά και ύστερα προς τα νοτιοανατολικά. Κατά την περίοδο 2008-2009 κυριάρχησε αρχικά ο ιός της γρίπης A(H3N2) και στη συνέχεια, σε μικρότερο βαθμό, ο ιός της γρίπης B, με τον ιό A(H3N2) να ανιχνεύεται στα περισσότερα κρούσματα συνολικά. Οι περισσότεροι κυκλοφορούντες ιοί της γρίπης B δεν ταίριαζαν με το συστατικό του ιού B που περιείχε το εμβόλιο για τη γρίπη, το οποίο χρησιμοποιήθηκε την περίοδο 2008-2009 στο βόρειο ημισφαίριο. Πάντως, δεδομένου του σχετικά χαμηλού επιπολασμού των ιών της ηπατίτιδας B που παρατηρήθηκε κατά την εν λόγω περίοδο το γεγονός αυτό δεν φαίνεται να είχε μεγάλη σημασία σε επίπεδο δημόσιας υγείας. Τη 19η εβδομάδα του 2009, στο τέλος δηλαδή της «κανονικής περιόδου», ανιχνεύθηκε ο πρώτος ιός της πανδημικής γρίπης A(H1N1) σε δείγμα-δείκτη και στη συνέχεια ακολούθησε το εαρινό/καλοκαιρινό κύμα της πανδημίας.

Το 2008, αναφέρθηκε ξανά μια σειρά κρουσμάτων της υψηλής παθογονικότητας γρίπης των πτηνών και της χαμηλής παθογονικότητας γρίπης των πτηνών σε πτηνά στην ΕΕ, ήταν όμως πολύ λιγότερα στον αριθμό σε σχέση με το 2007. Δεν αναφέρθηκαν πάντως συνδεόμενα με τις εξάρσεις αυτές κρούσματα ασθενειών σε ανθρώπους.

Τα επίπεδα κοινοποίησης της νόσου των Λεγεωνάριων (Λεγιονέλλωση) στην ΕΕ και στις χώρες του ΕΟΧ και της ΕΖΕΣ παραμένουν σταθερά στο 1,2 ανά 100 000 κατοίκους. Όσον αφορά την καταγραφή κρουσμάτων, η περίοδος αιχμής που είχε παρατηρηθεί τα προηγούμενα χρόνια τον μήνα Ιούλιο είχε μεγαλύτερη διάρκεια το 2008, καθώς διήρκεσε από τον Ιούνιο έως τον Σεπτέμβριο. Ο αριθμός των καταγεγραμμένων κρουσμάτων της νόσου των Λεγεωνάριων που συνδέονται με ταξίδια ήταν χαμηλότερος σε σύγκριση με το 2007. Το ίδιο και ο αριθμός των κατά συρροή κρουσμάτων.

Ο αριθμός των κρουσμάτων φυματίωσης παρουσιάζει σταθερή μέση ετήσια μείωση τα τελευταία πέντε χρόνια, παρότι 28 χώρες της ΕΕ, του ΕΟΧ και της ΕΖΕΣ ανέφεραν και πάλι 82 611 κρούσματα φυματίωσης το 2008 (επίπεδο κοινοποίησης στο 16,7 ανά 100 000 κατοίκους). Στην ΕΕ, η φυματίωση απαντά συχνότερα μεταξύ των μεταναστών, των αστέγων, των φτωχών στα αστικά κέντρα, των κρατούμενων σε σωφρονιστικά ιδρύματα, των ατόμων με HIV και των χρηστών ναρκωτικών, όμως από τα στοιχεία για το έτος 2008 προκύπτει ξεκάθαρα μια ανομοιογενής εικόνα, με τρεις ευρείες επιδημιολογικές κατηγορίες:

- χώρες με χαμηλή συχνότητα εμφάνισης, με αυξανόμενη καταγραφή κρουσμάτων μεταξύ των ατόμων αλλοδαπής προέλευσης και περιστασιακή υποβολή στοιχείων για αυξανόμενες κοινοποιήσεις
- χώρες με σχετικά μέτρια έως υψηλά επίπεδα κοινοποίησης που παρουσιάζουν πτωτική τάση, με χαμηλά επίπεδα πολυανθεκτικής στα φάρμακα φυματίωσης, και
- χώρες με σχετικά υψηλά επίπεδα κοινοποίησης και με υψηλό ποσοστό κρουσμάτων πολυανθεκτικής στα φάρμακα φυματίωσης, αλλά και πάλι με πτωτικά συνολικά επίπεδα φυματίωσης.

Επιπλέον, το ποσοστό κρουσμάτων της πολυανθεκτικής σε συνδυασμό φαρμάκων φυματίωσης (MDR TB) αυξήθηκε από 4% σε 6% κατά την περίοδο 2007-2008, ως επί το πλείστον λόγω ατελών ή κακοσχεδιασμένων μεθόδων θεραπείας. Το ποσοστό επιτυχίας της θεραπείας για τα εν λόγω κρούσματα MDR TB παραμένει επίσης πολύ χαμηλό (30,9 %) για την κοόρτη 2006. Αν και η ποιότητα, η αντιπροσωπευτικότητα και η πληρότητα των στοιχείων για την ανθεκτικότητα δεύτερης γραμμής μπορούν να βελτιωθούν ακόμη περισσότερο, από τα ποσοτικά στοιχεία επιβεβαιώνεται ότι η υπερανθεκτική στα φάρμακα φυματίωση (XDR TB) έχει εδραιωθεί πλέον στο έδαφος της ΕΕ.

## Ασθένειες που προλαμβάνονται με τον εμβολιασμό

Αρκετές από τις ασθένειες που προλαμβάνονται με τον εμβολιασμό και έχουν σοβαρές συνέπειες (όπως η πολιομυελίτιδα, η διφθερίτιδα ή ο τέτανος) έχουν σχεδόν εξαλειφθεί από τις χώρες της ΕΕ και του ΕΟΧ. Άλλη

επιτυχία σε όλες σχεδόν τις χώρες της ΕΕ είναι ο αντίκτυπος του εμβολίου για τη νόσο Hib που περιλαμβάνεται στα εθνικά τους προγράμματα ανοσοποίησης. Για τις υπόλοιπες ασθένειες που προλαμβάνονται με τον εμβολιασμό, εξακολουθούν να υπάρχουν προβλήματα όσον αφορά τη βελτίωση της κάλυψης των δύσκολα προσεγγίσιμων πληθυσμιακών ομάδων. Επίσης, αδικαιολόγητες αμφιβολίες για την ασφάλεια του εμβολίου ανέκοψαν την υλοποίηση των στόχων σχετικά με διάφορες από αυτές τις λοιμώξεις, προκαλώντας τοπικές εξάρσεις οι οποίες θα μπορούσαν να είχαν προληφθεί πλήρως.

Μία τέτοια ασθένεια είναι η ιλαρά. Ο συνολικός αριθμός κρουσμάτων ιλαράς στις χώρες της ΕΕ και της ΕΖΕΣ ήταν σημαντικά υψηλότερος το 2008 σε σύγκριση με το 2007. Αυτό οφειλόταν σε εξάρσεις ευρείας κλίμακας που σημειώθηκαν σε αρκετές χώρες. Ο υψηλότερος αριθμός κρουσμάτων καταγράφηκε στην Ελβετία, την Ιταλία, την Αυστρία, τη Γερμανία, τη Γαλλία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Απαιτείται ισχυρή πολιτική δέσμευση προκειμένου να αντιστραφεί αυτή η ανησυχητική τάση.

Αντιθέτως, κατά την περίοδο 2007-2008 μειώθηκε ο αριθμός των αναφερθέντων και εργαστηριακά επιβεβαιωμένων κρουσμάτων ερυθράς. Παρά τη συνολικά τεράστια μείωση του αριθμού των κρουσμάτων συγγενούς ερυθράς μετά την εφαρμογή μέτρων εμβολιασμού, εξακολουθούν να καταγράφονται σποραδικά κρούσματα στην Ευρώπη. Η πλημμελής κάλυψη με το εμβόλιο κατά της ιλαράς, της παρωτίτιδας και της ερυθράς μπορεί να δημιουργήσει θύλακες ευαίσθητων ατόμων, με αποτέλεσμα την αύξηση των ασθενειών αυτών, συμπεριλαμβανομένης της συγγενούς ερυθράς.

Το συνολικό επίπεδο κοινοποίησης της επιθετικής πνευμονιοκοκκικής νόσου (IPD) ήταν 5,2 ανά 100 000 κατοίκους το 2008, συγκριτικά δηλαδή μεταξύ των υψηλότερων επιπέδων κοινοποίησης όλων των ασθενειών που προλαμβάνονται με εμβολιασμό. Τα συστήματα επιτήρησης της IPD στην ΕΕ χαρακτηρίζονται από εκτεταμένη ανομοιογένεια, ιδίως όσον αφορά τον τύπο των συστημάτων επιτήρησης που εφαρμόζονται, την κάλυψή τους και τον χρησιμοποιούμενο ορισμό του κρούσματος. Ορισμένες χώρες μάλιστα δεν εφαρμόζουν καν συστήματα επιτήρησης. Το ECDC μεριμνά για την περαιτέρω ενίσχυση της επιτήρησης στην ΕΕ, συμπεριλαμβανομένης της εργαστηριακής επιτήρησης, με στόχο την καλύτερη παρακολούθηση των τάσεων όσον αφορά τους ορότυπους, ιδίως δε εκείνους που δεν καλύπτονται από το εμβόλιο.

## Συμπεράσματα

Από την εν λόγω σύνοψη των στοιχείων και των τάσεων που αφορούν το έτος 2008 προκύπτει ότι οι προτεραιότητες για την πρόληψη και τον έλεγχο των μεταδοτικών ασθενειών στην ΕΕ δεν έχουν αλλάξει σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Η συχνότητα εμφάνισης και ο αριθμός των κρουσμάτων ορισμένων ασθενειών μειώθηκαν χάρη στην ανάληψη συντονισμένων δράσεων πρόληψης και ελέγχου από τα κράτη μέλη (αν και τα επίπεδα εξακολουθούν να παραμένουν υψηλά σε συγκεκριμένα τμήματα του πληθυσμού και ομάδες κινδύνου). Εξακολουθούν, πάντως, να υπάρχουν αρκετά προβλήματα όσον αφορά τις μεταδοτικές ασθένειες. Τα σημαντικότερα εξ αυτών είναι τα ακόλουθα:

- η μικροβιακή αντοχή στα αντιβιοτικά
- οι λοιμώξεις που σχετίζονται με την παροχή υγειονομικής περίθαλψης
- οι σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις, ιδίως δε αυτές που προκαλούνται από τον ιό HIV και τα χλαμύδια
- οι λοιμώξεις της αναπνευστικής οδού που προκαλούνται από γρίπη (δυναμικό πανδημίας καθώς και ετήσιες εποχικές επιδημίες), φυματίωση και πνευμονιοκοκκικές λοιμώξεις.

Για ορισμένες από αυτές τις ασθένειες, η ανάληψη περαιτέρω κοινών δράσεων (π.χ. μέσω εμβολιασμού και συναφών μέτρων ελέγχου) θα μπορούσε να συμβάλει στην οριστική εξάλειψή τους από την ΕΕ και, εντέλει, από την Ευρώπη, όπως συμβαίνει για αρκετές ασθένειες που προλαμβάνονται με εμβολιασμό. Ωστόσο, τα κράτη μέλη της ΕΕ απέχουν ακόμη πολύ από την επίτευξη των στόχων που προέβλεπαν ήδη τα προγράμματα εξάλειψης ασθενειών, ιδίως όσον αφορά την ιλαρά της οποίας η πτωτική τάση έχει αντιστραφεί. Ομοίως, η βελτίωση της ευαισθησίας και της εξειδίκευσης της επιτήρησης της παρωτίτιδας είναι μείζονος σημασίας για την επίτευξη του στόχου περί εξάλειψής της που έχει θέσει η ΠΟΥ για το 2010. Όσον αφορά τις πνευμονιοκοκκικές λοιμώξεις, ανησυχία συνεχίζει να προκαλεί το ενδεχόμενο οι ορότυποι που καλύπτονται από το συζευγμένο εμβόλιο του πνευμονιοκόκκου να αντικατασταθούν, μετά την εισαγωγή του εμβολίου, από ορότυπους οι οποίοι δεν καλύπτονται από το εμβόλιο, όπως έχει παρατηρηθεί ήδη στις Ηνωμένες Πολιτείες.

