



ECDC **CORPORATE**

Svarbiausių 2010 m. leidinių apžvalga

ECDC CORPORATE

Svarbiausių 2010 m. leidinių apžvalga



Siūloma nuoroda: Europos ligų prevencijos ir kontrolės centras (ECDC). Svarbiausių 2010 m. leidinių apžvalga.
Stokholmas: ECDC; 2011 m.

Stokholmas, 2011 m. balandžio mėn.

© Europos ligų prevencijos ir kontrolės centras, 2011

Leidžiama naudoti nurodžius šaltinį.

Turinys

Įvadas	V
Techninės ataskaitos	1
1. Ku karštingės rizikos vertinimas	1
2. Hepatitų B ir C epidemiologinė priežiūra ir prevencija Europoje	3
ECDC rekomendacijos	5
3. Sporadinių invazinės meningokokinės infekcijos atvejų ir sąlytį turėjusių asmenų visuomenės sveikatos valdymo priemonės	5
4. Tyrimai dėl ŽIV: jų atlikimas ir veiksmingumo didinimas Europos Sąjungoje	7
Epidemiologinės priežiūros ataskaitos	11
5. Tuberkuliozės epidemiologinė priežiūra 2008 m.	11
6. Gripo epidemiologinė priežiūra Europoje 2008–2009 m. (nuo 2008 m. 40-os savaitės iki 2009 m. 39-os savaitės).....	13
7. Invazinių bakterinių ligų epidemiologinė priežiūra Europoje 2007 m.	14
8. Europos užkrečiamųjų ligų epidemiologinės priežiūros 2010 m. ataskaita	16
9. Atsparumo antimikrobiniams preparatams priežiūra Europoje 2009 m.	21
10. ŽIV ir AIDS epidemiologinė priežiūra Europoje 2009 m.	23
Specialios ataskaitos	25
11. Dublino deklaracijos dėl partnerystės kovojant su ŽIV/AIDS Europoje ir Centrinėje Azijoje įgyvendinimas: 2010 m. pažangos ataskaita	25
12. 2009 m. gripo A(H1N1) pandemija Europoje – įgytos patirties apžvalga	28
13. Pažanga siekiant likviduoti tuberkuliozę–tolesnis Kovos su tuberkulioze Europos Sąjungoje veiksmų planas. 30	
Priedas: 2010 m. ECDC leidiniai.....	31
Techninės ataskaitos	31
ECDC rekomendacijos	31
Epidemiologinės priežiūros ataskaitos.....	31
Specialios ataskaitos.....	32
Susitikimų ataskaitos	32
Misijų ataskaitos.....	32
Techniniai dokumentai	32
Organizacijos leidiniai	33
Periodiniai leidiniai.....	33

Įvadas

2010 m. Europos ligų prevencijos ir kontrolės centras (ECDC) paskelbė 35 mokslinius dokumentus. Iš svarbiausiųjų paminėtini:

- *2010 m. metinė Europos užkrečiamųjų ligų epidemiologinės priežiūros ataskaita* – ketvirtasis metinio ECDC leidinio leidimas, kuriame pateikiama išsami 2008 m. epidemiologinės priežiūros duomenų apžvalga;
- *Tuberkuliozės epidemiologinė priežiūra Europoje 2008 m. ir ŽIV ir AIDS epidemiologinė priežiūra Europoje 2009 m.*; abiejuose leidiniuose, kurie parengti kartu su Pasaulio sveikatos organizacijos Europos regioniniu biuru, pateikiami epidemiologinės priežiūros duomenys apie abi ligas Europos Sąjungos (ES) ir Europos ekonominės erdvės (EEE) šalyse bei kitose 23 šalyse PSO Europos regioninio biuro regione;
- *Dublino deklaracijos dėl partnerystės kovojant su ŽIV ir AIDS Europoje ir Centrinėje Azijoje įgyvendinimas: 2010 m. pažangos ataskaita* – tai iki 2010 m. padarytos pažangos apžvalga, pagrįsta 49 šalių duomenimis;
- *Atsparumo antimikrobiniams vaistams stebėseną Europoje 2009 m.* – tai Europos atsparumo antimikrobiniams vaistams stebėsenos tinklo (angl. EARS-Net) metinė ataskaita; pirmoje EARS-Net metinėje ataskaitoje, 2010 m. sausio 1 d. perkėlus Europos atsparumo antimikrobiniams vaistams stebėsenos sistemą (angl. EARSS) į ECDC, visuomenės sveikatos apsaugos tikslais pateikiami Europos informaciniai duomenys apie atsparumą antimikrobiniams vaistams;
- *2009 m. gripo A(H1N1) pandemija Europoje – įgytos patirties apžvalga* – tai plati 2009 m. pandemijos ES ir EEE šalyse epidemiologijos ir virusologijos apžvalga.

Sprendimus priimantiems asmenims susipažinti ir naudotis parengtos kai kurių ECDC dokumentų (tokių kaip minėtieji) santraukos visomis ES, islandų ir norvegų kalbomis. Santraukos atspindi originalių leidinių dvasią, nors jas rengiant kai kurie svarbūs niuansai galėjo būti praleisti. Skaitytojai, kurie norėtų gauti išsamesnės informacijos, turėtų susipažinti su visais dokumentų tekstais, kuriuos galima rasti interneto svetainėje www.ecdc.europa.eu.

Visų 2010 m. ECDC leidinių sąrašas pateiktas priede. Leidinių elektronines versijas kartu su trumpu turinio aprašymu galima rasti internete pagal pirmiau pateiktą nuorodą. Taip pat galima gauti kai kurių ataskaitų spausdintą variantą. Norėdami gauti spausdintą kurios nors ataskaitos egzempliorių, kreipkitės el. pašto adresu publications@ecdc.europa.eu.

Techninės ataskaitos

1. Ku karštligės rizikos vertinimas

(paskelbta 2010 m. gegužės mėn.)

Rizikos vertinimas atliktas Europos Komisijai paprašius įvertinti klausimus dėl Ku karštligės ir jos plitimo per kraują, lėtinės Ku karštligės poveikio sveikatai ir pavojaus nėščioms moterims. Atsižvelgiant į tuo metu Nyderlanduose tebevykstantį ligos protrūkį, ECDC buvo paprašyta atsakyti į klausimus dėl ligos plitimo į kitas šalis ir geresnių epidemiologinės priežiūros sistemų poreikio. Rizikos vertinimas atliktas laikantis patikimais duomenimis pagrįstų metodologijų principų, kiekvienam klausimui apibrėžiant paieškos terminus, nustatant konkretaus tiriamojo objekto įtraukimo ar atmetimo kriterijus ir vertinant duomenų kokybę. Geriausių turimų duomenų apžvalga buvo pristatyta ekspertų iš Nyderlandų, Prancūzijos, Vokietijos, Jungtinės Karalystės ir JAV grupei ir joje aptarta. Šis darbas buvo derinamas su kitu Ku karštligės rizikos vertinimu, kurį tuo pačiu metu atliko Europos maisto saugos tarnyba.

Ūminė Ku karštligė paprastai yra švelnios formos, aiškios eigos, gripą primenanti liga, tačiau kartais ji pasireiškia kartu su plaučiu uždegimu, hepatitu ar kitais simptomais. Ją galima sėkmingai išgyti paskyrus dviejų savaitių doksiciklino kursą.

Coxiella burnetii – tik laštelės viduje išgyvenanti bakterija, kuri gali būti perduodama per **kraują ir audinius**. Tokio bakterijos plitimo rizika nedidelė, literatūroje pateiktas tik vienas dokumentais pagrįstas atvejis. Esant ligos protrūkiui, turėtų būti nustatyta endemiškumo zona ir apgalvotos atsargumo priemonės, pavyzdžiui, kraujo ir audinių recipientų priežiūra, donorų atranka, kraujo ir audinių produktų tikrinimas. Rekomenduojama iš tokios zonos grįžusiems keliautojams bakterijos inkubaciniu laikotarpiu ir esant besimptomai bakteremijai (nuo penkių iki septynių savaičių) neduoti kraujo iki šio laikotarpio pabaigos. Kraujo recipientams, kurių rizika ypač didelė, pavyzdžiui, pacientams, turintiems širdies vožtuvo ydą, galima skirti antibiotikų kursą. Ūmine Ku infekcija sirgę donoriai turėtų neduoti kraujo dvejus metus nuo patvirtintos išgyjimo nuo ūminės infekcijos datos. Turi būti atidžiai apsvairstyta šių priemonių įgyvendinimo nauda, atsižvelgiant į galimą neigiamą poveikį kraujo toje zonoje tiekimui. Turėtų būti parengta informavimo apie riziką strategija.

Lėtinė Ku karštligė – sunki ūminės Ku karštligės komplikacija, kuri atsiranda 2 proc. ūminės simptomatikos atvejų, o mirštamumo nuo jos lygis gali svyruoti nuo 5 iki 50 proc. Didelės rizikos grupės žmonėms, pavyzdžiui, sirgusiems širdies vožtuvų ligomis, turintiems dirbtinį vožtuvą ar aortokoronarinės anastomozės šuntus, lėtinė Ku karštligė sukelia endokarditą. Vėžiu sergantiems ar imunosupresinius vaistus vartojantiems ligoniams taip pat gresia didesnis pavojus. Lėtinė Ku karštligė turi būti gydoma mažiausiai metus, kai kuriais atvejais – visą gyvenimą, skiriant daugiau nei vieną antibiotiką. Gali prireikti chirurginės operacijos pažeistam širdies vožtuvui pakeisti.

Geriausia strategija, padedanti išvengti lėtinių ligos atvejų, – tinkamas ūminės Ku karštligės diagnozavimas ir gydymas. Nurodomos trys galimos strategijos: 1) geresnis sveikatos priežiūros darbuotojų ir visuomenės informavimas siekiant atkreipti dėmesį į rizikos grupes; 2) aktyvūs tolesni veiksmai atliekant žinomų rizikos grupių serologinius tyrimus, kad būtų galima anksti diagnozuoti ir pradėti gydyti ūminę Ku karštligę; arba 3) visų žinomų ūmine Ku karštligę sergančių ligonių echokardiografinis tyrimas, aktyviai siekiant nustatyti sunkius atvejus ir imtis tolesnių veiksmų.

Būtina pradėti rimtus perspektyvinius kohortinius tyrimus ir kontroliuojamus klinikinius tyrimus (nepažeidžiant etikos), siekiant gauti sveresnių duomenų apie tai, kaip užkirsti kelią Ku karštligės protrūkiams ar juos likviduoti visuomenės sveikatos srityje ir kaip diagnozuoti ir gydyti ūminės ir lėtinės formos ligą asmens sveikatos priežiūros lygmenyje.

Duomenų apie **Ku karštligę nėštumo laikotarpiu** yra labai nedaug, daugiausia – iš naminių bei eksperimentinių gyvūnų stebėjimų ir mokslinių tyrimų, ligos paplitimo nustatymo pagal kraujo tyrimus, konkrečių ligos istorijų ataskaitų ir vieno klinikinio tyrimo, kurį atliekant 15 metų laikotarpiu buvo stebimos 53 nėščios moterys. Remiantis šiuo metu turimais duomenimis negalima patikimai įvertinti ūminės Ku karštligės padarinių rizikos nėščioms moterims, palyginti su rizika visiems gyventojams (moterims). Yra užregistruoti keli atvejai, kai *Coxiella burnetii* infekcija nėštumo metu sukėlė nepalankią nėštumo baigtį. Keliais atvejais *Coxiella burnetii* buvo rasta placentoje ir vaisiaus audiniuose. *Coxiella burnetii* buvo aptikta ir motinos piene, tačiau nebuvo patvirtintų infekcijos perdavimo krūtimi maitinamam kūdikiui atvejų.