Τα δεδομένα του 2008 εξακολουθούν να καταδεικνύουν ότι η μικροβιακή αντοχή στα αντιβιοτικά συνιστά όλο και πιο σημαντικό κίνδυνο για τη δημόσια υγεία στην Ευρώπη. Ως εκ τούτου, απαιτείται διεθνής συνεργασία –καθώς και συντονισμένες προσπάθειες σε εθνικό επίπεδο– προκειμένου να περιοριστεί και να προληφθεί η εμφάνισή της. Οι λοιμώξεις που συνδέονται με την παροχή υγειονομικής περίθαλψης συνιστούν επίσης ολοένα και πιο σημαντικό πρόβλημα, για την αντιμετώπιση του οποίου απαιτείται η εφαρμογή συνεκτικών πολιτικών πρόληψης και ελέγχου. Οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής θα βοηθηθούν καθώς θα έχουν στη διάθεσή τους τα πλέον αξιόπιστα στοιχεία που αναμένεται να προκύψουν από τις προσπάθειες βελτίωσης των συστημάτων επιτήρησης, τα οποία βασίζονται κατά κύριο λόγο σε νοσοκομεία και σε μονάδες μακροχρόνιας φροντίδας.

Αν και η συνολική τάση της φυματίωσης είναι πτωτική, οι τάσεις της πολυανθεκτικής στα φάρμακα φυματίωσης και του ιού HIV ταυτόχρονα με φυματίωση συνεχίζουν να σημειώνουν αύξηση. Ομοίως, αυξητική είναι και η συνολική τάση του ιού HIV. Σε αμφότερες τις περιπτώσεις, οι δύο αυτές λοιμώξεις απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή όσον αφορά τη διατήρηση αυστηρών εθνικών και διεθνών δραστηριοτήτων πρόληψης και ελέγχου, συμπεριλαμβανομένης της περαιτέρω επένδυσης σε δράσεις επιτήρησης. Η υποβολή στοιχείων για τη συννοσηρότητα φυματίωσης/HIV παραμένει πλημμελής παρόλο που υπάρχουν νέα σχέδια για τη βελτίωση της κατάστασης.

Η γρίπη συνέχισε να καταδεικνύει πόσο απρόβλεπτες μπορεί να είναι οι εποχικές επιδημίες, με μία περίοδο σχετικά έντονης έξαρσης του ιού A(H3N2) που ακολουθήθηκε από πανδημία του ιού A(H1N1) η οποία ξεκίνησε από την αμερικανική ήπειρο.

**Πίνακας Α: Επισκόπηση της συνολικής πρόσφατης τάσης, των επιπέδων κοινοποίησης στην ΕΕ και των κυριότερων ηλικιακών ομάδων που προσβλήθηκαν από τις μεταδοτικές ασθένειες που αναφέρθηκαν σε επίπεδο ΕΕ το 2008.**

Ασθένεια	Γενική τάση	Επίπεδο κοινοποίησης στην ΕΕ ανά 100 000 κατοίκους (2008)	Βασικές ηλικιακές ομάδες που προσβλήθηκαν (2008)
<b>Λοιμώξεις της αναπνευστικής οδού</b>			
Γρίπη	↔	Δεν υπάρχουν δεδομένα	0–14
Γρίπη των πτηνών	Ελλιπή δεδομένα	0	Ελλιπή δεδομένα
Νόσος των Λεγεωνάριων (λεγιονέλλωση)	↑	1,2	≥ 65
Φυματίωση	↓	16,7	25–44
<b>HIV, σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις και ιογενείς λοιμώξεις που μεταδίδονται με το αίμα</b>			
Χλαμύδια	↑	149,9	15–24
Γονόρροια	↓	8,6	15–24, 25–44
Ηπατίτιδα Β	↓	1,3	25–44
Ηπατίτιδα C	↑	9,0	25–44
HIV	↑	5,7	25–44
AIDS	↓	1,1	40–49
Σύφιλη	↔	4,2	25–44
<b>Τροφιμογενείς και υδατογενείς νόσοι και ζωνόσοι</b>			
Άνθρακας	↓	< 0,01	Ελλιπή δεδομένα
Αλλαντίαση	↔	< 0,1	25–44
Βρουκέλλωση	↓	0,2	45–64, 25–44
Καμπυλοβακτηρίωση	↑	44,1	0–4
Χολέρα	↓	<0,01	Ελλιπή δεδομένα
Κρυπτοσποριδίαση	↔	2,4	0–4
Εχινokokκίαση	↔	0,2	45–44, ≥ 65
<i>Escherichia coli</i> που παράγει βεροτοξίνη (VTEC/STEC)	↔	0,7	0–4
Γιαρδίαση	↓	59,6	0–4
Ηπατίτιδα Α	↓	3,3	5–14
Λεπτοσπείρωση	↔	0,2	45–64
Λιστερίωση	↔	0,3	≥ 65
Σαλμονέλλωση	↓	29,8	0–4

Ασθένεια	Γενική τάση	Επίπεδο κοινοποίησης στην ΕΕ ανά 100 000 κατοίκους (2008)	Βασικές ηλικιακές ομάδες που προσβλήθηκαν (2008)
Σιγκέλωση	↔	1,8	0–4
Τοξοπλάσμωση	↓	0,8	15–24
Τριχινίαση	↔	0,1	25–44
Τουλαραιμία	↔	0,2	45–64
Τυφοειδής/παρουτυφοειδής πυρετός	↔	0,3	0–4, 5–44
Παραλλαγή της νόσου Creutzfeldt-Jakob	Ελλιπή δεδομένα	< 0,01	Ελλιπή δεδομένα
Γερανίωση	↑	2,7	0–14
<b>Αναδυόμενες ασθένειες και ασθένειες που μεταδίδονται μέσω φορέων</b>			
Ελονοσία	↔	1,2	25–44
Πανώλη	Ελλιπή δεδομένα	0	Ελλιπή δεδομένα
Πυρετός Q	↔	0,4	45–64
Σοβαρό οξύ αναπνευστικό σύνδρομο (SARS)	Ελλιπή δεδομένα	0	Ελλιπή δεδομένα
Ευλογία	Άνευ αντικειμένου	0	Ελλιπή δεδομένα
Πυρετός Chikungunya	Ελλιπή δεδομένα	< 0,01	45–64
Δάγκειος πυρετός	Ελλιπή δεδομένα	0,1	25–44
Λοίμωξη από χανταϊούς	Ελλιπή δεδομένα	1,4	25–44, 45–64
Πυρετός του Δυτικού Νείλου	Ελλιπή δεδομένα	< 0,01	Ελλιπή δεδομένα
Κίτρινος πυρετός	Ελλιπή δεδομένα	0	Δεν αναφέρθηκαν κρούσματα
<b>Ασθένειες που προλαμβάνονται με τον εμβολιασμό</b>			
Διφθερίτιδα	↓	<0,01	5–14, 45–64
Επιθετική λοίμωξη από το <i>Haemophilus influenzae</i>	↓	0,5	≥ 65, 0–4
Επιθετική μηνιγγιδοκοκκική ασθένεια	↓	0,9	0–4
Επιθετική πνευμονιοκοκκική λοίμωξη	↓	5,2	≥ 65, 0–4
Ίλαρά	↔	0,9	0–4
Παρωτίτιδα	↓	2,8	5–14
Κοκκύτης	↔	5,3	5–14
Πολυομυελίτιδα	Ελλιπή δεδομένα	0	Ελλιπή δεδομένα
Λύσσα	↓	< 0,01	Ελλιπή δεδομένα
Ερυθρά	↓	0,6	0–4
Τέτανος	↓	< 0,1	≥ 65
<b>Μικροβιακή αντοχή στα αντιβιοτικά και λοιμώξεις που συνδέονται με την παροχή υγειονομικής περίθαλψης</b>			
Μικροβιακή αντοχή στα αντιβιοτικά	↑	Άνευ αντικειμένου	Ελλιπή δεδομένα
Λοιμώξεις που σχετίζονται με την παροχή υγειονομικής περίθαλψης	↑	Άνευ αντικειμένου	Ελλιπή δεδομένα



## 9 Επιτήρηση της μικροβιακής αντοχής στα αντιβιοτικά στην Ευρώπη - 2009

(Δημοσίευση: Νοέμβριος 2010)

Πρόκειται για την πρώτη ετήσια έκθεση του ευρωπαϊκού δικτύου επιτήρησης της μικροβιακής αντοχής στα αντιβιοτικά (EARSNet) μετά την υπαγωγή του ευρωπαϊκού συστήματος επιτήρησης της μικροβιακής αντοχής στα αντιβιοτικά (EARSS) στο Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων (ECDC) την 1η Ιανουαρίου 2010. Η παρούσα έκθεση αποτελεί συνέχεια των ιδιαίτερα αξιόλογων ετήσιων εκθέσεων που δημοσιεύει το δίκτυο από το 2001.

Την τελευταία δεκαετία, η μικροβιακή αντοχή στα αντιβιοτικά αποκτά σταθερά ολοένα και μεγαλύτερη προτεραιότητα στην ατζέντα των θεμάτων που άπτονται της δημόσιας υγείας στην Ευρώπη. Η επιτήρηση της μικροβιακής αντοχής στα αντιβιοτικά, για την οποία ήταν αρμόδιο μέχρι πρόσφατα το EARSS και πλέον είναι το EARS-Net, έχει συμβάλει σημαντικά στη συλλογή τεκμηριωμένων στοιχείων για την εμφάνιση και την εξάπλωση της μικροβιακής αντοχής στα αντιβιοτικά, καθώς και στην ενίσχυση της ευαισθητοποίησης για το πρόβλημα σε πολιτικό επίπεδο, μεταξύ των αρμοδίων σε θέματα δημόσιας υγείας αλλά και στους κόλπους της επιστημονικής κοινότητας.

Από τα στοιχεία για τη μικροβιακή αντοχή στα αντιβιοτικά που υπέβαλαν στο EARS-Net 28 χώρες το 2009, και από τα αποτελέσματα της ανάλυσης των τάσεων που περιείχαν στοιχεία του EARSS από προηγούμενα έτη, προκύπτει ότι η κατάσταση της μικροβιακής αντοχής στην Ευρώπη παρουσιάζει μεγάλες διακυμάνσεις αναλόγως του τύπου του παθογόνου, της αντιμικροβιακής ουσίας και της γεωγραφικής περιοχής.

Όσον αφορά τη μικροβιακή αντοχή, τα πλέον ανησυχητικά αποτελέσματα του 2009 προέρχονται από την ταχέως μειούμενη ευαισθησία του *Escherichia coli* σε όλους βασικά τους αντιμικροβιακούς παράγοντες που αποτελούν αντικείμενο της επιτήρησης του EARS-Net, με εξαίρεση τις καρβαπενέμες, και από τον υψηλό επιπολασμό της αντοχής του *Klebsiella pneumoniae* σε κεφαλοσπορίνες τρίτης γενιάς, φθοριοκινολόνες, και αμινογλυκοσιδικά. Στις μισές από τις χώρες που υπέβαλαν στοιχεία, το ποσοστό των πολύ ανθεκτικών στελεχών *K. pneumoniae* (συνδυασμένη αντοχή σε κεφαλοσπορίνες τρίτης γενιάς, φθοριοκινολόνες και αμινογλυκοσιδικά) που απομονώθηκαν κυμαίνεται άνω του 10%, ενώ μερικές χώρες αναφέρουν επίσης υψηλά ποσοστά αντοχής στις καρβαπενέμες. Τα εν λόγω αντιβιοτικά χρησιμοποιούνται ευρέως σε πολλές χώρες λόγω του αυξανόμενου επιπέδου β-λακταμασών ευρέως φάσματος (ESBL) που παράγουν εντεροβακτήρια με επακόλουθο αντίκτυπο στην έναρξη της παραγωγής καρβαπενεμών (VIM, KPC and NDM-1), ιδίως όσον αφορά το βακτήριο *K. pneumoniae*.