Yra tam tikrų požymių, kad ilgalaikis antimikrobinis gydymas kotrimoksazoliu gali užkirsti kelią nepalankiai nėštumo baigčiai, tačiau šie duomenys – klinikinio tyrimo, kurį atliekant nebuvo atsitiktinės tiriamųjų atrankos ir galimų paklaidų kontrolės. Kol nebus daugiau duomenų, gautų ištyrus aukštos kokybės gydymo rezultatus, nėščios moterys, kurioms diagnozuota ūminė Ku karštligės infekcija, likusį nėštumo laiką turėtų būti gydomos antibiotikais.

Tačiau šios rekomendacijos mokslinis pagrindas yra silpnas, todėl ECDC labai rekomenduotų atlikti atsitiktine tiriamųjų atranka pagrįstus kontroliuojamus klinikinius tyrimus, kad būtų galima gauti patikimesnių įrodymų.

Nėščioms moterims reikėtų rekomenduoti nesilankyti paveiktose teritorijose esančiose fermose. ECDC nerekomenduoja nutraukti kūdikių maitinimo krūtimi, išskyrus lėtinės ligos atvejus, kai būtinas ilgalaikis motinos gydymas.

Australijoje pagaminta ir registruota formalinu inaktyvinta visos ląstelės **Ku karštligės vakcina**. Vakcina veiksminga, tačiau dėl didelio reaktogeniškumo asmenims, kurie anksčiau buvo užsikrėtę *Coxiella burnetii*, reikalingi tyrimai iki skiepijimo, todėl ši vakcina labiau tinkama nustatytoms rizikos grupėms nei visuotiniam gyventojų skiepijimui. Turimi duomenys rodo, kad iš tikrųjų *Coxiella burnetii* **per orą plinta** mažesniu nei 5 km spinduliu. Todėl bakterijos plitimo per orą iš Nyderlandų į kitas šalis rizika gresia tik kaimyninėms valstybėms (pvz., Vokietijai, Belgijai) ir zonoms, esančioms netoli ligos protrūkio šaltinių. Pranešama, kad aktyvi epidemiologinė priežiūra ir ūminės Ku karštligės atvejų išaiškinimas galimose rizikos grupėse (pvz., nėščios moterys, asmenys, sergantys širdies vožtuvų ar kraujagyslių ligomis) vietos lygmeniu tam tikrą nustatytą laikotarpį yra įmanomas ir veiksmingas ūminės infekcijos nustatymo metodas. Greta epidemijos vietų esančiose zonose (≤ 5 km nuo šaltinio) turėtų būti organizuojamos informavimo kampanijos sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams. Jei infekcija išplinta ir į kitas valstybes nares, atsakingos visuomenės sveikatos priežiūros institucijos turi apie tai pranešti savo kolegoms kitoje valstybėje. Visuomenės sveikatos priežiūros ir veterinarijos institucijoms keičiantis informacija bus lengviau anksti nustatyti ligos protrūkį. Be to, sveikatos priežiūros ir veterinarijos institucijos turėtų imtis reikiamų veiksmų nacionaliniu ir vietos lygmenimis ligos protrūkiui sustabdyti.

2. Hepatitų B ir C epidemiologinė priežiūra ir prevencija Europoje

(paskelbta 2010 m. spalio mėn.)

Tyrimo sritis

Ši tyrimas atliktas siekiant apžvelgti esamas nacionalines ES ir EEE šalių hepatitų B ir C epidemiologinės priežiūros sistemas ir prevencines programas.

Hepatitis B

Epidemiologinė priežiūra Europoje

Visos šalys nurodė, kad jose naudojamos privaloma pranešimų apie hepatitą B teikimo sistema. 15 šalių įdiegta tik viena specifinė epidemiologinės priežiūros sistema, keturiose šalyse – kelios epidemiologinės priežiūros sistemos. Nacionaliniai epidemiologinės priežiūros tikslai įvairiose šalyse labai panašūs, tačiau atvejo apibrėžtys ne visada atitiko tikslus; aštuonios šalys nurodė, kad yra įsivedusios ES 2008 m. atvejo apibrėžtį, o trys dar naudoja ES 2002 m. atvejo apibrėžtimi. Iš viso 21 šalis naudojosi atvejo apibrėžtimi, labai panašia į ES atvejo apibrėžtį. Remdamosi įvairiomis atvejo apibrėžtimis, 28 šalys praneša apie patvirtintus ligos atvejus, o 27 šalys praneša apie ūminio hepatito B atvejus. Lėtinės ligos atvejai įtraukiami į 17 šalių pranešimus; besimptomiai atvejai dažnai neįtraukiami. 26 šalys pranešė, kad su liga susijusius duomenis renka nacionaliniu lygmeniu, tačiau duomenų analizės dažnumas šalyse skiriasi. Pagrindiniai duomenys (amžius, lytis, gyvenamoji vieta, ligos pradžios data, pranešimo data) renkami 26 šalyse, tačiau dažnai nėra duomenų apie epidemiologinę riziką ir ligos poveikį.

Epidemiologija Europoje

27 šalių duomenimis, 2007 m. pranešimų apie naujus atvejus rodiklis 100 000 gyventojų buvo nuo 0 iki 15,0, esant 1,5 vidurkiui (2009 m. metinė Europos užkrečiamųjų ligų epidemiologinės priežiūros ataskaita. Stokholmas: ECDC, 2009 m.). 1995–2007 m. ES ir EEE šalyse pranešimų apie hepatito B (HBV) atvejus rodiklis 100 000 gyventojų sumažėjo nuo 6,7 iki 1,5. Kadangi šalių epidemiologinės priežiūros sistemos labai skiriasi ir nauji pokyčiai gali turėti įtakos jau pateiktiems duomenims, sunku nustatyti tendencijas šalyse ir jas lyginti.

HBV paplitimas tarp gyventojų įvairiose šalyse labai skiriasi – nuo mažo iki vidutinio hepatito B viruso paviršinio antigeno (HBsAg) nešiotojų dažnio Slovakijoje (1,6 proc.), Italijoje (1 proc.), Belgijoje ir Prancūzijoje (apie 0,6 proc.), Suomijoje, Vengrijoje ir Jungtinėje Karalystėje (mažiau nei 0,5 proc.) ir Bulgarijoje (3,8 proc.). HBV atrankinė nėščiųjų patikra atliekama 24 šalyse iš 29, išskyrus Belgiją, Bulgariją, Lietuvą, Liuksemburgą ir Rumuniją. HBV paplitimas tarp nėščiųjų yra nuo 1,15 proc. Graikijoje iki 0,14 proc. Suomijoje. Taip pat taikomos atrankinės patikros programos intraveninių narkotikų vartotojams (15 šalių iš 29), kaliniams (11 šalių), lytiškai plintančių ligų klinikų pacientams (9 šalyse) ir asmenims, turintiems daug seksualinių partnerių (2 šalyse). Aštuoniose šalyse užregistruotas HBV paplitimas tarp intraveninių narkotikų vartotojų buvo didesnis nei tarp gyventojų. HBV paplitimas tarp intraveninių narkotikų vartotojų labai skiriasi – nuo 0,5 proc. Norvegijoje iki 50 proc. Danijoje. Šio viruso paplitimas tarp sveikatos apsaugos darbuotojų Danijoje ir Vokietijoje yra toks pat, kaip tarp gyventojų.

Atrankiniai tyrimai ir skiepijimas

Visuotinio kūdikių, vaikų ar paauglių skiepijimo programos įgyvendintos 22 šalyse. Septyniose šalyse (Danijoje, Suomijoje, Islandijoje, Norvegijoje, Švedijoje, Nyderlanduose ir Jungtinėje Karalystėje) vykdomos atrankinės skiepijimo programos, skirtos rizikos grupėms. Papildomos prevencinės programos taikomos rizikos grupėms, kurioms priklausantys asmenys turi riziką užsikrėsti darba. Taip pat yra didelė rizikos grupių skiepijimo programų įvairovė. Tik pusė šalių, kuriose vykdoma rutininė skiepijimo programa, nurodė įvairių gyventojų grupių skiepijimo apimčių lygį, tačiau atrodo, kad kūdikių (nuo 1 iki 2 metų) skiepijimo apimtyms viršija 95 proc. (išskyrus Austriją, Maltą ir Prancūziją).

Hepatitis C

Epidemiologinė priežiūra Europoje

Visos ES ir EEE šalys nurodė, kad jose įgyvendinta pranešimų apie hepatitą C teikimo sistema (nacionalinė arba skirta vienai specifinei populiacijos grupei). 14 šalių įdiegta viena specifinė epidemiologinės priežiūros sistema, o 15 šalių nurodė, kad jose hepatitui C stebėti naudojamos kelios epidemiologinės priežiūros sistemos. Nacionaliniai epidemiologinės priežiūros tikslai įvairiose šalyse labai panašūs, tačiau atrodo, kad atvejo apibrėžtys ne visada atitiko tikslus. Vienuolika šalių nurodė, kad yra įdiegusios ES 2008 m. atvejo apibrėžtį, o keturios naudoja ES 2002 m. atvejo apibrėžtimi. Nepaisant to, valstybėse narėse yra didelė naudojimosi atvejo apibrėžtimis įvairovė, ypač klasifikuojant atvejus. Į visų šalių epidemiologinės priežiūros sistemas¹ įtraukti ūminės

¹ Prancūzijoje patvirtinti ūminio hepatito C atvejai buvo stebimi tik 2006 ir 2007 m. ir tik specifinėje gyventojų grupėje, t. y. ŽIV infekuotų vyrų, turinčių lytinių santykių su vyrais.

ligos atvejai, o 18 šalių įtraukė ir lėtinės ligos atvejus. Kai kurios šalys nurodė, kad jose renkami mišrūs duomenys apie ligos atvejus, tačiau nėra serologinių žymenų, pagal kuriuos diferencijuojamas ūminis ir lėtinis hepatitas C. Tai apsunkina įvairiose šalyse turimų duomenų aiškinimą. 26 šalys pranešė, kad su duomenis apie kiekvieną atvejį renka nacionaliniu lygmeniu, tačiau duomenų analizės dažnumas šalyse skiriasi. 19 šalių epidemiologinės priežiūros sistema apima ne tik pranešimus apie klinikinius atvejus, bet ir yra renkami duomenys iš laboratorijų; 10 šalių neįtraukia pranešimų iš laboratorijų į savo sistemas. Pagrindiniai duomenys (amžius, lytis, gyvenamoji vieta, susirgimo data, pranešimo data) renkami 26 šalyse, tačiau dažnai nėra duomenų apie epidemiologinę riziką ir ligos poveikį. Kadangi būdinga besimptomė eiga, įprasta, kad dalis atvejų neregistruojami.

Epidemiologija Europoje

27 šalių duomenimis, 2007 m. pranešimų apie naujus atvejus rodiklis 100 000 gyventojų buvo nuo 0 iki 36, esant 6,9 atvejo 100 000 gyventojų vidurkiui (Metinė epidemiologinės priežiūros ataskaita, ECDC, 2009 m.). Nuo 1995 iki 2007 m. ES ir (arba) EEE šalyse pranešimų apie hepatito C viruso (HCV) atvejus rodiklis 100 000 gyventojų padidėjo nuo 4,5 iki 6,9. Kadangi šalių epidemiologinės priežiūros sistemos labai skiriasi ir nauji pokyčiai gali turėti įtakos jau pateiktiems duomenims, nustatyti tendencijas ar lyginti šalių duomenis yra sunku, ir tai daryti reikėtų atsargiai. HCV duomenų aiškinimą dar labiau apsunkina besimptomė ligos eiga (todėl registruotų arvejų skaičius gali labiau atspindėti tyrimų dažnumą, o ne tikrąjį sergamumą) ir tai, kad nėra išskiriami ūminės ir lėtinės ligos atvejai.

Duomenų apie HCV paplitimą tarp gyventojų yra gana mažai; nustatytas HCV paplitimas nuo 2,6 proc. Italijoje 2007 m. iki 0,12 proc. Belgijoje 2003 m. Gana didelį paplitimą nurodė Bulgarija (1,2 proc.) ir Slovakija (1,56 proc.). Pateiktais duomenimis, vienuolikoje valstybių narių HCV paplitimas tarp intraveninių narkotikų vartotojų yra nuo 25 iki 75 proc. 2006–2007 m. Italijoje HCV paplitimas buvo mažiausias (10,8–25,6 proc.), o Norvegijoje – didžiausias (70 proc.). HCV paplitimo duomenys pagrįsti serologinių hepatito C žymenų nustatymu, tačiau tai nenurodo, kuri gyventojų dalis yra viruso nešiotojai ir dėl to užkrečiami.

Prevencija Europoje

Pusė šalių nurodė, kad jose vykdomos rizikos grupėms skirtos atrankinių tyrimų programos: 16 šalių šias programas taiko intraveninių narkotikų vartotojams, 11 šalių – kaliniams. Nėra aišku, ar daug šalių įgyvendino šios infekcijos paplitimo tarp sveikatos priežiūros darbuotojų stebėjimo programas. Atrodo, kad reikia daugiau atrankinių tyrimų programų rizikos grupėms, sunkiai pasiekiamoms gyventojų grupėms ir plačiai visuomenei, tačiau prieš bet kokios priemonės įgyvendinimą reikėtų atlikti išsamius tyrimus, pagrįstus ekonominio efektyvumo analize ir galimybėmis užtikrinti veiksmingą gydymą.

Išvados

Šioje ataskaitoje surinkti ir išnagrinėti 29 ES ir EEE šalių duomenys apie hepatitų B ir C epidemiologinę priežiūrą ir prevencines programas. Nors visos šalys yra įdiegusios duomenų rinkimo nacionaliniu lygmeniu sistemas, šios sistemos skiriasi pagal atvejo apibrėžčių taikymą ir surinktų duomenų naudojimą.

Kadangi virusinis hepatitas yra dažna liga, kurios dalis atvejų neužregistruojama, šia ataskaita bandoma apibendrinti ES lygmeniu turimus naujausius ligos paplitimo duomenis. Svarbiausias kelių kitų metų uždavinys – suderinti turimus epidemiologinės priežiūros duomenis siekiant pagerinti įvairių šalių duomenų palyginamumą.

ECDC rekomendacijos

3. Sporadinių invazinės meningokokinės infekcijos atvejų ir sąlytį turėjusių asmenų visuomenės sveikatos valdymo priemonės

(paskelbta 2010 m. spalio mėn.)

Neisseria meningitidis – paplitusi žmogaus ryklės gleivinės komensalinė bakterija. Šis mikroorganizmas gali sukelti sunkią invazinę meningokokinę infekciją (angl. IMD), kuri paprastai pasireiškia kaip meningitas, septicemija arba abu kartu. Deja, sporadinių IMD visuomenės sveikatos valdymas Europoje labai skiriasi, ir tai iš dalies galima paaiškinti abejone dėl prevencinių priemonių veiksmingumo.

Šio dokumento tikslas – pateikti įrodymais pagrįstas rekomendacijas dėl visuomenės sveikatos geriausios patirties sporadinių meningokokinės infekcijos atvejų ir sąlytį turėjusių asmenų valdymo srityje. Papildomas tikslas – padėti Europos šalims priimti sprendimus dėl tinkamų meningokokinės infekcijos kontrolės ir prevencijos priemonių nacionaliniu ir vietos lygmenimis. Šis rekomendacinis dokumentas turėtų padėti Europos šalims peržiūrėti savo visuomenės sveikatos politikos kryptis dėl meningokokinės infekcijos atvejų valdymo ir mikrobiologinio diagnozavimo. Nors į dokumente pateiktus rezultatus nėra įtrauktos rekomendacijos dėl sąlytį turėjusių sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų ar dėl ligos protrūkių visuomenėje valdymo, dokumente kalbama apie šias svarbias sritis:

- laboratorinius tyrimus IMD diagnozei patvirtinti;
- antibiotikų vartojimą išrašant iš ligoninės;
- chemoprofilaktiką, taikomą su sąlytį turėjusiems asmenims, atsižvelgiant į skirtingą aplinką;
- chemoprofilaktikai skirtų antibiotikų parinkimą skirtingoms grupėms (suaugusiesiems, vaikams, nėščioms moterims);
- meningokokinės vakcinos naudojimą kartu su chemoprofilaktika.

Išvadose atsižvelgta ne tik į mokslinių įrodymų kokybę, bet ir į galimą naudą bei žalą, reikšmę, našta ir išlaidas.

Rezultatai

Išvados pagrįstos naujų geriausių turimų įrodymų sisteminė peržiūra ir kritiniu vertinimu. Išsamesnę informaciją rasite pagrindiniame dokumente.

1. Kokie laboratoriniai tyrimai rekomenduojami tiksliam (jautrūs, specifiški) ir greitam IMD diagnozės nustatymui?

Klausimas: kokie yra jautriausi ir specifiskiausi laboratoriniai tyrimai IMD diagnozei patvirtinti?

- Turimais vidutinės kokybės įrodymais, rekomenduojama pirmenybę teikti šiems diagnostiniams tyrimams: polimerazės grandininės reakcijai (angl. PCR) ir kultūros išauginimui. Jei įmanoma logistiniu ir ekonominiu požiūriu, meningokokinės infekcijos diagnostiką atliekančioms mikrobiologijos laboratorijoms turėtų būti sudarytos galimybės atlikti PCR testus. Tais atvejais, kai jau pradėtas gydymas antimikrobiniais vaistais, atlikus kraujo ir (arba) nugaros smegenų tiriamosios medžiagos PCR tyrimus, papildomi odos biopsijos ir (arba) aspirato tiriamosios medžiagos PCR tyrimai, turimais prastos kokybės įrodymais, padidina tyrimo diagnostinį jautrumą odos bėrimą turintiems pacientams.

2. Ar išrašant IMD sirgusį asmenį iš ligoninės jam turi būti skiriama antibiotikų, be tų, kuriais jis gydytas?

Klausimas: ar antibiotikų skyrimas bakterijų nešiojimo pašalinimui IMD sirgusiam asmeniui jį išrašant iš ligoninės, yra efektyvus, siekiant užkirsti kelią antrinių atvejų atsiradimui, ir, palyginti su tais atvejais, kai išrašant iš ligoninės neskiriami jokie antibiotikai?

- Turimų įrodymų už ar prieš antibiotikų skyrimą IMD sirgusiam asmeniui jį išrašant iš ligoninės kokybė yra labai prasta. Tačiau, atsižvelgiant į vidutinės kokybės įrodymus apie chemoprofilaktikos, taikomos sąlytį turėjusiems asmenims, efektyvumą ir į gana nedidelę šios intervencijos kainą, antibiotikai turėtų būti skiriami bakterijų nešiojimui pašalinti, nebent šie antibiotikai jau buvo naudojami gydymui.

3. Ar reikia chemoprofilaktiką taikyti asmenims, kurie su IMD sirgusiu asmeniu gyvena tame pačiame būste ar su juo turėjo panašaus galudumo sąlytį?

Klausimas: koks yra chemoprofilaktikos, taikomos IMD sirgusio asmens sąlytį turėjusiems namiškiams, efektyvumas išvengiant susirgimų tarp sąlytį turėjusių namiškių?

- Turimais vidutinės kokybės įrodymais, IMD sirgusio asmens sąlytį turėjusiems namiškiams turėtų būti skiriama chemoprofilaktika antibiotikų kursu, panaikinančiu bakterijų nešiojimą .

4. Ar reikėtų chemoprofilaktiką taikyti vaikams ar studentams, kurie lanko tą pačią ikimokyklinę įstaigą, mokyklą ar aukštąją mokyklą kaip IMD sirgęs asmuo?

Klausimas: koks yra chemoprofilaktikos, taikomos su IMD sirgusiu asmeniu sąlytį turėjusiems ikimokyklinėse įstaigose, mokyklose ir aukštosiose mokyklose asmenims, efektyvumas užkertant kelią naujų atvejų atsiradimui?

- Turimais prastos kokybės įrodymais, lankantiems tą pačią ikimokyklinę įstaigą kaip IMD sirgęs asmuo vaikams, atsižvelgiant į rizikos vertinimą, turėtų būti pasiūlyta chemoprofilaktika. Tos pačios mokyklos ar aukštosios mokyklos kaip IMD sirgusio asmens lankymas pats savaime neturėtų būti indikacija chemoprofilaktikai.

5. Ar reikėtų chemoprofilaktiką taikyti asmenims, kurie su IMD sirgusiu asmeniu gėrė iš to paties indo?

Klausimas: koks yra chemoprofilaktikos, taikomos tiems, kurie su IMD sirgusiu asmeniu gėrė iš to paties indo (arba turėjo panašų sąlytį, pvz., dalinosi viena cigarete, naudojosi tais pačiais stalo įrankiais), efektyvumas užkertant kelią naujų atvejų atsiradimui?

- Turimais prastos kokybės įrodymais, gėrimas iš to paties indo, dalijimasis cigarete ar panašus sąlytis su IMD sirgusiu asmeniu pats savaime neturėtų būti indikacija chemoprofilaktikai.

6. Ar reikėtų chemoprofilaktiką taikyti asmenims, kurie su IMD sirgusiu asmeniu naudojami ta pačia transporto priemone (pvz., lėktuvu, laivu, autobusu ar automobiliu)?

Klausimas: koks yra chemoprofilaktikos, taikomos tiems, kurie su IMD sirgusiu asmeniu naudojami ta pačia transporto priemone, efektyvumas užkertant kelią naujų atvejų atsiradimui?

- Šiuo metu turimi įrodymai yra labai prastos kokybės. Remiantis šiais įrodymais, negalima išmatuoti ligos perdavimo rizikos įvairiose transporto priemonėse. Nėra patvirtintų antrinių atvejų šioje aplinkoje. Todėl naudojimas ta pačia transporto priemone su IMD sirgusiu asmeniu pats savaime neturėtų būti indikacija chemoprofilaktikai.

7. Koks antibiotikų kursas turėtų būti rekomenduojamas taikant chemoprofilaktiką suaugusiesiems, vaikams ir nėščioms moterims?

Klausimas: koks antibiotikų kursas efektyviausiai panaikina ligos sukėlėjo nešiojimą suaugusiesiems, vaikams ir nėščioms moterims?