Τα υψηλότερα ποσοστά αντοχής του *E. coli* αναφέρθηκαν για τις αμινοπενικιλίνες (έως και 66%). Ανεξάρτητα από το υψηλό επίπεδο αντοχής, τα ποσοστά εξακολουθούν να αυξάνονται ακόμη και σε χώρες που παρουσιάζουν ήδη ποσοστά μικροβιακής αντοχής άνω του 50%. Η αντοχή του *E. coli* στις κεφαλοσπορίνες τρίτης γενιάς αυξήθηκε επίσης σημαντικά κατά τη διάρκεια των τελευταίων τεσσάρων ετών σε περισσότερες από τις μισές χώρες που υποβάλλουν στοιχεία. Η εν λόγω αντοχή συνδέεται άμεσα με τα υψηλά ποσοστά (85-100%) θετικών στις β-λακταμάσες ευρέως φάσματος ανθεκτικών στελεχών που απομονώθηκαν σε χώρες που υπέβαλαν στοιχεία για το 2009.

Άλλες τάσεις που έχουν αναφερθεί στο EARS-Net σχετικά με την εξέλιξη της αντοχής γεννούν ελπίδες ότι οι προσπάθειες των κρατών για τον έλεγχο των λοιμώξεων και για τον περιορισμό της αντοχής ενδέχεται σε ορισμένες περιπτώσεις να συμβάλουν στην ανάσχεση της αύξησης της αντοχής ή ακόμη και στην αντιστροφή ανεπιθύμητων τάσεων αντοχής, όπως καταδεικνύει η ανάπτυξη του ανθεκτικού στη μεθικιλίνη *Staphylococcus aureus* (MRSA). Αν και το ποσοστό του ανθεκτικού στη μεθικιλίνη *Staphylococcus aureus* μεταξύ των *Staphylococcus aureus* κυμαίνεται ακόμη άνω του 25% σε δέκα από τις 28 χώρες, η συχνότητα εμφάνισής του σταθεροποιείται ή μειώνεται σε ορισμένες χώρες, ενώ σταθερή μείωση παρατηρήθηκε στην Αυστρία, τη Γαλλία, την Ιρλανδία, τη Λεττονία και το Ηνωμένο Βασίλειο.

Επιπλέον, στο Ηνωμένο Βασίλειο καταγράφηκε συγκροτημένη μείωση του ποσοστού των ανθεκτικών στελεχών *K. pneumoniae* σε όλες τις κατηγορίες αντιβιοτικών υπό επιτήρηση, ενώ σε ορισμένες χώρες (Ελλάδα, Γερμανία, Ιταλία και Γαλλία) οι προσπάθειες ελέγχου της αντοχής του *Enterococcus faecium* στα γλυκοπεπτιδία φαίνεται να στέφονται από επιτυχία και να συμβάλλουν στη συνεχή μείωση του ποσοστού των ανθεκτικών στελεχών που απομονώνονται. Στο μεταξύ, η μεγάλη αντοχή του *Enterococcus faecalis* στα αμινογλυκοσιδικά φαίνεται να σταθεροποιείται σε σχετικά υψηλό επίπεδο. Τα ποσοστά ανθεκτικών απομονωθέντων στελεχών που ανέφεραν οι περισσότερες χώρες κυμαίνονται από 30 έως 50%.

Όσον αφορά το *Streptococcus pneumoniae*, η μη ευαισθησία του στην πενικιλίνη κυμαίνεται σε γενικώς σταθερά επίπεδα στην Ευρώπη, η μη ευαισθησία του στα μακρολίδια μειώθηκε σε έξι χώρες, ενώ καμία χώρα δεν ανέφερε αυξητικές τάσεις. Όσον αφορά το *Pseudomonas aeruginosa*, πολλές χώρες, κυρίως της νότιας και της ανατολικής Ευρώπης, ανέφεραν υψηλά ποσοστά αντοχής στις φθοριοκινολόνες, στις καρβαπενέμες καθώς και υψηλά ποσοστά συνδυασμένης αντοχής.

Όσον αφορά αρκετούς συνδυασμούς μικροβίων και παθογόνων οργανισμών ανθεκτικών στα αντιβιοτικά, π.χ. την αντοχή των *E. coli*, *K. pneumoniae*, *P. aeruginosa* στις φθοριοκινολόνες και το ανθεκτικό στη μεθικιλίνη *Staphylococcus aureus*, παρατηρείται στην Ευρώπη εμφανής διαφορά μεταξύ των χωρών του βορρά και του νότου. Σε γενικές γραμμές, οι βορειοευρωπαϊκές χώρες αναφέρουν χαμηλότερα ποσοστά αντοχής ενώ οι νότιες χώρες υψηλότερα, γεγονός που οφείλεται πιθανώς στην ύπαρξη διαφορετικών πρακτικών ελέγχου των λοιμώξεων, στην ύπαρξη ή όχι νομοθεσίας που διέπει την περιγραφή αντιμικροβιακών και λοιπών παραγόντων οι οποίοι είναι γνωστό ότι επηρεάζουν την εξέλιξη της αντοχής.

Ωστόσο, όσον αφορά το *K. pneumoniae*, αυξητικές τάσεις της αντοχής του σε συγκεκριμένες κατηγορίες αντιβιοτικών καθώς και της πολυανθεκτικότητάς του, παρατηρήθηκαν και σε χώρες της βόρειας Ευρώπης, όπως η Δανία και η Νορβηγία, που ακολουθούν παραδοσιακά συνετή προσέγγιση όσον αφορά τη χρήση των αντιβιοτικών.

Εκτός από την τακτική ανάλυση των τάσεων και την επισκόπηση της κατάστασης, η παρούσα έκθεση του EARS-Net για το 2009 περιέχει ένα νέο ειδικό κεφάλαιο που παρέχει αναλυτικές πληροφορίες για το *E. coli* και το ανθεκτικό στη μεθικιλίνη *Staphylococcus aureus*. Οι αναλυτικές αυτές πληροφορίες βασίζονται αποκλειστικά σε στοιχεία που υποβάλλουν με συνέπεια κάποια εργαστήρια τα τελευταία χρόνια. Η αναλυτική εξέταση επιβεβαιώνει τη συνεκτική αύξηση της πολυανθεκτικότητας στα φάρμακα και αποκαλύπτει τη σταθερή και σημαντική μείωση της ευαισθησίας του *E. coli* στα αντιβιοτικά τα τελευταία χρόνια. Όσον αφορά τον ανθεκτικό στη μεθικιλίνη *Staphylococcus aureus*, η παρατηρηθείσα πτωτική τάση υποδηλώνει πιθανώς την αποτελεσματικότητα των μέτρων ελέγχου των λοιμώξεων στα νοσοκομεία, και αφήνει ενδεχομένως κάποιες ελπίδες για την επιτυχή εφαρμογή στρατηγικών ανάσχεσης σε άλλες περιοχές.

Εν κατακλείδι, τα στοιχεία που υπέβαλαν οι συμμετέχουσες χώρες στο EARS-Net για το 2009 παρέχουν βασικές γνώσεις για την εξέλιξη της μικροβιακής αντοχής στα αντιβιοτικά στην Ευρώπη και τεκμηριώνουν, δυστυχώς, τη σταθερή μείωση των διαθέσιμων εναλλακτικών λύσεων αντιμετώπισης σημαντικών βακτηριακών παθογόνων με αντιβιοτική αγωγή.



## 10 Επιτήρηση του ιού HIV/AIDS στην Ευρώπη - 2009

(Δημοσίευση: Νοέμβριος 2010)

### Βασικά σημεία

Η λοίμωξη από τον ιό HIV παραμένει μείζον δημοσιοϋγειονομικό ζήτημα στην Ευρώπη, καθώς, σύμφωνα με τις ενδείξεις, στην Ευρώπη παρατηρείται συνεχής αύξηση των κρουσμάτων. Γενικά, παρά την ελλιπή αναφορά κρουσμάτων, δεν υπάρχουν σαφείς ενδείξεις μείωσης του αριθμού των διαγνωσμένων κρουσμάτων κάθε χρόνο. Μετά το 2004, τα αναφερόμενα ποσοστά νέων διαγνωσμένων κρουσμάτων HIV ανά 100 000 κατοίκους αυξάνονται κατά 30% περίπου, φθάνοντας από 6,6 ανά 100 000 κατοίκους το 2004 σε 8,5 ανά 100 000 κατοίκους το 2009. Ο αριθμός των διαγνωσμένων κρουσμάτων AIDS συνέχισε να μειώνεται στην ευρωπαϊκή περιφέρεια της ΠΟΥ, με εξαίρεση τα ανατολικά, όπου ο αριθμός των κρουσμάτων AIDS παρουσίασε αύξηση. Σύμφωνα με τα στοιχεία για το AIDS που υπέβαλλαν με συνέπεια 48 χώρες κατά την περίοδο 2004-2009, το ποσοστό των καταγεγραμμένων διαγνωσμένων κρουσμάτων AIDS μειώθηκε από 2,0 ανά 100 000 κατοίκους σε 1,0 ανά 100 000 κατοίκους.

- Το 2009, 53 427 κρούσματα HIV διαγνώστηκαν και αναφέρθηκαν σε 49 από τις 53 χώρες στην ευρωπαϊκή περιφέρεια της ΠΟΥ (δεν υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα για την Αυστρία, το Μονακό, τη Ρωσία και την Τουρκία). Τα υψηλότερα ποσοστά αναφέρθηκαν από την Εσθονία, τη Μολδαβία, την Ουκρανία και το Ουζμπεκιστάν.
- 6 568 κρούσματα AIDS αναφέρθηκαν από 48 χώρες (δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία για την Αυστρία, τη Σουηδία, το Μονακό, τη Ρωσία και την Τουρκία).
- Το 2009, 25 917 νέα διαγνωσμένα κρούσματα λοίμωξης από τον ιό HIV αναφέρθηκαν από τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του Ευρωπαϊκού Οικονομικού Χώρου (ΕΕ/ΕΟΧ) (δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία για την Αυστρία). Στην ΕΕ και στον ΕΟΧ, τα περισσότερα κρούσματα αναφέρθηκαν από την Εσθονία, τη Λεττονία, την Πορτογαλία και το Ηνωμένο Βασίλειο.
- Στην ΕΕ και στον ΕΟΧ, ο συνηθέστερος τρόπος μετάδοσης της λοίμωξης από τον ιό HIV είναι η σεξουαλική επαφή μεταξύ ανδρών, ακολουθούμενη από την ετεροφυλική επαφή. Περίπου το 38% των κρουσμάτων που αναφέρθηκε ότι προέκυψαν μέσω ετεροφυλικής επαφής διαγνώστηκε σε άτομα από χώρες με γενικευμένη επιδημία του ιού HIV.
- Στις τρεις γεωγραφικές/επιδημιολογικές περιοχές, ο συνηθέστερος τρόπος μετάδοσης διαφέρει ανάλογα με την περιοχή, καταδεικνύοντας την εκτεταμένη ποικιλομορφία της επιδημιολογίας του ιού HIV στην Ευρώπη. Παρά το γεγονός ότι η ετεροφυλοφιλική επαφή αποτελεί τον συνηθέστερο τρόπο μετάδοσης του ιού στα ανατολικά, σύμφωνα με τα υποβληθέντα στοιχεία, η συμπερίληψη των κρουσμάτων της Ρωσίας, που δεν είναι διαθέσιμα για την παρούσα έκθεση, θα αυξήσει σημαντικά το σχετικό ποσοστό λόγω της χρήσης ενέσιμων ναρκωτικών. Έτσι, η χρήση ενέσιμων ναρκωτικών θα αναδειχθεί στη βασική αιτία των περισσότερων λοιμώξεων από τον ιό στην ευρωπαϊκή περιφέρεια συνολικά και, ειδικότερα, στα ανατολικά. Στα κεντρικά, ο συνηθέστερος τρόπος μετάδοσης της λοίμωξης από τον ιό HIV είναι η σεξουαλική επαφή μεταξύ ανδρών, ακολουθούμενη από την ετεροφυλική επαφή. Ομοίως, στα δυτικά, ο βασικός τρόπος μετάδοσης είναι η σεξουαλική επαφή μεταξύ ανδρών, ακολουθούμενη από την ετεροφυλική επαφή, εξαιρουμένων των κρουσμάτων σε άτομα από χώρες με γενικευμένη επιδημία.
- Τα δεδομένα που παρουσιάζονται εν προκειμένω υπόκεινται σε περιορισμούς, λόγω της πλημμελούς αναφοράς και των ελλείπων στοιχείων από κάποιες χώρες, καθώς και λόγω των καθυστερήσεων στην αναφορά των δεδομένων. Το γεγονός αυτό περιορίζει τα συμπεράσματα που μπορούν να εξαχθούν αναφορικά με τις διατάξεις και το εύρος της επιδημίας του ιού HIV και του AIDS στην Ευρώπη. Σε περίπτωση που τα δεδομένα τροποποιούνταν ώστε να λαμβάνουν υπόψη τους εν λόγω περιορισμούς, ο συνολικός αριθμός των λοιμώξεων από τον ιό HIV για το 2009 θα διπλασιαζόταν τουλάχιστον.

### Συστάσεις σχετικά με την επιτήρηση του ιού HIV/AIDS

Τα στοιχεία που προκύπτουν από την επιτήρηση του ιού HIV/AIDS είναι ζωτικής σημασίας για την παρακολούθηση της τρέχουσας κατάστασης και των τάσεων της επιδημίας του HIV και για την καθοδήγηση της αντίδρασης του τομέα της δημόσιας υγείας. Ως εκ τούτου, όλες οι χώρες της Ευρώπης πρέπει:

- να εφαρμόσουν για τα κρούσματα του ιού HIV και του AIDS εθνικά συστήματα αναφοράς βάσει των περιστατικών και να διασφαλίσουν την πληρότητα και το έγκαιρο του χαρακτήρα τους, και
- να βελτιώσουν την ποιότητα των δεδομένων που αναφέρουν, ειδικά όσον αφορά τις πιθανές οδούς μετάδοσης και τα επίπεδα των κυττάρων CD4 κατά τη διάγνωση του HIV.

## Συστάσεις σχετικά με τη δημόσια υγεία

Οι παρεμβάσεις με σκοπό τον έλεγχο της επιδημίας πρέπει να βασίζονται σε ενδείξεις και να προσαρμόζονται στα δεδομένα της εκάστοτε χώρας και της επιδημιολογικής της κατάστασης. Με βάση τα διαθέσιμα δεδομένα επιτήρησης, κρίνεται σκόπιμη η εισήγηση των εξής:

- Για τις χώρες στα ανατολικά: ακρογωνιαίο λίθο των στρατηγικών πρόληψης του ιού HIV πρέπει να αποτελέσουν οι παρεμβάσεις για τον έλεγχο του HIV στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών ουσιών, περιλαμβανομένων προγραμμάτων περιορισμού της βλάβης. Πρέπει επίσης να ενισχυθούν τα μέτρα πρόληψης της μετάδοσης μέσω ετεροφυλικής επαφής, τα οποία πρέπει να στοχεύουν κυρίως στα άτομα με συντρόφους υψηλού κινδύνου.
- Για τις χώρες στα κεντρικά: η πρόληψη πρέπει να προσαρμοστεί στις συνθήκες που επικρατούν στην εκάστοτε χώρα προκειμένου να περιοριστεί η επιδημία στα τρέχοντα χαμηλά επίπεδα. Εντούτοις, δεδομένου ότι τα ποσοστά της επιδημίας αυξάνονται μεταξύ ανδρών με ομοφυλοφιλικές επαφές, πρέπει να δοθεί μεγαλύτερη προτεραιότητα στις παρεμβάσεις ελέγχου του ιού HIV στην εν λόγω ομάδα.
- Για τις χώρες στα δυτικά: ακρογωνιαίο λίθο των στρατηγικών πρόληψης του ιού HIV πρέπει να αποτελέσουν οι παρεμβάσεις για τον έλεγχο του HIV μεταξύ ανδρών με ομοφυλοφιλικές επαφές, περιλαμβανομένων καινοτόμων προγραμμάτων για τη συγκεκριμένη ομάδα. Οι παρεμβάσεις για πρόληψη, θεραπεία και περίθαλψη πρέπει να προσαρμοστούν ώστε να απευθύνονται και στους πληθυσμούς μεταναστών.
- Συνολικά, πρέπει να προωθηθούν οι εξετάσεις για διάγνωση του ιού HIV προκειμένου να διασφαλιστεί η έγκαιρη πρόσβαση σε θεραπεία και να δοθούν συμβουλές με σκοπό να αποτραπεί ή να περιοριστεί η περαιτέρω διάδοση και να μειωθεί το ποσοστό των καθυστερημένων διαγνώσεων, καθώς και προκειμένου να βελτιωθούν τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα των θεραπειών για τα άτομα που έχουν προσβληθεί. Επίσης, πρέπει να διασφαλιστεί η ίση πρόσβαση στη θεραπεία και στην περίθαλψη για τον HIV για όλες τις ομάδες του πληθυσμού που τη χρειάζονται προκειμένου οι χώρες να επιτύχουν τον γενικότερο στόχο της καθολικής πρόσβασης στην πρόληψη, στη θεραπεία και στην περίθαλψη και να συνεισφέρουν στην υλοποίηση των στόχων που προβλέπονται στην ανακοίνωση και στο σχέδιο δράσης της Ευρωπαϊκής Επιτροπής «Καταπολέμηση του HIV/AIDS στην Ευρωπαϊκή Ένωση και τις γειτονικές χώρες 2009–2013».

## Ειδικές εκθέσεις

### 11 Υλοποίηση της δήλωσης του Δουβλίνου σχετικά με την εταιρική σχέση για την καταπολέμηση του HIV/AIDS στην Ευρώπη και την κεντρική Ασία: Έκθεση προόδου 2010

(Δημοσίευση: Σεπτέμβριος 2010)

Τον Φεβρουάριο του 2004, οι εκπρόσωποι των χωρών της Ευρώπης και της κεντρικής Ασίας συναντήθηκαν στο Δουβλίνο και εξέδωσαν δήλωση με θέμα την επιτάχυνση της υλοποίησης της δήλωσης δέσμευσης στην οποία είχαν προβεί οι χώρες κατά την ειδική σύνοδο της Γενικής Συνέλευσης των Ηνωμένων Εθνών (UNGASS) για τον ιό HIV/AIDS το 2001.

Η πρόδος που τελικά επιτεύχθηκε είναι ακριβώς το θέμα της συγκεκριμένης έκθεσης η οποία επιχειρεί να τεκμηριώσει τα επιτεύγματα, χρησιμοποιώντας εκθέσεις που έχουν συνταχθεί για κάθε χώρα, έναντι επιλεγμένου αριθμού δεικτών που έχουν σχέση με τις χώρες της συγκεκριμένης περιοχής. Χρησιμοποιεί διαθέσιμα στοιχεία, όπου αυτό είναι εφικτό, και βασίζεται στο έργο που έχει ήδη επιτελεστεί στον συγκεκριμένο τομέα γενικά. Ειδικότερα, βασίζεται στην έκθεση που εξέδωσαν το Περιφερειακό Γραφείο Ευρώπης της ΠΟΥ και το UNAIDS το 2008. Ειδικά προσαρμοσμένα ερωτηματολόγια εστάλησαν σε 55 χώρες εκ των οποίων απάντησαν οι 49.

#### Πολιτική καθοδήγηση και εταιρική σχέση

Σχεδόν όλες οι χώρες αναφέρουν ότι διαθέτουν εθνικό στρατηγικό πλαίσιο αντιμετώπισης του HIV (92%) και αρμόδιο φορέα διαχείρισης/συντονισμού (84%). Οκτώ χώρες ανέφεραν ότι ανέπτυξαν τα στρατηγικά τους πλαίσια τα τελευταία πέντε χρόνια, ήτοι μετά τη δήλωση του Δουβλίνου. Ασαφές παραμένει, ωστόσο, εάν τα γενικά αυτά μέτρα αποτελούν κατάλληλο μέσο πολιτικής καθοδήγησης όσον αφορά τον ιό HIV στην περιοχή. Καταλληλότερα μέτρα ενδέχεται να είναι:

- ο βαθμός προσήκουσας στοχοθέτησης των οικονομικών πόρων για την πρόληψη του HIV σε συγκεκριμένους πληθυσμούς όπως οι χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών, οι άνδρες με ομοφυλοφιλικές επαφές και τα επί αμοιβή εκδιδόμενα άτομα
- ο βαθμός εφαρμογής σημαντικών παρεμβάσεων σε ικανοποιητική κλίμακα εκ μέρους των χωρών, όπως είναι τα προγράμματα περιορισμού της βλάβης που απευθύνονται σε χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών και τα προγράμματα πρόληψης που αφορούν άνδρες με ομοφυλοφιλικές επαφές, και
- ο βαθμός αντιμετώπισης, εκ μέρους των χωρών, δύσκολων αλλά σημαντικών ζητημάτων πολιτικής που σχετίζονται με περιθωριοποιημένους και περισσότερο ευάλωτους πληθυσμούς, όπως η εφαρμογή προγραμμάτων περιορισμού της βλάβης που απευθύνονται σε χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών σε σωφρονιστικά ιδρύματα και η πρόσβαση σε υπηρεσίες των μεταναστών από χώρες με γενικευμένη επιδημία του ιού HIV.

Γενικά, υπάρχουν ισχυρά στοιχεία ότι η κοινωνία των πολιτών αναγνωρίζεται ευρέως ως βασικός παράγοντας στον αγώνα για την αντιμετώπιση του ιού HIV σε ολόκληρη την περιοχή και ότι συμμετέχει ενεργά στις σχετικές προσπάθειες. Για παράδειγμα, σχεδόν όλες οι χώρες (98%) ανέφεραν ότι η κοινωνία των πολιτών συμμετείχε σε κάποιον βαθμό στην ανάπτυξη του στρατηγικού τους πλαισίου. Σε συμφωνία με τα ευρήματα της πρώτης έκθεσης προόδου για τη δήλωση του Δουβλίνου, τόσο οι κυβερνήσεις όσο και η κοινωνία πολιτών ανέφεραν συγκεκριμένα οφέλη που έχει η συμμετοχή της δεύτερης στις προσπάθειες αντιμετώπισης του ιού HIV, ενώ, σύμφωνα με την κοινωνία των πολιτών, το πλαίσιο συμμετοχής της στην αντιμετώπιση του ιού σημείωσε βελτίωση κατά την περίοδο 2005-2007. Η επίσημη συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα στην αντιμετώπιση του HIV είναι, σύμφωνα με τις ενδείξεις, πολύ μικρότερη.