- Turimais vidutinės ir aukštos kokybės įrodymais, suaugusiesiems ir vaikams profilaktiškai gali būti skiriamas rifampicinas, ciprofloksacinas, ceftriaksonas, azitromicinas ir cefiksimas. Nėra kurio nors vieno, pranašesnio už kitus, gydymo kurso, tačiau ciprofloksacino, azitromicino ar ceftriaksono galima skirti vienkartinę dozę. Yra pranešimų apie atsparumo išsivystymą po rifampicino vartojimo.

8. Ar sąlytį su IMD sirgusiais asmenimis turėjusiems asmenims, kuriems taikoma chemoprofilaktika, prireikus turėtų būti siūloma ir meningokokinė vakcina?

Klausimas: koks yra IMD sirgusio asmens namiškių, kuriems jau taikoma chemoprofilaktika, skiepavimo efektyvumas, užkertant kelią naujų atvejų atsiradimui?

- Šiuo metu turimi įrodymai yra labai prastos kokybės ir toliau pateiktos išvados grindžiamos netiesioginiais įrodymais. Jei meningokokinę infekciją sukėlė bakterijos padermė, nuo kurios galima apsaugoti tam tikslui sukurta licencijuota vakcina, namiškiams kartu su chemoprofilaktika turėtų būti pasiūlyta skiepytis, nebent būtų nuspręsta, kai jie jau yra atsparūs.

4. Tyrimai dėl ŽIV: jų atlikimas ir veiksmingumo didinimas Europos Sąjungoje

(paskelbta 2010 m. spalio mėn.)

Šių rekomendacijų taikymo sritis ir tikslas

Šios turimais duomenimis pagrįstos rekomendacijos skirtos nacionalinių tyrimų dėl ŽIV strategijų ir programų kūrimui, stebėsenai ir vertinimui Europos Sąjungos (ES) ir Europos ekonominės erdvės (EEE) šalyse.

Kodėl svarbu ištirti dėl ŽIV?

Europoje toliau daugėja ŽIV užsikrėtusių žmonių, ir daugelis šalių nurodo vėlyvo diagnozavimo problemą. Patikimais duomenimis patvirtinta, kad ankstyvas gydymas sumažina sergamumą ir mirtingumą, tačiau daugeliui ŽIV užsikrėtusių žmonių infekcija diagnozuojama labai vėlai. ŽIV infekcija gali daug metų nesukelti beveik jokių simptomų, todėl tyrimai dėl ŽIV – vienintelė galimybė anksti nustatyti diagnozę ir nukreipti ligonį gydymui bei priežiūrai. Tikimybė, kad asmenys, kuriems anksti diagnozuotas ŽIV, perduos virusą kitiems, taip pat yra mažesnė, nes gydantis mažėja užkrečiamumas ir keičiasi seksualinis bei intraveninių narkotikų vartojimo elgesys. Tyrimais dėl ŽIV ir nėščių moterų gydymu galima veiksmingai užkirsti kelią viruso perdavimą iš motinos vaikui. Taigi, ankstyvas diagnozavimas labai naudingas tiek asmeniui, tiek visuomenei ir turėtų būti itin svarbus visuomenės sveikatos priežiūros prioritetas.

Pagrindiniai nacionalinių tyrimų dėl ŽIV strategijų principai

Tyrimai dėl ŽIV turi būti savanoriški, konfidencialūs ir atliekami gavus informuoto asmens sutikimą

Kiekvienam asmeniui turėtų būti suteikta lengvai prieinama galimybė savanoriškai ištirti dėl ŽIV, taip pat būtina dėti specialias pastangas, kad ši galimybė būtų užtikrinta didžiausios rizikos ir labiausiai neapsaugotoms nuo ŽIV grupėms. Joms priklauso žmonės, kurie visuomenėje yra nematomi arba jos atstumti ir kuriuos reikėtų be prievartos ir nepažeidžiant konfidencialumo skatinti išsitiirti dėl ŽIV.

Užtikrinkite gydymo, priežiūros ir prevencijos paslaugų prieinamumą

Viena didžiausių tyrimų dėl ŽIV nauda – galimybė gauti gydymą. Visuotinio gydymo ir priežiūros, prevencijos ir paramos paslaugų prieinamumo užtikrinimas, aiškiai nurodant būdus, turi būti nacionalinių tyrimų dėl ŽIV strategijų pagrindas.

Rodykite politinę valią

Norint, kad strategija turėtų poveikį, reikia, kad tyrimų dėl ŽIV programa taptų vyriausybės prioritetu. Ją reikia paremti finansinėmis investicijomis ir, siekiant užtikrinti lėšų naudojimo ekonominį veiksmingumą, kontroliuoti.

Mažinkite stigmatizaciją

Vis dar su ŽIV siejama gėdos žymė yra didžiulė kliūtis tyrimams, ypač bendruomenėse, kurios stigmatizuotos visuomenėje ir tarp sveikatos priežiūros darbuotojų. Tyrimų dėl ŽIV „normalizavimas“, pvz., jo priartinimas prie kitų atrankinių ar diagnostinių tyrimų, galėtų padėti tai įveikti, tačiau tyrimas turi būti savanoriškas.

Šalinkite teises ir finansines kliūtis

Tyrimų dėl ŽIV strategijoje turėtų būti ieškoma būdų įveikti teises ir finansines tyrimų kliūtis. Tarp šių kliūčių gali būti teisinio persekiojimo už ŽIV platinimą politika ir reikalavimas mokėti už gydymą, kuris asmeniui gali būti neįperkamas. Reikėtų apsvarstyti galimybę priimti antidiskriminacinius teisės aktus ir patvirtinti antidiskriminacines politikos priemones, siekiant užkirsti kelią priverstiniam bet kokios asmenų grupės iš bet kokios aplinkos tyrimui dėl ŽIV, išskyrus privalomus tyrimus kraujo ir audinių donorystės srityje.

Tyrimų dėl ŽIV prieinamumas turi būti neatskiriama nacionalinių strategijų dalis

Į visas nacionalines strategijas, skirtas ŽIV, kitų lytiškai plintančių ligų, virusinių hepatitų, tuberkuliozės, kitų ŽIV buvimo galimybę rodančių ligų prevencijai ir gydymui, turi būti įtraukti tyrimai dėl ŽIV, visų pirma tinkamai nustačius tikslines grupes. Galimybės gerinti savanoriškų konfidencialių tyrimų dėl ŽIV prieinamumą ir jų atlikimą turėtų būti nustatytos ir kitose susijusiose nacionalinėse strategijose, pavyzdžiui, skirtose nėščioms moterims, narkomanams, seksualines paslaugas teikiantiems asmenims ar kalėjimų sveikatos priežiūrai.

Tyrimų dėl ŽIV strategiją renkite ir įgyvendinkite dalyvaujant suinteresuotiesiems subjektams

Aiškindamiesi, ką reikia pasiekti ir kam teikti prioritetus, pasinaudokite nacionalinio ir vietos lygmens informacija apie ŽIV ir su juo susijusiais klausimais. Pasinaudodami šia medžiaga, parenkite strateginius tikslus ir uždavinius, kuriems pritarė susiję su ŽIV ar nuo jo nukentėję asmenys. Kuriant strategiją, kuri leistų sudaryti bendrą tikslų siekiančią koaliciją, turi dalyvauti visi svarbiausi suinteresuotieji subjektai, įskaitant ŽIV užsikrėtusius asmenis, labiausiai nukentėjusių bendruomenių atstovus, pilietinę visuomenę, prevencines tarnybas, patirties tyrimų dėl ŽIV srityje turinčius specialistus ir kitus asmenis, atliekančius konkretų vaidmenį įgyvendinant šią strategiją.

Nacionalinės tyrimų dėl ŽIV strategijos rengimas

Ką reikėtų tirti?

Surinkite duomenis apie ŽIV plitimą savo šalyje ir nustatykite didžiausios rizikos grupes. Veiksmingas nacionalinis požiūris į tyrimus dėl ŽIV turi būti pagrįstas žiniomis apie infekcijos plitimą vietos ir nacionaliniu lygmenimis. Tyrimų programos turėtų būti skirtos tiems asmenims, kuriems gresia infekcijos pavojus, ir pirmenybė turėtų būti teikiama tiems, kuriems rizika yra didžiausia.

Peržiūrėkite epidemiologinės priežiūros ir kitus susijusius duomenis, įskaitant informaciją apie nediagnozuotus ŽIV atvejus ir vėlyvą diagnozę, kad galėtumėte susidaryti vaizdą apie infekcijos plitimą ir jos kitimo tendencijas regioniniu ir nacionaliniu lygmenimis. Kai kurių grupių rizika užsikrėsti ŽIV yra ypač didelė, pavyzdžiui, vyrų, turinčių lytinių santykių su vyrais, intraveninių narkotikų vartotojų, migrantų, ypač iš šalių, kuriose didelis ŽIV paplitimas, visų šių grupių atstovų seksualinių partnerių, vaikų, kurių motinoms diagnozuotas ŽIV. Šios gyventojų grupės ir (arba) jų rizika dažnai yra nematomi arba smerkiami. Būtina atlikti specialius tyrimus, siekiant išsiaiškinti ŽIV paplitimo tose grupėse mastą, išsityrusių dėl ŽIV asmenų procentinę dalį, tiesiogiai su ŽIV susijusias jų žinias, požiūrį beį elgesį, ir gautų duomenų pagrindu planuoti veiksmus, siekiant, kad kuo didesnė dalis šių asmenų būtų ištirti dėl ŽIV.

Be to, reikėtų peržiūrėti papildomus duomenis apie kitas lytiškai plintančias ligas, taip pat – duomenis apie seksualinį ir intraveninių narkotikų vartojimo elgesį visuomenėje ir ŽIV rizikos grupėse.

Kur atlikti tyrimus?

Apgalvokite logistiką

Parenkite planą, kaip bus vykdoma tyrimų dėl ŽIV programa ir išspręskite logistikos problemas. Tarp sprendinų klausimų gali būti šie: kaip veikia sveikatos priežiūros sistema, ar yra galimybė teikti nemokamas sveikatos priežiūros paslaugas, kaip pasirengta dirbti savanorišką visuomenei naudingą darbą, teikti konsultacinę pagalbą ir paramą, kaip užtikrinama, kad būtų reikiamos sveikatos priežiūros grandys ŽIV gydymui gauti, ir kaip garantuojamas konfidencialumas.

Pasirūpinkite, kad tyrimai dėl ŽIV būtų prieinami įvairiose vietose

Pasinaudodami duomenimis apie ŽIV plitimą ir rizikos grupes, priimkite pagrįstus sprendimus dėl to, kur reikėtų teikti tyrimų dėl ŽIV paslaugas. Taip pat panagrinėkite, kas šiuo metu tiriasi dėl ŽIV ir kokiose vietose. Kadangi yra nevienodi poreikiai ir kyla kliūčių tyrimams atlikti, reikia pasiūlyti daug įvairių paslaugų, kad būtų galima maksimaliai padidinti išsityrimo dėl ŽIV prieinamumą. Nustatykite veiksmus, būtinus naujoms tarnyboms steigti arba dabartinių sveikatos priežiūros įstaigų darbo tvarkai ar savanoriško visuomenei naudingo darbo pobūdžiui keisti. Įvertinkite, ar taisyklės, kuriomis gali būti draudžiama tyrimus dėl ŽIV atlikti visuomeninėse įstaigose (pvz., taisyklė, kad tyrimas turi būti atliekamas gydymo įstaigoje, arba reikalavimas, kad tyrimą atliktų tik tam tikri specialistai), gali būti sušvelnintos nesukeliant grėsmės tyrimų kokybei.

Siekite, kad tyrimai dėl ŽIV būtų atliekami:

- specializuotose tyrimų dėl ŽIV tarnybose, suteikiant galimybę lengvai ir saugiai išsityrėti tik dėl ŽIV arba kartu atlikti ir kitus tyrimus;
- įstaigose, kuriose tyrimas dėl ŽIV turėtų būti siūlomas visiems: rizikos grupėms skirtose tarnybose (lytiškai plintančių ligų klinikose, pagalbos intraveninių narkotikų vartotojams tarnybose); moterų klinikose; ŽIV buvimo galimybę rodančių ligų klinikinio diagnozavimo ir valdymo įstaigose ir kitose vietose, kuriose yra (arba manoma, kad yra) daug nediagnozuotų ŽIV atvejų;
- visose kitose sveikatos priežiūros įstaigose, kuriose žmonės galėtų kreiptis dėl ištyrimo arba kurių specialistai būtų pasirengę pasiūlyti tyrimą dėl ŽIV ir būtų budrūs tais atvejais, kuriais tyrimas yra reikalingas;
- tyrimų kabinetuose įvairiose visuomeninėse patalpose, įskaitant paslaugų centrus, kad būtų galima padėti didelės ŽIV rizikos žmonėms, kurie visuomenėje gali būti nematomi arba jos atstumti ir nesikreipti į tradicines sveikatos priežiūros įstaigas. Tokios tarnybos turėtų būti įkurtos dalyvaujant tikslinėms gyventojų grupėms.

Kada atlikti tyrimus?

Pateikite rekomendacijas dėl tyrimų dažnumo

Rekomenduojama dažniau tirti asmenis, kuriems būdingas nuolatinis riziką keliantis elgesys. Pavyzdžiui, kai kuriose šalyse rekomenduojama, kad vyrai, turintys lytinių santykių su vyrais, turėtų tirti kasmet arba dažniau – tai priklauso nuo jų seksualinio elgesio. Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centro (angl. EMCDDA) dabartinėse gairėse rekomenduojama intraveninių narkotikų vartotojams tyrimus dėl ŽIV siūlyti reguliariai, ne rečiau kaip kas 6–12 mėnesių.

Kaip atlikti tyrimus?

Geriau informuokite visuomenę

Tam, kad visuomenė ir ypač didelės ŽIV rizikos grupės kreiptųsi dėl ŽIV tyrimų ir jiems tai būtų priimtina, reikia, kad jos suprastų šių tyrimų naudą. Būtinai strateginis požiūris į informacijos teikimą naudojant įvairius informavimo

kanalus. Siekiant geriau informuoti visuomenę, būtų galima pasinaudoti aiškiai matoma aukšto lygio nuomonės formuotojų, pavyzdžiui, politikų, visuomenės veikėjų ir garsenybių, parama, taip pat tyrimus dėl ŽIV palaikančia ir tikslią informaciją apie juos teikiančia žiniasklaida.

Užtikrinkite konfidencialumą

Konfidencialumas yra esminis sveikatos priežiūros principas, tačiau, dėl su ŽIV siejamos gėdos ir elgsenos, turinčios įtakos ŽIV plitimui, jis ypač svarbus atliekant tyrimus dėl ŽIV. Todėl reikėtų laikytis atitinkamų profesinių rekomendacijų ir nacionalinių teisinių reikalavimų. Konfidencialumo trūkumas gali trukdyti pasinaudoti tyrimų dėl ŽIV paslaugomis. Įveikti šią kliūtį gali padėti aiški konfidencialumo politika ir viešai skelbiama informacija apie įstaigų, kuriose atliekami tyrimai dėl ŽIV, veiklos principus. Tyrimai dėl ŽIV visada turėtų būti siūlomi ir aptariami asmeniškai. Turi būti suteikta anoniminio išsityrimo galimybė.

Geriau informuokite specialistus ir parenkite darbuotojus

Taikant specialų parengimą galima pagerinti specialistų informuotumą, pasitikėjimą ir kompetenciją tyrimų dėl ŽIV srityje. Tyrimus dėl ŽIV gali pasiūlyti bet kuris tinkamai parengtas ir kvalifikuotas sveikatos priežiūros darbuotojas, be to, plečiant tyrimų apimtį prireiks daugiau darbo jėgos, galinčios su pasitikėjimu ir kompetentingai juos pasiūlyti. Esant tinkamam parengimui ir kokybės užtikrinimui, tyrimus dėl ŽIV gali siūlyti ir kitų nei sveikatos priežiūros sričių darbuotojai. Visi darbuotojai turi suprasti tyrimų dėl ŽIV naudą ir įveikti kliūtis, kurios trukdo jų gebėjimui ar norui pasiūlyti atlikti tyrimus. Šios kliūtys – pasitikėjimo stoka, vengimas kalbėti apie lytinius santykius ir elgseną, kuri laikoma gėdinga, nerimas dėl ŽIV patvirtinančių rezultatų ir diskriminacinis požiūris į žmones, galinčius užsikrėsti ar užsikrėtusius ŽIV.

Aptarimas prieš tyrimą

Patvirtinta, kad trumpas pokalbis prieš tyrimą aptariant tyrimo dėl ŽIV naudą ir praktinius jo atlikimo aspektus bei rezultatų pateikimą yra tinkama ir veiksminga priemonė, padedanti didinti tyrimų dėl ŽIV skaičių. Pagrindinis aptarimo tikslas – gauti informuoto asmens sutikimą, kuris turi būti dokumentuotas, bet asirašytas raštiškas sutikimas nėra privalomas. Tai atitinka reikalavimus atliekant kitus medicininius tyrimus, ir taip stengiamasi normalizuoti tyrimus dėl ŽIV. Prieš siūlant tyrimą dėl ŽIV nereikalinga surinkti išsamios seksualinio elgesio ar intraveninių narkotikų vartojimo anamnezės. Tačiau gali būti reikalinga įvertinti kai kurių asmenų arba įstaigų, kurių paslaugos susijusios su seksualine sveikata ir narkomanijos gydymu, klientų riziką arba jiems skirti išsamesnę konsultacinę paramą, ypač tais atvejais, kai susiduriama su nuolatine rizika. Tokia paslauga turėtų būti visada prieinama, ir darbuotojai turėtų žinoti, kaip asmenį nukreipti pas kvalifikuotus specialistus.

Naudokite tinkamas tyrimų technologijas

Surinkite informaciją apie galimus tyrimų dėl ŽIV metodus ir įvertinkite tyrimų, atliekamų skirtingose vietose, privalumus, įskaitant greitus testus. Tyrimų technologijos nuolat tobulinamos, todėl reguliariai peržiūrint galimus tyrimo metodus reikia remtis ekspertų konsultacija. Visi pirminiai teigiami tyrimų rezultatai turi būti patvirtinami papildomais tyrimais, laikantis PSO rekomendacijų. Siekiant užtikrinti aukštą tyrimų atlikimo kokybę, metodologinę standartizaciją ir patikimumą, būtinos nacionalinės minimalaus standarto taikymo gairės diagnostinių tyrimų kokybei garantuoti.

Visada pateikite rezultatus

Reikėtų dėti visas pastangas siekiant užtikrinti, kad dėl ŽIV iširtiems asmenims būtų praneštas tyrimo rezultatas, nepaisant to, ar jis teigiamas, ar neigiamas. Asmeniui pateikiant ŽIV patvirtinančius rezultatus, užtikrinkite jam galimybę kreiptis į darbuotojus, kurie teikia konsultacinę paramą po tyrimų, ir nukreipkite jį į atitinkamas ŽIV gydymo ir paramos paslaugų grandis. Didelės ŽIV rizikos asmenys, kurių tyrimų rezultatas neigiamas, taip pat gali pasinaudoti konsultacine parama ir būti nukreipti į atitinkamas prevencijos tarnybas.

Užtikrinkite ŽIV gydymo, priežiūros ir prevencijos prieinamumą

Antiretrovirusinio gydymo prieinamumas

Visų tyrimo dėl ŽIV programų svarbiausias elementas – aiškūs mechanizmai, užtikrinantys, kad asmenys, kuriems ŽIV testas teigiamas, būtų įtraukti į ŽIV gydymo ir priežiūros sistemą. Visoje Europoje turėtų būti visuotinai prieinamas antiretrovirusinis gydymas. Negalėjimas įpirkti gydymo neturėtų užkirsti kelio jį gauti, todėl būtina rasti sprendimus, kaip įveikti šią visuotinio prieinamumo kliūtį. Visose tyrimų dėl ŽIV vietose turėtų būti teikiama informacija apie tai, kur kreiptis toliau, siekiant užtikrinti, kad asmenys, sužinoję teigiamus ŽIV testo rezultatus, skubiai gautų specialisto konsultaciją. Šioje konsultacijoje turėtų būti įvertinta, kada pradėti antiretrovirusinį gydymą, ir kiti sveikatos bei socialinės priežiūros ir paramos poreikiai.

Konsultacinės ir socialinės paramos ir prevencijos paslaugų prieinamumas

Pranešus apie teigiamą tyrimo rezultatą, turėtų būti iškart prieinama konsultacinė ir socialinė parama. Asmenys, kuriems diagnozuotas ŽIV, turėtų būti nukreipiami specialistų priežiūrai, pasirūpinant tolesnio ŽIV plitimo prevencija. Asmenims, kuriems ŽIV nepatvirtintas, esant didelei nuolatinei ŽIV rizikai ar jiems paprašius taip pat turėtų būti suteikiama konsultavimo ir paramos ŽIV prevencijai galimybė.

Tolesni veiksmai: stebėseną ir vertinimą

Stebėseną ir vertinimą – svarbiausia tyrimų dėl ŽIV programos sudedamoji dalis, užtikrinanti, kad programa atitiktų paskirtį, ir garantuojanti aukštos kokybės ŽIV tyrimus. Gerai parengta stebėsenos ir vertinimo sistema teiks informaciją politikos kryptims kurti, leis gerinti tyrimų kokybę bei veiksmingumą ir padės ateityje geriau paskirstyti programos išteklius. Į nacionalinius epidemiologinės priežiūros duomenis turėtų būti įtraukiami diagnozuoti nauji atvejai ir procentinė dalis asmenų, kuriems ŽIV diagnozuotas vėlai. Nediagnozuotų atvejų skaičiaus nustatymas svarbus vertinant programos veiksmingumą. Plečiant tyrimų mastą ir juos atliekant naujose vietose, prireiks griežtos stebėsenos ir vertinimo, kad būtų užtikrinta aukšta tyrimų dėl ŽIV kokybė. Tyrimus dėl ŽIV skatinančių veiksmų vietos lygmeniu sėkmė gali būti vertinama pagal penkis kriterijus: įgyvendinamumas, priimtumas, veiksmingumas bei ekonomiškumas, apimtos tikslinės gyventojų grupės ir tvarumas (angl. FACTS). Aiškūs, tiksliai apibrėžti ir kiekybiškai įvertinami rodikliai gali padėti vykdyti šių kriterijų kontrolę ir suteikti standartizuotą formą vietos ir (tarp)nacionalinio lygmenų rezultatų ataskaitoms.

Epidemiologinės priežiūros ataskaitos

5. Tuberkuliozės epidemiologinė priežiūra 2008 m.

(paskelbta 2010 m. kovo mėn.)