Οι επιδημίες HIV στην Ευρώπη και την κεντρική Ασία εκδηλώνονται κατά κύριο λόγο σε συγκεκριμένους πληθυσμούς. Σύμφωνα με στοιχεία, ορισμένες χώρες της περιοχής διοχετεύουν με αποτελεσματικό τρόπο τα διαθέσιμα για την πρόληψη του ιού χρηματοδοτικά κονδύλιά τους στις ομάδες του πληθυσμού που πλήττονται περισσότερο. Η ενίσχυση της πρακτικής αυτής δεν διασφαλίζει μόνο την αποδοτικότητα των δαπανών, αλλά υπόσχεται να συμβάλει στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του ιού συνολικά. Παρότι η χρηματοδότηση των εθνικών προπαθειών αντιμετώπισης του ιού HIV προέρχεται ολοένα και περισσότερο από εγχώριες πηγές, υπάρχει πειστική ανάγκη συνεχούς οικονομικής στήριξης των εν λόγω προπαθειών σε χώρες της περιοχής με χαμηλά και μεσαία εισοδήματα. Η θέσπιση βιώσιμων μηχανισμών παροχής οικονομικής στήριξης πρέπει να αποτελέσει προτεραιότητα για όλες τις χώρες της περιοχής.

Μετά τη δήλωση του Δουβλίνου καταγράφηκε τεράστια αύξηση των κονδυλίων που διατίθενται για την αντιμετώπιση του ιού HIV σε παγκόσμιο επίπεδο. Πριν από τη δήλωση του Δουβλίνου, το 2002, οι πόροι που διατίθεντο για την

αντιμετώπιση του ιού HIV σε παγκόσμιο επίπεδο ανέρχονταν σε 1,2 δισεκατομμύρια δολάρια ΗΠΑ. Μετά τη δήλωση, το ποσό αυτό εξαπλασιάστηκε τουλάχιστον φθάνοντας το 2008 τα 7,7 δισεκατομμύρια δολάρια ΗΠΑ. Η αύξηση αυτή ήταν αποτέλεσμα της κινητοποίησης των Ηνωμένων Πολιτειών και ορισμένων ευρωπαϊκών χωρών, μέσω διμερών και πολυμερών πρωτοβουλιών. Το 2008, το 40% όλων των εκταμιεύσεων από δωρήτριες χώρες για την παροχή διεθνούς βοήθειας στον τομέα της καταπολέμησης του AIDS προήλθε από τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ), τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ζώνης Ελεύθερων Συναλλαγών (ΕΖΕΣ) και από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Έχοντας υπόψη την τρέχουσα παγκόσμια οικονομική κρίση και τους ανταγωνιστικούς τομείς προτεραιότητας που χρήζουν χρηματοδότησης, είναι σημαντικό οι χώρες της περιοχής να μεριμνήσουν για τη διατήρηση και την περαιτέρω αύξηση των χρηματοδοτικών κονδυλίων αλλά και για την κατά το δυνατόν αποδοτικότερη αξιοποίησή τους.

## Πρόληψη

Υπάρχουν ισχυρά στοιχεία ότι κάποιοι συγκεκριμένοι πληθυσμοί πλήττονται ιδιαίτερα από τον ιό HIV στην Ευρώπη και την κεντρική Ασία. Η διαρκής πρόκληση συνίσταται στη διασφάλιση της πρόσβασης των πληθυσμών αυτών στις αναγκαίες υπηρεσίες πρόληψης του ιού HIV σε επαρκή κλίμακα. Η πρώτη έκθεση προόδου για τη δήλωση του Δουβλίνου αναφερόταν στη σημασία της εντατικοποίησης και της ενίσχυσης των στοχοθετημένων προσπαθειών αντιμετώπισης του ιού HIV με στόχο τη μείωση των ανισοτήτων. Το θέμα αυτό εξακολουθεί να αφορά άμεσα τη συγκεκριμένη περιοχή.

Είναι ευρέως γνωστό ότι οι χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι στις λοιμώξεις από τον HIV, γεγονός που ισχύει ασφαλώς για την περιοχή. Είναι επίσης σαφές ότι η μετάδοση του ιού HIV μεταξύ των χρηστών ενέσιμων ναρκωτικών μπορεί να ελεγχθεί μέσω της παροχής αποτελεσματικών υπηρεσιών σε επαρκή κλίμακα. Στα σημαντικά μέτρα αντιμετώπισης του προβλήματος συγκαταλέγονται, μεταξύ άλλων, ο αριθμός βελονών/συριγγών που διανέμονται ανά χρήστη ενέσιμων ναρκωτικών τον χρόνο και το ποσοστό των χρηστών ενέσιμων ναρκωτικών που ακολουθούν θεραπεία υποκατάστασης για την απεξάρτησή τους από τα οπιοειδή. Είναι αναγκαίο να επιδιώξουν όλες ανεξαιρέτως οι χώρες τα υψηλά επίπεδα κάλυψης προγράμματος που έχουν ήδη επιτύχει ορισμένες εξ αυτών.

Είναι επίσης ευρέως γνωστό ότι οι άνδρες με ομοφυλοφιλικές επαφές πλήττονται ιδιαίτερα από τον ιό HIV σε ορισμένες χώρες και περιφέρειες, αλλά και σε διάφορα μέρη της Ευρώπης. Οι άνδρες με ομοφυλοφιλικές επαφές πλήττονται ιδιαίτερα από τον ιό HIV όχι μόνο στο δυτικό τμήμα της περιοχής, αλλά υπάρχουν και στοιχεία ως προς το ότι πλήττονται περισσότερο από ό,τι αναγνωριζόταν παλαιότερα και σε άλλα τμήματα της περιοχής. Τα στοιχεία αυτά συνάδουν με τα ευρήματα της πρώτης έκθεσης προόδου περί κρυφής επιδημίας HIV μεταξύ των ανδρών με ομοφυλοφιλικές επαφές. Σε ορισμένες χώρες παρατηρείται συνεχής αύξηση των ποσοστών λοίμωξης στους κόλπους της συγκεκριμένης ομάδας. Οι αιτίες, πάντως, είναι ασαφείς και ενδέχεται να διαφέρουν από χώρα σε χώρα. Απαιτούνται περισσότερα στοιχεία για τις αιτίες αυτές τα οποία αναμένεται να προκύψουν από την υπό εξέλιξη ευρωπαϊκή διαδικτυακή μελέτη που αφορά άνδρες με ομοφυλοφιλικές επαφές (European MSM Internet Study - EMIS). Αν και δεν είναι σαφές πώς θα μετρηθεί με ακρίβεια η κάλυψη των προγραμμάτων που απευθύνονται στους άνδρες με ομοφυλοφιλικές επαφές, αυτό που διαπιστώνεται είναι ότι η κάλυψη παραμένει χαμηλή σε πολλές χώρες και ότι τα ποσοστά πρωκτικής σεξουαλικής επαφής χωρίς προστασία εξακολουθούν να κυμαίνονται σε απαράδεκτα υψηλά επίπεδα. Υπάρχουν επίσης στοιχεία από ορισμένες χώρες ότι οι πιθανότερες κάλυψης από τα προγράμματα για τον ιό HIV συγκεκριμένων ομάδων ανδρών με ομοφυλοφιλικές επαφές, όπως οι νέοι, οι διαμένοντες εκτός μεγάλων πόλεων, οι λιγότερο μορφωμένοι και όσοι αυτοπροσδιορίζονται ως αμφιφυλόφιλοι, είναι χαμηλότερες.

Παρότι πιστεύεται ότι οι εργαζόμενοι του σεξ διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο από λοιμώξεις του ιού HIV σε παγκόσμιο επίπεδο, τα στοιχεία δείχνουν ότι αυτό δεν ισχύει σε τόσο μεγάλο βαθμό για τη συγκεκριμένη περιοχή. Για παράδειγμα, τα ποσοστά επιπολασμού του HIV μεταξύ των εργαζομένων του σεξ είναι σχετικά χαμηλά σε πολλές χώρες της περιοχής. Αυτό όμως δεν ισχύει για όλους τους εργαζόμενους του σεξ. Ορισμένες κατηγορίες εργαζομένων του σεξ έχουν υψηλότερα ποσοστά λοίμωξης από τον ιό HIV, όπως τα άτομα που κάνουν επίσης χρήση ενέσιμων ναρκωτικών, οι άνδρες και τα διαφυλικά άτομα που εκδίδονται επί αμοιβή, όσοι προέρχονται από χώρες με γενικευμένες επιδημίες και όσοι εργάζονται στον δρόμο. Στο σύνολο των εργαζομένων του σεξ, τα αναφερόμενα ποσοστά χρήσης προφυλακτικού κατά τη διάρκεια της επί αμοιβή σεξουαλικής επαφής είναι σχετικά υψηλά και πιθανώς περισσότερο ακριβή σε σύγκριση με τα αποτελέσματα γενικότερων ερευνών μεταξύ των εκδιδόμενων ατόμων.

Οι μετανάστες από χώρες με γενικευμένες επιδημίες HIV πλήττονται ιδιαίτερα από τον ιό. Αν και ορισμένες χώρες ανησυχούν για άλλες ομάδες μεταναστών, υπάρχουν ελάχιστα πειστικά στοιχεία ότι οι ομάδες αυτές πλήττονται δυσανάλογα από τον ιό, ανεξάρτητα από άλλες επικίνδυνες συμπεριφορές όπως η χρήση ενέσιμων ναρκωτικών. Τα ζητήματα που άπτονται των μεταναστών δεν σχετίζονται μόνο με την πρόληψη του ιού HIV αλλά και με την παροχή υπηρεσιών θεραπείας και περίθαλψης. Σε πολλές χώρες υπάρχουν συγκεκριμένα ζητήματα που σχετίζονται με την πρόσβαση παράνομων μεταναστών σε σημαντικές υπηρεσίες, όπως η αντιρετροϊκή θεραπεία.

Οι κρατούμενοι σε σωφρονιστικά ιδρύματα, ιδίως όσοι κάνουν χρήση ενέσιμων ναρκωτικών, είναι επίσης ιδιαίτερα ευάλωτοι στις λοιμώξεις από τον ιό HIV στη συγκεκριμένη περιοχή. Αν και αναγνωρίζεται ευρέως η ανάγκη παροχής των ίδιων υπηρεσιών για τον ιό HIV στα σωφρονιστικά καταστήματα και στην ευρύτερη κοινωνία, αυτό δεν

συμβαίνει σε πολλές χώρες της περιοχής. Ενώ οι χώρες της ΕΕ και της ΕΖΕΣ πρωτοστατούν στην παροχή θεραπείας υποκατάστασης για την απεξάρτηση από τα οπιοειδή στα σωφρονιστικά καταστήματα, σε αντίθεση με πολλές άλλες χώρες της περιοχής που δεν ακολουθούν την ίδια προσέγγιση, δεν συμβαίνει το ίδιο με την παροχή αποστειρωμένων συνέργων ενέσιμης χρήσης στα σωφρονιστικά καταστήματα.

Στο πλαίσιο της παρούσας επισκόπησης, σε επίμαχο ζήτημα αναδείχθηκε ο βαθμός στον οποίον είναι ευάλωτοι οι νέοι στις λοιμώξεις από τον ιό HIV σε διάφορες χώρες της περιοχής. Σαφώς, οι νέοι δεν μπορούν να θεωρηθούν ως ομοιογενής ομάδα όσον αφορά τον κίνδυνο που διατρέχουν από τον ιό HIV. Ορισμένοι πάντως εξ αυτών διατρέχουν σημαντικό κίνδυνο, όπως π.χ. οι νεαροί χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών και οι νεαροί άνδρες με ομοφυλοφιλικές επαφές. Σύμφωνα με αρκετά στοιχεία, τα προγράμματα που εφαρμόζονται για την αντιμετώπιση του προβλήματος δεν καλύπτουν ικανοποιητικά τις συγκεκριμένες ομάδες σε σύγκριση με τις μεγαλύτερες ηλικιακά ομάδες. Παρότι τα τρία τέταρτα τουλάχιστον των χωρών ανέφεραν ότι έχουν συμπεριλάβει ενημερωτικά σεμινάρια για τον ιό HIV στο πρόγραμμα σπουδών της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, ανησυχίες εγείρει το γεγονός ότι δεν παρέχεται ολοκληρωμένη εκπαίδευση σε θέματα σεξουαλικής υγείας σε όλους τους νέους της περιοχής, ιδίως δε στους νεότερους, π.χ. στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση.

## Τα άτομα που ζουν με τον ιό HIV

Όλες οι χώρες με διαθέσιμα στοιχεία για τις τάσεις ανέφεραν αύξηση του αριθμού των ατόμων που ακολουθούν αντιρετροϊκή θεραπεία μετά την υιοθέτηση της δήλωσης του Δουβλίνου. Υπάρχει, όμως, ο φόβος πολλές από τις χώρες αυτές να ξεκίνησαν από πολύ χαμηλό επίπεδο παρεχόμενης θεραπείας. Ερωτήματα υπάρχουν επίσης και σχετικά με το εάν λαμβάνουν έγκαιρη θεραπεία όσοι την χρειάζονται. Το βασικό ζήτημα όσον αφορά την έγκαιρη παροχή της θεραπείας σε όσους την χρειάζονται δεν έγκειται στην παροχή θεραπείας σε όσους είναι γνωστό ότι την χρειάζονται, δηλαδή με  $CD4 < 350$  κύτταρα/ $mm^3$  αλλά στο ποσοστό των ατόμων που ζουν με τον ιό HIV στην περιοχή και που χρήζουν θεραπείας, τα οποία όμως δεν γνωρίζουν ότι έχουν μολυνθεί από τον ιό, ήτοι δεν έχουν διαγνωσθεί. Σύμφωνα με τα στοιχεία του ECDC για το 2008, σε 21 χώρες που ανέφεραν στοιχεία για τον αριθμό των κυττάρων  $CD4$  κατά τη διάγνωση, τουλάχιστον οι μισοί από όσους υποβλήθηκαν σε καταμέτρηση των εν λόγω κυττάρων είχαν αριθμό κυττάρων μικρότερο από 350 κύτταρα/ $mm^3$  κατά τη διάγνωση. Τα εν λόγω ποσοτικά στοιχεία εγείρουν σοβαρές ανησυχίες διότι δείχνουν ότι μεγάλος αριθμός ατόμων ξεκινά αντιρετροϊκή θεραπεία αργότερα από ό,τι συνιστάται.

Όλες σχεδόν οι χώρες (84%) αναφέρουν ότι ο στιγματισμός και οι διακρίσεις αντιμετωπίζονται μέσω εθνικών στρατηγικών ή πλαισίων δράσης για τον ιό HIV και το AIDS, αυτό όμως δεν αντικατοπτρίζεται με συνέπεια στις πολιτικές και τα προγράμματα. Πολλές είναι επίσης οι ενδείξεις ότι ο στιγματισμός και οι διακριτικές συμπεριφορές εξακολουθούν να εμμένουν σε χώρες της περιοχής, ενώ ασαφής είναι ο βαθμός αξιοποίησης των διαθέσιμων μηχανισμών καταπολέμησης του στιγματισμού και των διακρίσεων. Η κατάσταση δεν έχει βελτιωθεί σημαντικά από τότε που δημοσιεύθηκε η πρώτη έκθεση προόδου για τη δήλωση του Δουβλίνου.

## Παρακολούθηση της δήλωσης του Δουβλίνου

Μεταξύ των δεσμεύσεων που αναλήφθηκαν στο πλαίσιο της δήλωσης του Δουβλίνου ήταν η παρακολούθηση της εφαρμογής της. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή ανέθεσε το συγκεκριμένο καθήκον στο ECDC. Η παρούσα έκθεση είναι το προϊόν της διαδικασίας που εφήρμοσε το ECDC για την επίτευξη του εν λόγω καθήκοντος. Βασίζεται στις συνεισφορές πάρα πολλών ατόμων και φορέων. Συγκεκριμένα, τα στοιχεία που περιέχονται στην έκθεση προέρχονται από τις 49 χώρες που συμμετείχαν στην παρούσα επισκόπηση.

Κατά τη διάρκεια της παρούσας επισκόπησης ακολουθήθηκαν, μεταξύ άλλων, δύο αρχές: η χρήση διαθέσιμων στοιχείων και δεικτών οσάκις ήταν δυνατό και η συνάφεια των προσδιορισμένων δεικτών με την πραγματικότητα των χωρών της Ευρώπης και της κεντρικής Ασίας. Κάποιες φορές καταγράφηκαν συγκρούσεις μεταξύ των αρχών αυτών, ιδίως όσον αφορά τον βαθμό και τη δυνατότητα χρησιμοποίησης των δεικτών και των στοιχείων της UNGASS στη διαδικασία. Οι δείκτες της UNGASS χρησιμοποιήθηκαν οσάκις ήταν δυνατό. Χρησιμοποιήθηκαν επίσης όσα στοιχεία είχαν υποβάλει παλαιότερα στην UNGASS διάφορες χώρες. Στοιχεία ελήφθησαν από δώδεκα χώρες που δεν είχαν υποβάλει εκθέσεις στην UNGASS το 2008. Στο πλαίσιο της επισκόπησης, επιτράπηκε ειδικά στις χώρες να υποβάλουν διαθέσιμα στοιχεία για συγκεκριμένα θέματα ακόμη και αν δεν αντιστοιχούσαν επακριβώς στους δείκτες της UNGASS. Επίσης, συλλέχθηκαν πληροφορίες για ορισμένες πληθυσμιακές ομάδες για τις οποίες η UNGASS δεν διαθέτει ειδικούς δείκτες, π.χ. κρατούμενους σε σωφρονιστικά ιδρύματα και μετανάστες από χώρες με γενικευμένες επιδημίες. Η παρούσα επισκόπηση καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η αύξηση του ποσοστού υποβολής εκθέσεων στην UNGASS θα ήταν γεγονός εάν:

- οι δείκτες ήταν περισσότερο σχετικοί με την περιοχή
- τα οφέλη της υποβολής εκθέσεων σε διεθνές επίπεδο ήταν διατυπωμένα με μεγαλύτερη σαφήνεια
- μειωνόταν η επιβάρυνση των χωρών όσον αφορά την υποβολή εκθέσεων μέσω της ύπαρξης μίας συντονισμένης διεθνούς διαδικασίας υποβολής εκθέσεων.

Η ταχεία λήψη μέτρων για την αντιμετώπιση των προαναφερθέντων ζητημάτων αναδείχθηκε σε επείγον μέλημα των χωρών της περιοχής που συμμετείχαν στην παρούσα επισκόπηση. Το ECDC είναι αποφασισμένο να πρωτοστατήσει στην ανάπτυξη μιας τέτοιας διαδικασίας σε περιφερειακό επίπεδο.



## 12 Η πανδημία του ιού της γρίπης τύπου A(H1N1) στην Ευρώπη το 2009 - Επισκόπηση της εμπειρίας

(Δημοσίευση: Νοέμβριος 2010)

Στόχος της παρούσας αναλυτικής έκθεσης είναι η εκτεταμένη επισκόπηση της επιδημιολογίας και της ιολογίας της πανδημίας που εκδηλώθηκε το 2009 στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του Ευρωπαϊκού Οικονομικού Χώρου (ΕΕ/ΕΟΧ) (ήτοι στα 27 κράτη μέλη της ΕΕ, στη Νορβηγία και στην Ισλανδία). Η έκθεση παρέχει γενικές πληροφορίες για τις επιδημίες και τις πανδημίες γρίπης, και κυρίως για τη μεταβλητότητα και τον απρόβλεπτο χαρακτήρα τους. Οι βασικές τάσεις και πληροφορίες προέρχονται από την ανάλυση και ερμηνεία των επιδημιολογικών και ιολογικών στοιχείων, αλλά και από άλλες αναλύσεις που διαβιβάζονται στο ευρωπαϊκό σύστημα επιδημιολογικής επιτήρησης (TESSy) του Ευρωπαϊκού Κέντρου Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων (ECDC) μέσω του ευρωπαϊκού δικτύου επιτήρησης της γρίπης (EISN).

Από τα εν λόγω στοιχεία και τις συναφείς αναλύσεις προκύπτει ότι, μετά την εμφάνισή του στη Βόρεια Αμερική, ο πανδημικός ιός άρχισε να μεταδίδεται στην Ευρώπη γύρω στην 16η εβδομάδα του 2009. Ο συγκεκριμένος ιός πληρούσε τα προκαθορισμένα κριτήρια περί πανδημίας στην Ευρώπη όπως και αλλού. Το ECDC και τα κράτη μέλη της ΕΕ και του ΕΟΧ συμφώνησαν και ανέπτυξαν τάχιστα κατάλληλο σύστημα επιτήρησης της πανδημίας, με τη συνεισφορά της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (ΠΟΥ) και χωρών που είχαν ήδη πληγεί εκτός της Ευρώπης. Το σύστημα βασίστηκε μεν σε προϋπάρχοντα συστήματα, αλλά εμπλουτίστηκε και με νέα στοιχεία για την παρακολούθηση της κατάστασης των ατόμων που είχαν πληγεί σοβαρά από τον πανδημικό ιό. Επιπλέον, αξιοποιήθηκαν πληροφορίες για τις επιδημίες και στοχοθετημένες μέθοδοι επιστημονικής παρατήρησης προκειμένου να καθοριστούν όσο το δυνατόν νωρίτερα σημαντικές αναγκαίες παράμετροι για την εκπόνηση τεκμηριωμένων εκτιμήσεων κινδύνου, για την προσαρμογή των προβλέψεων και για την επικαιροποίηση των μέτρων αντιμετώπισης του ιού.

Το ευρωπαϊκό δίκτυο επιτήρησης της γρίπης ανέφερε ένα αρχικό εαρινό/θερινό κύμα μετάδοσης που εκδηλώθηκε στις περισσότερες χώρες, το οποίο όμως ήταν έντονο σε ελάχιστες χώρες, κυρίως στο Ηνωμένο Βασίλειο. Ο ρυθμός μετάδοσης υποχώρησε για λίγο κατά τη διάρκεια του θέρους, αλλά επιταχύνθηκε και πάλι στις αρχές του φθινοπώρου αμέσως μόλις άνοιξαν τα σχολεία. Αυτή τη φορά έπληξε όλες τις χώρες, καθώς ένα φθινοπωρινό/χειμερινό κύμα εκδηλώθηκε προοδευτικά με κατεύθυνση από τα δυτικά προς τα ανατολικά της ηπείρου. Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας κήρυξε επισήμως τη λήξη της πανδημίας την 32η εβδομάδα του 2010.

Στις περισσότερες χώρες, το φθινοπωρινό/χειμερινό κύμα λοιμώξης ήταν απότομο, διήρκεσε περίπου 14 εβδομάδες και συνοδεύθηκε από αντίστοιχο κύμα ατόμων που νοσηλεύθηκαν και κατέληξαν. Η σοβαρότητα της ασθένειας ήταν πάντως ανομοιογενής καθώς καταγράφηκαν διακυμάνσεις από περιοχή σε περιοχή, ακόμη και στο εσωτερικό της ίδιας χώρας. Συνολικά, οι χώρες της ΕΕ και του ΕΟΧ ανέφεραν 2 900 θανάτους κατά τους πρώτους 12 μήνες, περίοδο κατά την οποία τα κράτη μέλη κατέβαλαν πρόσθετες προσπάθειες για να συλλέξουν τα σχετικά στοιχεία. Αναγνωρίζεται, πάντως, ότι αυτό είναι ένα μόνο ποσοστό του πραγματικού αριθμού των θανάτων που προκάλεσε η πανδημία. Καταγράφηκε επίσης αύξηση της θνησιμότητας από οιαδήποτε αιτία σε παιδιά σχολικής ηλικίας. Αν και ο συγκεκριμένος ιός της γρίπης εμφανίστηκε για πρώτη φορά, η παλαιότερη έκθεση σε πιθανώς παρόμοιο από πλευράς αντιγόνου ιό της γρίπης που είχε κυκλοφορήσει πριν από τα μέσα της δεκαετίας του 1950 εξασφάλισε σε πολλούς ηλικιωμένους της Ευρώπης κάποιον βαθμό ανοσίας. Στο γεγονός αυτό, που δεν έχει παρατηρηθεί μόνο κατά την πανδημία του 2009, αποδίδονται δύο από τις σημαντικές διαφορές της σε σύγκριση με τη δια-πανδημική ή εποχική γρίπη: η συνολική χαμηλότερη θνησιμότητα και τα υψηλότερα από το αναμενόμενο ποσοστά σχετικής σοβαρότητας της ασθένειας και θνησιμότητας σε νέους ανθρώπους. Σύμφωνα με τα στοιχεία, πολλοί ηλικιωμένοι είχαν ανοσία στον ιό. Μεταξύ όμως αυτών που δεν είχαν ανοσία, καταγράφηκαν τα υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας από κάθε άλλη ηλικιακή ομάδα.