Nuo 2008 m. sausio 1 d. Europos ligų prevencijos ir kontrolės centras (ECDC) ir PSO Europos regioninis biuras bendrai koordinuoja tuberkuliozės epidemiologinės priežiūros veiklą Europoje. Jų tikslas – užtikrinti aukštą standartizuotų duomenų apie tuberkuliozę, apimančių visas 53 PSO Europos regiono valstybes ir Lichtenšteiną, kokybę.

PSO Europos regionas

2008 m. 50-yje iš 54 PSO Europos regiono valstybių² užregistruoti 461 645 (52,2 atvejo 100 000 gyventojų) tuberkuliozės atvejai, kurie sudaro apie 6 proc. visame pasaulyje užregistruotų ir PSO pateiktų tuberkuliozės atvejų. Nuo 2004 m. bendras pranešimų apie tuberkuliozės skaičius Europos regione toliau didėja. Tačiau bendras pranešimų apie tuberkuliozės skaičius 18-oje prioritetinių šalių³ nuo praėjusių metų sumažėjo 3,9 proc. – iki 87,6 proc. visų tuberkuliozės atvejų skaičiaus, o visame Europos regione bendras pranešimų apie tuberkuliozės skaičius nuo 2007 iki 2008 m. sumažėjo 2,6 proc. Pranešimų apie naujai diagnozuotus tuberkuliozės atvejus skaičiaus sumažėjimas 4 proc. nuo 2007 m. leidžia manyti apie tuberkuliozės plitimo regione sulėtėjimą. Anksčiau gydytų atvejų procentinė dalis nuo 2007 m. taip pat sumažėjo nuo 31,7 iki 29,8 proc.

Amžiaus grupė, kurioje diagnozuota daugiausia naujų tuberkuliozės atvejų (42,0 proc.) regione, yra 25–44 metų.

Užregistruotų tuberkuliozės atvejų, kai kartu nustatyta ŽIV infekcija, skaičius, padaugėjęs tyrimų dėl sustiprinto ŽIV priežiūros paslaugų teikimo tuberkulioze sergantiems pacientams prioritetinėse šalyse, išaugo beveik du kartus – nuo 5 828 2006 m. iki 11 395 2008 m. Tuo pačiu laikotarpiu nenustatyta pastebimo užregistruotų tuberkuliozės atvejų, kai kartu nustatyta ir ŽIV infekcija, skaičiaus padidėjimo neprioritetinėse šalyse.

Dėl geriau atliekamų jautrumo vaistams tyrimų (angl. DST) visame regione 2008 m. užregistruotų keliems vaistams atsparios tuberkuliozės atvejų skaičius nuo pernai padidėjo du kartus, o tarp diagnozuotų naujų tuberkuliozės atvejų keliems vaistams atspari tuberkuliozė sudarė 11,1 proc. Didžiausias keliems vaistams atsparios tuberkuliozės atvejų skaičius regione nustatytas prioritetinėse šalyse, esant 13,8 proc. paplitimui tarp naujai diagnozuotų atvejų (penkis kartus daugiau nei užregistruota ES ir EEE šalyse) ir daugiau nei 50 proc. – tarp anksčiau gydytų atvejų (daugiau nei du kartus daugiau nei ES ir EEE šalyse).

Sėkmingai gydytų dalis tarp naujai diagnozuotų laboratoriskai patvirtintų tuberkuliozės atvejų 2007 m. sumažėjo iki 70,7 proc. (palyginti su 73,1 proc. atvejų, užregistruotų 2006 m.); 9,0 proc. atvejų gydymas buvo nesėkmingas, 8,4 proc. pacientų mirė ir 6,9 proc. atkrito per tolesnio stebėjimo laikotarpį. Sėkmingai gydytų atvejų procentinė dalis ES ir EEE šalyse yra didesnis nei kitose šalyse – atitinkamai 79,5 ir 67,5 proc. 18-oje prioritetinių šalių gydymas buvo sėkmingas tik 69,2 proc. naujai diagnozuotų laboratoriskai patvirtintų tuberkuliozės atvejų, o tai gerokai mažiau nei tuberkuliozės sustabdymo strategijoje iškeltas 85 proc. tikslas.

Mirtingumo nuo tuberkuliozės rodiklis sumažėjo 45 proc. nuo 9,0 atvejų 100 000 gyventojų 2005 m. iki 5,0 atvejų 100 000 gyventojų 2007 m. Proporcingai panašus sumažėjimas nustatytas ES ir EEE šalyse, taip pat prioritetinėse šalyse. Tačiau mirtingumas prioritetinėse šalyse išliko beveik 15 kartų didesnis nei ES ir EEE šalyse.

Europos Sąjungos ir Europos ekonominės erdvės šalys⁴

2008 m. 26-iose Europos Sąjungos (ES) valstybėse (visose, išskyrus Austriją) ir dviejose Europos ekonominės erdvės (EEE) šalyse (Islandijoje ir Norvegijoje) užregistruota 82 611 tuberkuliozės atvejų; tai 615 atvejų mažiau nei 2007 m. Daugiau kaip 80 proc. tuberkuliozės atvejų diagnozuota aštuoniose šalyse, kurių kiekviena (Bulgarija, Prancūzija, Vokietija, Italija, Lenkija, Rumunija, Ispanija ir Jungtinė Karalystė) pranešė apie 3 000 ar daugiau atvejų.

Bendras užregistruotų atvejų rodiklis 2008 m. buvo 16,7 atvejo 100 000 gyventojų, mažesnis nei 20 atvejų 100 000 gyventojų nustatytas 21-oje šalyje ir didesnis nei 20 atvejų 100 000 gyventojų - Rumunijoje (115,1), Baltijos šalyse (Lietuvoje (66,8), Latvijoje (47,1) ir Estijoje (33,1)), Bulgarijoje (41,2), Portugalijoje (28,2) ir

² Nėra duomenų iš Monako, San Marino, Austrijos ir Lichtenšteino; Lichtenšteinas į šią ataskaitą įtrauktas, tačiau tik kaip EEE šalis, nes jis nėra PSO Europos regiono valstybė.

³ Armėnija, Azerbaidžanas, Baltarusija, Bulgarija, Estija, Gruzija, Kazachstanas, Kirgizstanas, Latvija, Lietuva, Moldavija, Rumunija, Rusija, Tadžikistanas, Turkija, Turkmėnistanas, Ukraina, Uzbekistanas.

⁴ 27 ES valstybės narės, Islandija, Lichtenšteinas ir Norvegija.

Lenkijoje (21,2). Bendras užregistruotų atvejų rodiklis buvo 1,2 proc. mažesnis nei 2007 m. (pranešimus buvo teikusiose 28-ios šalys), o tai rodo bendrą mažėjimo tendenciją 17-oje šalių.

Tačiau ženklus registruotų atvejų rodiklio padidėjimas nustatytas Maltoje (28,8 proc.), Islandijoje (19,8 proc.) ir Kipre (12,2 proc.), tam tikras padidėjimas – Švedijoje (4,9 proc.) ir Jungtinėje Karalystėje (2,8 proc.); daugiausiai dėl įvežtinių atvejų. 2008 m. 22,4 proc. sergančiųjų (skirtingose šalyse ši procentinė dalis svyruoja nuo 0 iki 88 proc.) buvo kilę iš kitų šalių, iš jų daugiau kaip du trečdaliai – iš Azijos arba Afrikos.

ŽIV paplitimas tarp sergančiųjų tuberkulioze nuo 2006 iki 2008 m. padidėjo Estijoje (nuo 9,0 iki 9,9 proc.), Latvijoje (nuo 3,4 iki 6,7 proc.) ir Maltoje (nuo 3,7 iki 9,4 proc.). Kitų šalių pateiktais duomenimis, ŽIV paplitimas tarp sergančiųjų tuberkulioze šešiose šalyse buvo iki 1 proc., trijose šalyse – 2–5 proc., dviejose šalyse – 5–8 proc. ir vienoje šalyje – 14,6 proc.

Baltijos šalyse keliems vaistams atsparios tuberkuliozės atvejai paplitę labiausiai (15,6–21,3 proc. per visas tris valstybes), antroje vietoje – Rumunija, kuri duomenis pateikė pirmą kartą (14,7 proc.). Kitose šalyse užregistruotas žemesnis keliems vaistams atsparios tuberkuliozės atvejų paplitimas (0–5 proc.), tai būdinga tarp atvejų nustatytų asmenims, kilusiems iš kitų šalių. Iš 14 šalių, pateikusių duomenis apie ypač didelį atsparumą vaistams, Rumunijoje užregistruotas didžiausias tokių atvejų skaičius (iš viso 54 atvejai), o Latvijoje ir Estijoje – didžiausią procentinę dalį ypač didelio atsparumo vaistams tuberkuliozės atvejai sudaro tarp keliems vaistams atsparios tuberkuliozės atvejų (atitinkamai 14,7 ir 12,2 proc.); palyginti su 2007 m., Latvijoje užregistruotas staigus ypač didelio atsparumo vaistams atvejų padidėjimas – nuo 6 iki 19 (nuo 6,1 iki 14,7 proc.).

Dvidešimt dvi šalys pateikė 2007 m. plaučių tuberkuliozės atvejų gydymo rezultatų stebėsenos duomenis. Iš anksčiau negydytų, mikrobiologiškai patvirtintų plaučių tuberkuliozės atvejų 79,5 proc. sergančiųjų gydymas buvo sėkmingas. Sėkmingo gydymo rezultatų buvo daug mažiau tarp anksčiau gydytos tuberkuliozės atvejų (51,8 proc.) ir tarp keliems vaistams atsparios, mikrobiologiškai patvirtintos plaučių tuberkuliozės atvejų gydytų 24 mėnesių laikotarpį (30,9 proc.).

6. Gripo epidemiologinė priežiūra Europoje 2008–2009 m. (nuo 2008 m. 40-os savaitės iki 2009 m. 39-os savaitės)

(paskelbta 2010 m. gegužės mėn.)

2008–2009 m. gripo sezonas Europoje prasidėjo 2008 m. 48-ą savaitę, kiekvienoje paveiktoje šalyje truko apie 10 savaitių ir, baigėsi 2009 m. 16-ą savaitę; gripas plito per visą žemyną iš vakarų į rytus. Savaitinių pasirinktinės epidemiologinės priežiūros teigiamų gripo mėginių tyrimo rezultatai dėl pasiskirstymo pagal nustatomus tipus ir potipiui, leido padaryti išvadą apie du persidengiančius pikus: pradžioje vyravo gripas A(H3N2), vėliau jį pakeitė gripas B; B tipo virusas įsivyravo pasibaigus 2009 m. aštuntai savaičiai. Nustatyta, kad cirkuliuojančių gripo A(H3N2) ir gripo A(H1N1) virusai antigenine sudėtimi buvo labai artimi 2008–2009 m. gripo vakcinose, sirtos naudoti Šiaurės pusrutulyje, antigeninei sudėčiai, tuo tarpu kai dauguma išsirtų B tipo virusų buvo *Victoria* kilmės ir neatitiko vakcinose sudėtyje esančio gripo B komponento – *Yamagata* kilmės viruso. Tačiau, turint galvoje gana nedidelį B tipo viruso paplitimą šio sezono metu, mažai tikėtina, kad ši neatitiktis turėjo reikšmingą poveikį visuomenės sveikatai.