Ο πανδημικός ιός εκτόπισε τους μέχρι πρότινος κυρίαρχους ιούς τύπου A της δια-πανδημικής γρίπης στην Ευρώπη. Οι ιοί της γρίπης τύπου B συνέχισαν πάντως να εμφανίζονται σε μικρό ποσοστό κατά τη συγκεκριμένη περίοδο. Λίγοι μόνο πανδημικοί ιοί αποδείχθηκαν ανθεκτικοί στην οσελταμιβίρη, ενώ ελάχιστοι εξ αυτών μπορούσαν να μεταδοθούν από άνθρωπο σε άνθρωπο. Αν και οι πανδημικοί ιοί δεν είναι πανομοιότυποι, ελάχιστα είναι μέχρι στιγμής τα διαθέσιμα στοιχεία περί σημαντικής παρέκκλισης ή περί εμφάνισης νέων κυρίαρχων παραλλαγών του ιού. Μία παραλλαγή του ιού –A(H1N1)-D222G– φαίνεται, πάντως, να προκαλεί σοβαρότερη ασθένεια. Ωστόσο, δεν κατέστη δυνατό να αποδειχθεί η αιτιώδης συνάφεια.

Αν και από ανεπίσημα στοιχεία προκύπτει ότι τα κρούσματα ήταν πιο ήπια και ασυμπτωματικά σε σύγκριση με τη δια-πανδημική γρίπη, καταγράφηκαν αρκετά κρούσματα συνδρόμου οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας –κάτι που απαντά σπανίως στη δια-πανδημική γρίπη– σε υπηρεσίες εντατικής θεραπείας πολλών περιοχών, επιβαρύνοντάς τις σημαντικά. Τα υψηλότερα ποσοστά ασθένειας καταγράφηκαν σε παιδιά μικρής ηλικίας, ενώ από τις εκθέσεις των χωρών προκύπτει ότι τα υψηλότερα ποσοστά λοιμώξης εντοπίστηκαν σε παιδιά σχολικής ηλικίας. Αυτά τα υψηλά

ποσοστά ασθένειας επιβάρυναν σημαντικά τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, τις παιδιατρικές υπηρεσίες των νοσοκομείων και, κυρίως, τις μονάδες εντατικής θεραπείας ορισμένων περιοχών.

Επί του παρόντος καθίστανται σταδιακά διαθέσιμα ορισμένα στοιχεία από ορολογικές μελέτες τα οποία συνηγορούν υπέρ των στοιχείων επιτήρησης, ήτοι τα ποσοστά μετάδοσης ήταν υψηλότερα σε σύγκριση με τις εκτιμήσεις βάσει των κλινικών ενδείξεων. Ωστόσο, τα στοιχεία αυτά δεν επαρκούν ακόμη για την εκπόνηση αξιόπιστων προβλέψεων σχετικά με το τι θα συμβεί την προσεχή χειμερινή περίοδο (2010-2011). Όσον αφορά το συγκεκριμένο θέμα ιδιαίτερα αποκαλυπτική ήταν η εμπειρία των εύκρατων χωρών του νότιου ημισφαιρίου κατά την ευρωπαϊκή θερινή περίοδο του 2010.

Σε πρώιμο στάδιο, η πανδημία ήταν πολύ λιγότερο σοβαρή σε σχέση με τους φόβους που είχαν εκφραστεί. Αυτό επισημάνθηκε στις έγκαιρες εκτιμήσεις κινδύνου του ECDC<sup>6</sup>, σε εκθέσεις της ΠΟΥ και σε οδηγίες του ECDC προς εθνικές και ευρωπαϊκές αρχές. Μικρός ήταν επίσης ο αντίκτυπος σε υπηρεσίες εκτός του τομέα της υγείας, καθώς καταγράφηκαν χαμηλά ποσοστά απουσιών. Αυτό και άλλα χαρακτηριστικά συνηγορούν υπέρ του γεγονότος ότι επρόκειτο ίσως για την πιο ήπια πανδημία που θα μπορούσε να ελπίζει η Ευρώπη.

Καθώς πολλές χώρες είχαν προετοιμαστεί να αντιμετωπίσουν πολύ μεγαλύτερη πανδημία από την πανδημία του 2009, κατέστη εφικτός ο έλεγχος της ευελιξίας των υφιστάμενων σχεδίων, καθώς πραγματοποιήθηκε σε μία χρονική στιγμή κατά την οποία καθίσταντο τάχιστα διαθέσιμες οι διαγνωστικές εξετάσεις αλλά και τα φαρμακευτικά μέτρα πρόληψης όπως αντιϊικά σκευάσματα –με μικρή αντοχή στους αναστολείς νευραμινιδάσης αλλά με σχεδόν απόλυτη αντοχή σε παλαιότερα αντιϊικά φάρμακα (αδαμαντάνες)– και κατάλληλα εμβόλια που αναπτύχθηκαν ταχύτερα από ποτέ άλλοτε. Και πάλι, όμως, κάθε μία από τις εξελίξεις αυτές συνοδευόταν από τις δικές της συνέπειες με αποτέλεσμα να προκύψουν νέες προκλήσεις και εκπλήξεις. Όπως προαναφέρθηκε, τα ποσοστά εκδήλωσης συνδρόμου οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας ήταν υψηλότερα από το αναμενόμενο σε μία χρονική στιγμή κατά την οποία πολλές μονάδες εντατικής θεραπείας δέχονταν ήδη πιέσεις, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δέχονταν πιέσεις και τα υπόλοιπα τμήματα των νοσοκομείων. Καλύτερη έκπληξη ήταν το γεγονός ότι τα εμβόλια για την πανδημία που παρασκευάστηκαν τάχιστα είχαν τόσο καλή ανοσοποιητική αντίδραση που για τις περισσότερες συνθέσεις αρκούσε μία μόνο δόση στους ενήλικες. Αποδείχθηκαν επίσης αποτελεσματικά και επαρκώς ασφαλή, αν και πρέπει να συνεχιστεί η επιτήρηση μετά την έγκριση της κυκλοφορίας τους στην αγορά προκειμένου να προσδιοριστεί με ακρίβεια ο βαθμός της ασφάλειάς τους. Οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας υποδέχθηκαν με ανάμεικτα συναισθήματα τα εμβόλια που διατέθηκαν στην αγορά για την αντιμετώπιση της γρίπης. Δεν υπάρχουν ακόμη διαθέσιμα αξιόπιστα στοιχεία για την κάλυψη σε επίπεδο ΕΕ, η γενική εντύπωση είναι όμως ότι η κάλυψη θα παρουσιάζει μεγάλες διακυμάνσεις στην Ευρώπη, με λίγες μόνο χώρες να καταγράφουν υψηλά ποσοστά κάλυψης επί του συνολικού πληθυσμού ή στοχοθετημένων ομάδων κινδύνου.

Η μη ευρεία αποδοχή του συγκεκριμένου εμβολίου αποδίδεται εν μέρει στη δυσκολία μετάδοσης του περίπλοκου μηνύματος κοινοποίησης του κινδύνου σύμφωνα με το οποίο οι πολίτες δεν διέτρεχαν ουσιαστικά μεγάλο κίνδυνο να ασθενήσουν σοβαρά σε περίπτωση λοίμωξης εφόσον δεν ανήκαν σε ομάδες κινδύνου (μικρά παιδιά, άτομα με χρόνιες ασθένειες και εγκύους). Επειδή όμως το 25-30% των επίσημων θανάτων καταγράφηκε σε υγιή κατά τα άλλα άτομα ηλικίας κάτω των 65 ετών, το δεύτερο μήνυμα ήταν ότι όλοι ανεξαιρέτως οι υγιείς ενήλικες και τα υγιή παιδιά διέτρεχαν έναν μικρό αλλά από κίνδυνο να ασθενήσουν σοβαρά και να πεθάνουν από την πανδημία. Οι προκλήσεις σε επίπεδο κοινοποίησης του κινδύνου ήταν, επομένως, σημαντικές.

Συνολικά, πάντως, είναι γεγονός ότι οι χώρες της ΕΕ και του ΕΟΧ αντέδρασαν στην πανδημία με ικανοποιητικό τρόπο. Καμία χώρα δεν αντέδρασε υπερβολικά, ενώ τα συστήματα συζήτησης και ανταλλαγής πληροφοριών και αναλύσεων που είχαν αναπτύξει η Επιτροπή, η ΠΟΥ και το ECDC αποδείχθηκαν ανθεκτικά και χρήσιμα. Το σύστημα επιτήρησης του EISN που βασίζεται στην ιολογία και την πρωτοβάθμια περίθαλψη λειτούργησε ικανοποιητικά και συνέβαλε στην αύξηση των στοιχείων που προέκυψαν από τις επιδημιολογικές πληροφορίες και τις στοχοθετημένες πηγές επιστημονικής παρατήρησης του ECDC. Λιγότερο επιτυχής ήταν η κοινοποίηση αναλύσεων από τις χώρες που επλήγησαν πρώτες, ευτυχώς όμως η διάθεση στοιχείων και αναλύσεων από τη Βόρεια Αμερική και το Νότιο Ημισφαίριο ήταν άμεση. Υπό εξέλιξη βρίσκονται ήδη πολυάριθμες επισκοπήσεις και δραστηριότητες οι οποίες βασίζονται στα διδάγματα που αποκομίσθηκαν. Κάποια γενικά διδάγματα που προέκυψαν αμέσως, πάντως, είναι τα ακόλουθα:

- επιβάλλεται η διατύπωση από κοινού συμφωνημένων ορισμών της σοβαρότητας της πανδημίας με στόχο τη βελτίωση της ευελιξίας των σχεδίων ετοιμότητας
- η θέσπιση συστημάτων επιτήρησης ρουτίνας πριν από την πανδημία διασφαλίζει ότι θα χρειαστεί να αλλάξουν πολύ λιγότερα πράγματα σε περίπτωση κρίσης ή και πανδημίας
- χρειάζεται καλύτερη επιτήρηση ρουτίνας της «σοβαρής εξέλιξης» των νοσηλευμένων ατόμων και των θανάτων

<sup>6</sup> Διατίθενται στην ηλεκτρονική διεύθυνση:

[http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/H1N1/risk\\_threat\\_assessment/Pages/risk\\_threat\\_assessment.aspx](http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/H1N1/risk_threat_assessment/Pages/risk_threat_assessment.aspx)



- η κοινοποίηση έγκαιρων αναλύσεων από τις χώρες που πλήττονται πρώτες πρέπει να λειτουργεί καλύτερα στο μέλλον
- πρέπει να γίνουν πολλές προσπάθειες, ακόμη και στον τομέα της έρευνας και της ανάπτυξης, προκειμένου οι οροεπιδημιολογικές πληροφορίες να καθίστανται διαθέσιμες σε πραγματικό χρόνο ,
- η δημιουργία μοντέλων κατά τη διάρκεια μιας πανδημίας πρέπει να συνδέεται στενότερα με πολιτικές και παρεμβάσεις στο σύνολο της Ευρώπης και όχι μόνο σε μία ή δύο χώρες.

Ο σχεδιασμός που αφορά τις πανδημίες πρέπει πλέον να επανεξεταστεί καθώς η εκδήλωση αυτής της πανδημίας δεν αποκλείει την πιθανότητα εκδήλωσης άλλης πανδημίας στο προσεχές μέλλον, όπως π.χ. μιας πανδημίας που θα οφείλεται στους ιούς H5 ή H7. Η επόμενη γενιά σχεδίων πρέπει να έχει μεγαλύτερη ευελιξία αντίδρασης σε διαφορετικά επίπεδα σοβαρότητας και σε διαφορετικούς συνδυασμούς πανδημικών «γνωστών άγνωστων» ιών του ECDC. Κάτι τέτοιο θα καθίστατο ακόμη πιο εφικτό εάν επιτυγχανόταν συναίνεση σε ευρωπαϊκό επίπεδο όσον αφορά την αξιολόγηση της σοβαρότητας και την αντιστοίχιση των επιπέδων αντίδρασης σε διαφορετικά επίπεδα σοβαρότητας και χαρακτηριστικών. Τα εν λόγω μελλοντικά σχέδια πρέπει επίσης να προβλέπουν την παγίωση και τη βιωσιμότητα των ισχυόντων συστημάτων επιτήρησης της γρίπης για την ικανοποίηση των απαιτήσεων που εγείρουν οι πανδημίες και, συγκεκριμένα, των σοβαρών οξέων αναπνευστικών λοιμώξεων, της καταλογιστέας θνησιμότητας και, τελικά, της οροεπιδημιολογικής επιτήρησης. Στο έργο αυτό της επιτήρησης πρέπει να δοθεί προτεραιότητα, να διατεθούν οι κατάλληλοι πόροι και, στη συνέχεια, να του δοθεί το περιθώριο να αναπτυχθεί και να δοκιμαστεί κατά τη διάρκεια της δια-πανδημικής περιόδου έτσι ώστε να βελτιωθεί η αντοχή και η αποτελεσματικότητα των συναφών συστημάτων πριν από την εκδήλωση της επόμενης μεγάλης κρίσης.

## 13 Προς την εξάλειψη της φυματίωσης - Παρακολούθηση του σχεδίου δράσης-πλαισίου για την καταπολέμηση της φυματίωσης στην Ευρωπαϊκή Ένωση

(Δημοσίευση: Νοέμβριος 2010)

### Εισαγωγή

Το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων (ECDC) ξεκίνησε το σχέδιο δράσης-πλαίσιο για την καταπολέμηση της φυματίωσης στην Ευρωπαϊκή Ένωση το 2008. Το ECDC ανταποκρίθηκε στο αίτημα της αρμόδιας για την υγεία Επιτροπής της ΕΕ περί ανάπτυξης πλαισίου παρακολούθησης για τη στήριξη του σχεδίου, εκπονώντας την παρούσα παρακολούθηση του σχεδίου δράσης-πλαισίου. Οι στόχοι της εν λόγω παρακολούθησης του σχεδίου δράσης-πλαισίου είναι: α) επισκόπηση του τρέχοντος στρατηγικού περιβάλλοντος για τον έλεγχο της φυματίωσης στην ΕΕ και συνοπτική περιγραφή του τρόπου σύνδεσής του με την κατάσταση σε παγκόσμιο επίπεδο και β) περιγραφή ενός επιδημιολογικού και στρατηγικού πλαισίου παρακολούθησης που θα επιτρέψει την αξιολόγηση της επιτελεσθείσας προόδου προς την κατεύθυνση της εξάλειψης της φυματίωσης στην ΕΕ.

### Στρατηγικό περιβάλλον σε ευρωπαϊκό και παγκόσμιο επίπεδο

Το τρέχον επίπεδο της επιδημίας φυματίωσης στην ΕΕ απαιτεί συγκεκριμένο πλαίσιο παρακολούθησης το οποίο θα έχει άμεση σχέση με το ευρωπαϊκό επιδημιολογικό περιβάλλον και θα μπορεί να εφαρμοστεί εύκολα από τα κράτη μέλη. Επομένως, η ανάπτυξη πλαισίου παρακολούθησης απαιτεί πλήρη κατανόηση του προς παρακολούθηση επιδημιολογικού και στρατηγικού περιβάλλοντος. Ως εκ τούτου, η παρούσα έκθεση παρακολούθησης παρέχει μια επισκόπηση του περιβάλλοντος που έχει διαμορφωθεί επί του παρόντος στην ΕΕ αλλά και παγκοσμίως, αναγνωρίζοντας την ανάγκη ανάπτυξης ολοκληρωμένης στρατηγικής ελέγχου της φυματίωσης δεδομένης της παγκοσμιοποιημένης φύσης της επιδημίας φυματίωσης.

### Παρακολούθηση του σχεδίου δράσης-πλαισίου

Η παρούσα έκθεση προτείνει διάφορους βασικούς επιδημιολογικούς και επιχειρησιακούς δείκτες και στόχους ως αναπόσπαστο τμήμα του πλαισίου παρακολούθησης. Οι εν λόγω δείκτες και στόχοι είναι συμβατοί με όσους παρακολουθούνται ήδη στο πλαίσιο των υφιστάμενων παγκόσμιων και περιφερειακών συνεργασιών, μπορούν δε να προκύψουν γενικώς από πληροφορίες που έχουν ήδη συλλέξει και υποβάλει οι χώρες. Όλοι οι βασικοί δείκτες της παρακολούθησης σχετίζονται ειδικά με τους οκτώ στρατηγικούς τομείς του σχεδίου δράσης-πλαισίου ώστε να επιτρέπουν την αξιολόγηση της επιτελεσθείσας προόδου σε κάθε έναν από τους τομείς αυτούς.

### Επιδημιολογικοί δείκτες

- 1 Τάσεις όσον αφορά τα ποσοστά κοινοποίησης κρουσμάτων
- 2 Τάσεις όσον αφορά τα ποσοστά κοινοποίησης κρουσμάτων πολυανθεκτικότητας στα φάρμακα
- 3 Τάσεις όσον αφορά την αναλογία των ποσοστών κοινοποίησης κρουσμάτων σε παιδιά σε σχέση με τους ενήλικες
- 4 Τάσεις όσον αφορά τη μέση ηλικία των πασχόντων από φυματίωση

### Επιχειρησιακοί δείκτες

- 1 Διαθεσιμότητα εθνικού σχεδίου ελέγχου της φυματίωσης
- 2 Διαθεσιμότητα κατευθυντήριων γραμμών εφαρμογής του εθνικού σχεδίου ελέγχου της φυματίωσης
- 3 Ποσοστό εθνικών εργαστηρίων αναφοράς για τη φυματίωση (μελών του ευρωπαϊκού δικτύου εργαστηρίων αναφοράς για τη φυματίωση - ERLN-TB) που καταγράφουν προσήκουσες επιδόσεις στο καθεστώς εξωτερικής διασφάλισης ποιότητας
- 4 Διαθεσιμότητα στρατηγικής για τη θέσπιση και την εφαρμογή νέων εργαλείων ελέγχου της φυματίωσης
- 5 Ποσοστό νέων επιβεβαιωμένων κρουσμάτων πνευμονικής φυματίωσης μέσω καλλιέργειας και ποσοστό κρουσμάτων που υποβλήθηκαν σε έλεγχο ευαισθησίας για φάρμακα πρώτης γραμμής
- 6 Ποσοστό κρατών μελών που υποβάλλουν στοιχεία για ποσοστά επιτυχούς θεραπείας
- 7 Ποσοστά επιτυχούς θεραπείας
- 8 Ποσοστό ασθενών με φυματίωση οι οποίοι είναι γνωστό ότι έχουν προσβληθεί από τον ιό HIV



## Παράρτημα: Δημοσιεύσεις του ECDC το 2010

### Τεχνικές εκθέσεις

#### *Μάιος*

Risk assessment on Q fever

#### *Ιούνιος*

Core functions of microbiology reference laboratories for communicable diseases

#### *Σεπτέμβριος*

Hepatitis B and C in the EU neighbourhood: prevalence, burden of disease and screening policies

#### *Οκτώβριος*

Surveillance and prevention of hepatitis B and C in Europe

#### *Νοέμβριος*

External quality assurance scheme for Salmonella typing

Evidence synthesis for Guidance on HIV testing

#### *Δεκέμβριος*

Fostering collaboration in public health microbiology in the European Union

### Καθοδήγηση ECDC

#### *Οκτώβριος*

Public health management of sporadic cases of invasive meningococcal disease and their contacts

HIV testing: increasing uptake and effectiveness in the European Union. [Also 'In brief']

#### *Δεκέμβριος*

Risk assessment guidelines for diseases transmitted on aircraft (RAGIDA). Part 2: Operational guidelines. Second edition

### Εκθέσεις επιτήρησης

#### *Μάρτιος*

Tuberculosis surveillance in Europe 2008

#### *Μάιος*

Influenza surveillance in Europe 2008/09

#### *Οκτώβριος*

Annual Threat Report 2009

Surveillance of invasive bacterial diseases in Europe 2007

#### *Νοέμβριος*

Annual Epidemiological Report on Communicable Diseases in Europe 2010

Antimicrobial resistance surveillance in Europe 2009. Annual report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net)

HIV/AIDS surveillance in Europe 2009

### Ειδικές εκθέσεις

#### *Ιούλιος*

Implementing the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2010 Progress Report: Summary

### **Σεπτέμβριος**

Implementing the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2010 Progress Report

### **Νοέμβριος**

The 2009 A(H1N1) pandemic in Europe, a review of the experience

Progressing towards TB elimination. A follow-up to the Framework Action Plan to Fight Tuberculosis in the European Union

## **Εκθέσεις συνεδριάσεων**

### **Ιανουάριος**

First annual meeting of the invasive bacterial infections surveillance network in Europe

### **Φεβρουάριος**

Expert forum on communicable disease outbreaks on cruise ships

### **Μάρτιος**

Training strategy for intervention epidemiology in the European Union

### **Απρίλιος**

Second annual meeting of the European Food- and Waterborne Diseases and Zoonoses Network

### **Μάιος**

Annual meeting of the European Influenza Surveillance Network (EISN)

### **Ιούνιος**

First annual meeting of the European Reference Laboratory Network for Tuberculosis

Expert consultation on healthcare-associated infection prevention and control

### **Ιούλιος**

Surveillance in EU and EEA/EFTA countries

### **Δεκέμβριος**

Developing health communication research: a focus on communicable diseases—challenges and opportunities

## **Εκθέσεις αποστολών**

### **Φεβρουάριος**

Δημόσια διαβούλευση και πρόδος του συστήματος υγείας στην Πρώην Γιουγκοσλαβική Δημοκρατία της Μακεδονίας

### **Οκτώβριος**

West Nile virus infection outbreak in humans in Central Macedonia, Greece – July–August 2010

## **Τεχνικά έγγραφα**

### **Μάρτιος**

Climate change and communicable diseases in the EU Member States: Handbook for national vulnerability, impact and adaptation assessments

Joint European pandemic preparedness self-assessment indicators<sup>7</sup>

### **Σεπτέμβριος**

Conducting health communication activities on MMR vaccination

---

<sup>7</sup> Δημοσιεύθηκε από την ΠΟΥ.

## Δημοσιεύσεις του Κέντρου

Summary of key publications 2009

Annual Report of the Director 2009

Strategies for disease-specific programmes 2010–2013

ECDC Insight

Executive Science Update

## Τακτικές δημοσιεύσεις

Weekly/bi-weekly influenza surveillance overview (42 issues in 2010)

Influenza virus characterisation, summary Europe (9 issues in 2010)