2009 m. pandemio gripo A(H1N1) atvejai Europoje pradėti registruoti 2009 m. 16-ą savaitę. Iki 39-os savaitės visose ES valstybėse narėse, Islandijoje, Lichtenšteine ir Norvegijoje iš viso užregistruoti 53 658 patvirtinti šio gripo atvejai, tarp jų – 175 mirtys 14-oje šalių. Duomenų apie kiekvieną atvejį analizė parodė, kad ligoniai buvo 0–90 metų amžiaus (vidutinis amžius – 19 metų), 78 proc. buvo jaunesni nei 30 metų, o 5–19 metų mokyklinio amžiaus vaikai sudarė 47 proc. visų atvejų. Dauguma atvejų (96 proc.) ligoniai neturėjo nustatytų kokių nors lėtinių sveikatos sutrikimų. Tarp tų, kurie tokių sutrikimų turėjo, dažniausiai nurodyta lėtinės plaučių ligos, kuri sudarė 30 proc. visų atvejų, turinčių lėtinių sveikatos sutrikimų. Plaučių uždegimas, kaip komplikacija, nurodytas 0,6 proc. pandemio gripo atvejų, bendras hospitalizacijos rodiklis – 13 proc., 0,03 proc. registruotų ligonių mirė.

Integruotas Europos gripo klinikinės ir virusologinės priežiūros tinklas (angl. EISN) įrodė savo veiksmingumą – laiku nustatant 2008–2009 m. gripo sezono pradžią, stebint jo eigą ir apibūdinti pagrindinius gripo virusologinius požymius. Europoje užregistravus pirmus ligos atvejus, pirmi 2009 m. pandemio gripo virusai, nustatyti pasirinktinės ir nepasirinktinės gripo epidemiologinės priežiūros pacientams, buvo patvirtinti atitinkamai per vieną ir per tris savaites. Tačiau pasirinktinė epidemiologinė į gripą panašių susirgimų ir ūminių kvėpavimo takų infekcijų priežiūra aiškų sergamumo pasidėjimą leido nustatyti tik po dešimties savaitių. Net 2009 m. 39-ą savaitę, kai pandemio gripo atvejai buvo užregistruoti visose ES valstybėse narėse, Islandijoje, Lichtenšteine ir Norvegijoje, viršijantis bazinį į gripą panašių susirgimų ir ūminių kvėpavimo takų infekcijų sergamumo lygį, sergamumas buvo nustatytas tik devyniose iš 29 šalių, teikiančių duomenis EISN.

Norint didinti epidemiologinės priežiūros jautrumą, reikėtų daugiau pasirinktinę gripo epidemiologinę priežiūrą atliekančių gydytojų, taip pat reikėtų šalinti kitus sisteminius trūkumus. Siūlomi šie gripo epidemiologinės priežiūros sistemos Europoje pokyčiai:

- toliau skatinti standartizuotą duomenų teikimą apie į gripą panašių susirgimų ir ūminių kvėpavimo takų infekcijų sergamumo intensyvumą, geografinį paplitimą ir tendencijas;
- epidemiologinę į gripą panašių susirgimų ir ūminių kvėpavimo takų infekcijų priežiūrą papildyti sunkių ūminių kvėpavimo takų infekcijų (SŪRI) epidemiologine priežiūra;
- įvesti standartizuotas „epideminis slenksčius“ pasirinktinėi epidemiologinei į gripą panašių susirgimų ir ūminių kvėpavimo takų infekcijų priežiūrai;
- toliau plėtoti mirtingumo dėl įvairių priežasčių epidemiologinę priežiūrą Europos lygmeniu ir reguliariai skelbti informaciją.

7. Invazinių bakterinių ligų epidemiologinė priežiūra Europoje 2007 m.

(paskelbta 2010 m. spalio mėn.)

Šioje ataskaitoje aprašyta *Haemophilus influenzae* ir *Neisseria meningitidis* bakterijų sukeltų invazinių bakterinių ligų epidemiologiniai ypatumai Europos Sąjungos (ES) valstybėse narėse 2007 m. Paskirtųjų nacionalinių kontaktinių asmenų buvo paprašyta teikti duomenis pagal atnaujintą invazinių bakterinių infekcijų (IBI) duomenų rinkimo formą, kuri buvo parengta 2008 m. remiantis ankstesne ES-IBIS duomenų baze. Į šią duomenų rinkimo formą įeina kiekvieno atvejo informacija apie epidemiologines ir laboratorinių tyrimų kintamąsias, ir ji padalinta, viena dalis apima pagrindinių kintamųjų, taikomų visoms ES registruojamoms ligoms, rinkinį, kita dalis - patobulintą kintamųjų, taikomų invazinei *Haemophilus influenzae* infekcijai ir invazinei meningokokinėi infekcijai, rinkinį. Siekiant palengvinti duomenų teikimą, 2008 m. birželio mėn. valstybėms narėms buvo surengti mokymai internetu, taip pat prieš tai buvo pateikta mokomoji vaizdo įrašų ir kita medžiaga.

Iš 30 ES ir EEE valstybių 27 valstybės pateikė duomenis apie invazinę *Haemophilus influenzae* infekciją ir 19 valstybių – apie invazinę meningokokinę infekciją.

Invazinė *Haemophilus influenzae* infekcija

- 2007 m. užregistruota iš viso 2 058 invazinės *Haemophilus influenzae* infekcijos atvejai. Atvejų registravimo rodiklis valstybėse narėse skyrėsi: Šiaurės šalyse buvo aukštesni ir išlieka jų didėjimo tendencija nei likusioje Europos dalyje. Tačiau daugumoje šalių infekcijų atvejų rodiklis išliko mažesnis nei vienas atvejis 100 000 gyventojų. Didžiausias atvejų registruotavimo rodiklis nustatytas tarp jaunesnių nei 1 metų amžiaus kūdikių (3 atvejai 100 000 gyventojų, 118 atvejų). Nors nuo 1999 iki 2007 m. stebima ryški B tipo infekcijų tarp kūdikių mažėjimo tendencija (nuo 3 atvejų 100 000 gyventojų iki vieno atvejo 100 000 gyventojų), per tą patį laikotarpį padaugėjo kapsulės neturinčių bakterijos padermių infekcijos atvejų registravimo rodiklis (nuo 1,5 atvejo 100 000 gyventojų iki 2,5 atvejo 100 000 gyventojų).
- 67 proc. visų invazinių *Haemophilus influenzae* infekcijų, užregistruotų 2007 m., sukėlė kapsulės neturinčios bakterijos padermės. Pastaraisiais metais registruojama kapsulės neturinčių bakterijos padermių skaičiaus didėjimą iš dalies galima paaiškinti tuo, kad geriau išaiškinami atvejai ir padidintas epidemiologinės priežiūros jautrumas – kelios valstybės narės tai patvirtino dokumentais. Tačiau kelerius pastaruosius metus ES realus stebimas faktinis užregistruotų atvejų skaičiaus didėjimas, yra nulemtas serotipų, kuriems nėra vakcinų (kito nei B serotipo ir kapsulės neturinčių padermių). Pradėjus naudoti B tipo *Haemophilus influenzae* infekcijos (Hib) konjuguotą vakciną ir sumažėjus Hib infekcijų, padidėjo atvejų, kuriuos sukelia kitos nei B serotipo bakterijos padermės, dalis tarp visų registruojamų invazinių *Haemophilus influenzae* infekcijos atvejų. Tačiau, kitaip nei pneumokokinės konjuguotos vakcinų skiepavimo programoje, šiuo atveju nėra nuoseklių ir tvirtų įrodymų, kad dėl viusotinio kūdikių skiepavimo Hib vakcina pasikeitė bakterijos serotipas, sukeliantis ligas ar bakterijų nešiotojimą. Neseniai Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) paskelbė poziciją dėl Hib konjuguotos vakcinų ir joje padarė išvadą, kad „kol kas nepastebėta aiškiausių požymių dėl bakterijos padermės pasikeitimo, vykdant plataus masto Hib skiepimus“.
- Kalbant apie užregistruotus absoliučius skaičius, pastebėtas infekcijos atvejų „pasislinkimas“ į vyresnio amžiaus grupę. 46 proc. visų 2007 m. užregistruotų atvejų buvo tarp vyresnių kaip 65 metų suaugusiųjų; šie rezultatai atitinka JAV atlikto tyrimo, atkreipiančio dėmesį į sergamumą invazine *Haemophilus influenzae* infekcija padidėjimą 1996–2004 m., išvadas. Epidemiologiniai *Haemophilus influenzae* infekcijos ypatumai taip pat pasikeitė: anksčiau šia liga dažniausiai sirgdavo vaikai ir vyravo bakterijos serotipas B, o dabar dažniausiai serga suaugusieji ir vyrauja netipuojamos bakterijos padermės.
- 2007 m. beveik 60 proc. ligos atvejų užregistruota tarp paskiepytų asmenų, kaip įprasta, kai skiepavimo mastas populiacijoje yra didelis. Didžioji šių paskiepytų asmenų dalis buvo 1–4 metų amžiaus vaikai, o 27 proc. atvejų – iki vienerių metų amžiaus. Remiantis turimais duomenimis sunku įvertinti, ar šiuos atvejus galima klasifikuoti kaip neveiksmingo skiepavimo atvejus; norint išsamiau nagrinėti šiuos duomenis, reikėtų turėti daugiau informacijos. Papildomų duomenų šia tema suteikė EU-IBIS atliktas tyrimas, kuriame išnagrinėti neveiksmingo skiepavimo Hib vakcina atvejai, nustatyti 1996–2001 m. epidemiologinę priežiūros sistemose Europoje, Izraelyje ir Australijoje, ir aprašyti klinikiniai bei laboratoriniai ligos požymiai didelėse ir įvairiose populiacijose, kuriose taikomos skirtingi skiepavimo kalendoriai.

Jungtinėje Karalystėje Hib infekcija vėl tapo aktuali, registruojama daug nesėkming skiepavimo atvejų.

Invazinė meningokokinė infekcija

- 2007 m. ES ir EEE šalyse užregistruoti 5 583 invazinės bakterinės ligos, kurią sukėlė *Neisseria meningitidis* bakterija, atvejai; bendras užregistruotų atvejų rodiklis – 1,12 atvejo 100 000 gyventojų. Registruotų atvejų rodiklis valstybėse narėse skyrėsi: Airijoje ir Jungtinėje Karalystėje buvo didesnis nei likusioje Europos

dalyje, nors abiejose minėtose šalyse stebima pastovi mažėjimo tendencija. Be šių dviejų šalių, kitose šešiose valstybėse narėse (Belgijoje, Danijoje, Nyderlanduose, Ispanijoje, Lietuvoje ir Maltoje) užregistruotas rodiklis didesnis kaip 1 atvejis 100 000 gyventojų. Daugiausia invazinės meningokokinės infekcijos atvejų – tarp kūdikių ir vaikų, 50 proc. atvejų užregistruota tarp jaunesnių nei 10 metų amžiaus vaikų. Didžiausi rodikliai tarp kūdikių iki vienu metų užregistruoti Airijoje ir Jungtinėje Karalystėje – atitinkamai 74,5 atvejo 100 000 gyventojų ir 46,6 atvejo 100 000 gyventojų.

- Kaip ir *Haemophilus influenzae* infekcijos atveju, pateiktų rodiklių nevienalytiškumą galima paaiškinti keliomis galimomis priežastimis: epidemiologinės priežiūros sistemų jautrumo padidimu; kiekvienoje valstybėje narėje registruojama klinikinė infekcijos forma (t. y. sepsis, meningitas arba abu); naudojamų atvejų apibrėžčių skirtumais; skirtingais laboratorijų pajėgumais ar skirtinga sveikatos priežiūros praktika užtikrinant ankstyvą kraujo mėginių ėmimą. Šiuo metu Europos ligų prevencijos ir kontrolės centras (ECDC) dar neturi išsamos pagrindinių šių skirtumų priežasčių apžvalgos, todėl rekomenduoja atsargiai lyginti skirtingose valstybėse užregistruotų atvejų rodiklius pagal serogrupę ir amžių.
- Atvejų, kai nėra informacijos apie serogrupę, dalis yra didelė, ypač Rytų Europos šalyse. Tačiau serogrupės nustatymas laikui bėgant pagerėjo – per pastaruosius penkerius metus atvejų, kai nežinoma serogrupė, skaičius smarkiai sumažėjo nuo 1 448 atvejų 2003 m. iki 559 atvejų 2007 m. 2007 m. pagrindinis invazinės meningokokinės infekcijos sukėlėjas Europoje buvo B serogrupės meningokokas, kuris sudarė 90 proc. visų serogrupių meningokokų, nustatytų atvejams užregistruotiems tarp jaunesnių nei 4 metų amžiaus vaikų. Šalyse, kuriose naudojama C grupės meningokokinės infekcijos vakcina, visose amžiaus grupėse vyrauja B grupės meningokokinė infekcija, visų pirma tarp jaunesnių nei vienu metų kūdikių ir 1–4 metų amžiaus grupėse (atitinkamai 73 ir 81 proc. atvejų), kurios yra tikslinės skiepavimo nuo C serogrupės meningokoko grupės.
- Šalyse, kuriose skiepijama C grupės meningokokine vakcina, C serogrupės sukeliama atvejų dalis tarp visų atvejų labai sumažėjo per keletą metų po vakcinacijos į nacionalinius skiepavimo kalendorius, ypač tikslinėse skiepavimo grupėse. Atrodo, kad tuo vyresnis amžius, tuo C serogrupės sukeltų atvejų dalis didesnė; tai būtų galima paaiškinti mažesniu skiepavimo mastu vyresniųjų grupėse ir tuo, kad bėgant metams po pirminės imunizacijos vakcinacijos veiksmingumas mažėja.
- Vis daugiau šalių pradėjus naudoti molekulinės technologijas, informacijos apie bakterijų padermių serotipus ir potipius daugėja. Tačiau mėginių, kuriuose nurodytas bakterijos serotipas ir potipis, skaičius vis dar yra nedidelis, todėl šiuos rezultatus reikėtų aiškinti atsargiai. Daugiausia mėginių, apie kuriuos pranešant nurodytas bakterijos serotipas ir potipis, yra iš Prancūzijos, Jungtinės Karalystės ir Belgijos.

Pagrindinės išvados

Apskritai sergamumas abiem ligomis ir toliau mažėja, ypač mažų vaikų amžiaus grupėje, kuri yra tikslinė skiepavimo programų grupė. Tačiau Europoje daugėja sergančiųjų, įskaitant ir mažus vaikus, infekcijomis, sukeltomis bakterijų serotipų ir potipių, kuriems vakcinų nėra, ir ši tendencija turi būti atidžiai stebima.

Kadangi skiepavimo nuo abiejų infekcijų mastas didelis, suserga ir paskiepyti asmenys. Deja, nėra sukaupta pakankamai duomenų, kad būtų galima atlikti išsamią neveiksmingo skiepavimo atvejų analizę ar padaryti kokias nors išvadas apie susirgusių paskiepytų asmenų procentinę dalį tose šalyse, kuriose vykdoma skiepavimo programa, ir tose, kuriose tai nedaroma. Taip yra dėl to, kad bendra trūkstamų duomenų apie skiepimą dalis yra labai didelė ir duomenų apie gimimo datą, gautų vakcinacijos dozių skaičių ir paskutinės gautos dozės datą nėra. Be to, visa informacija, kuri reikalinga neveiksmingo skiepavimo atvejui konstatuoti, dar nėra įtraukta į duomenų rinkimo formą (kaip pvz., gimimo data, vakcinacijos dozių skaičius ir jų gavimo datos).

Siekiant pagerinti dalyvaujančių šalių duomenų palyginamumą, reikia labiau standartizuoti laboratorinius metodus, skirtus infekcijos atvejams nustatyti, ir vietas lygmeniu taikyti bendras atvejo apibrėžtis epidemiologinės priežiūros tikslais. Europos šalyse bus vis labiau prieinami genotipų nustatymo metodai, kurie leis pagerinti epidemiologinės priežiūros duomenų supratimą; vis dėlto tam reikia glaudesnio laboratorijų ir epidemiologijos centrų bendradarbiavimo nacionaliniu ir Europos lygmenimis. Šioje srityje 2008 m. Europos institucijų konsorciumas, koordinuojamas Viurcburgo universiteto (Vokietija), paskelbė konkurso „Invazinių bakterinių ligų laboratorinė epidemiologinė priežiūra ir išorinės kokybės užtikrinimas ES“ laimėtoją; šis projektas vykdomas jau antrus metus. Jis skirtas ne tik išorinės kokybei užtikrinti ir mokytį, bet visų pirma laboratorijų pajėgumui didinti, harmonizuoti valstybėse narėse ir laboratorijų ir visuomenės sveikatos institucijų bendradarbiavimui stiprinti ES. Viena pagrindinių projekto vykdytojų veiklos sričių – skatinti taikyti molekulinės tipavimo metodus, atliekant įprastinę epidemiologinę priežiūrą.

8. Europos užkrečiamųjų ligų epidemiologinės priežiūros 2010 m. ataskaita

(paskelbta 2010 m. lapkričio mėn.)

Šioje ataskaitoje pateikiama 27 ES šalių narių ir 3 EEE ir (arba) ELPA šalių (Islandija, Lichtenšteinas ir Norvegija), 2008 m. duomenų, analizė. Pagrindinis ataskaitos tikslas – remiantis turimais duomenimis nustatyti kur tenka didžiausia užkrečiamųjų ligų našta Europos Sąjungoje. Tose srityse reikalingi labiau suderinti (koordinuoti) veiksmai siekiant sumažinti visuomenei, jos sveikatai ir sveikatos priežiūros sistemoms tenkančią dabartinę ir būsimą naštą ir palengvinti žmonių kančias. Šie duomenys padeda ECDC rengti įrodymais paremtą tolesnės veiklos pagrindą, nustatyti ir dalytis patirtimi, taip pat siūlyti naujus metodus tolesnėms intervencinėms priemonėms.

Nors gerinant duomenų kokybę ir palyginamumą padaryta nemaža pažanga, reikėtų įspėti skaitytoją tiesiogiai nelyginti atskirų šalių registravimo rodiklių. Šalių epidemiologinės priežiūros sistemos yra skirtingos, daugumos ligų registravimo ir pranešimo santykis bei faktinis sergamumas skiriasi taip pat.

Pirmą kartą atskirai pateikta metinė ES grėsmių stebėsenos analizė⁵.

Atsparumas antimikrobiniam preparatams ir hospitalinės infekcijos

Antimikrobiniam preparatams atsparūs mikroorganizmai, išlieka pagrindinė ligų grėsmė Europoje. 2008 m. 900 laboratorijų, aptarnaujančių daugiau kaip 1 500 ligoninių, pateikė septynių pagrindinių mikroorganizmų rūšių atsparumo antimikrobiniam preparatams duomenis. Duomenys rodo visoje Europoje padidėjusį gramneigiamos bakterijos *Escherichia coli*, sukeliančios bakteremiją ir šlapimo takų infekciją, atsparumą visoms į epidemiologinę priežiūrą įtrauktoms antibiotikų klasėms. Kai kuriose šalyse užregistruotas meticilinui atsparaus *Staphylococcus aureus* (MRSA) procentinės dalies sumažėjimas, nors trečdalyje šalių MRSA procentinė dalis ir toliau yra didesnė nei 25 proc. Didėjantis multirezistentiškumas (atsparumas keliems dažniausiai naudojamiems antimikrobiniam preparatams), dažniausiai gramneigiamų bakterijų, pavyzdžiui, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* ir *Pseudomonas aeruginosa*, ir toliau kelia susirūpinimą.

Remiantis epidemiologinės priežiūros duomenimis, tais pačiais metais, 1 422-ose ligoninėse buvo atliktos 306 621 chirurginės intervencijos, 654-iose ligoninėse nustatyti 9 129 hospitalinės pneumonijos, įgytos intensyvios terapijos skyriuje, atvejai ir 4 077 per kraują plintančios hospitalinės infekcijos, įgytos intensyvios terapijos skyriuje, atvejai. 2008 m. stebėta infekcijų po klubo sąnario protezavimo operacijų atvejų mažėjimo tendencija. Stebėta, kad didžiąją dalį hospitalines infekcijas intensyvios terapijos skyriuose sukelia trečiosios kartos cefalosporinams atsparios enterobakterijos (ypač *Klebsiella spp.* ir *Enterobacter spp.*).

Ligos, kuriomis užsikrečiama per aplinką ir pernešėjų platinamos ligos

Ku karštligės protrūkis, užregistruotas Nyderlanduose 2007 m. kovo–gruodžio mėn., atsinaujino 2008 m. Daugiausia atvejų užregistruota vasaros laikotarpiu – liga pasiekė piką 25–28 savaitę (nuo birželio vidurio iki liepos vidurio). Kitos Europos šalys, pavyzdžiui, Vokietija, taip pat pateikė duomenis apie kintančias sergamumo ku karštlige tendencijas ir apie šios ligos atvejų skaičiaus 2008 m. padidėjimą, nors ir mažesniu mastu.

Kai kurios šios užkrečiamųjų ligų grupės ligos, sąlygojančios sunkesnes komplikacijas (pavyzdžiui, hemoragij sindromą), tokios kaip Krymo–Kongo hemoraginė karštligė išplito už tradicinių endeminės zonos ribų į Balkanų regioną. Graikija pranešė apie 2008 m. birželio mėn. pirmą kartą šalyje nustatytą Krymo–Kongo hemoraginės karštligės atvejį, kuris užregistruotas šiaurinėje šalies dalyje, netoli žinomos endeminės zonos. Kita vertus, po pernykščio Čikungunjos karštligės protrūkio Italijoje, per kurį nustatyta 217 laboratoriskai patvirtintų atvejų, sustiprinus epidemiologinę priežiūrą, vietinė Čikungunjos karštligė nepasikartojė, visi nauji ES ir (arba) EEE užregistruoti ligos atvejai buvo įvežtiniai.

Per maistą ir vandenį plintančios ligos ir zoonozės

Dėl per maistą plintančių ligų klinikinių simptomų įvairovės didelė šių ligų dalis vis dar lieka neužregistruota. Viena iš dažniausių ES ir EEE ir (arba) ELPA šalyse registruojamų žarnyno užkrečiamųjų ligų išlieka kampilobakteriozė, sergamumas ja 2008 m. buvo 44,1 atvejis 100 000 gyventojų (panašus į praėjusių metų). Tai tipiškas nepakankamo pranešimo, pavyzdys, nes dažnai ši infekcija pasireiškia besimptomė arba lengva forma, todėl daug jos atvejų nėra nustatoma ir pranešama.

Infekcijos, kurią sukelia verocitotoksina/šigatoksina gaminančios *Escherichia coli* (VTEC/STEC) bakterijos, registruotų atvejų rodiklis per pastaruosius kelerius metus išliko palyginti nepakitęs (0,66 atvejai 100 000 gyventojų). Tačiau lyginant su 2007 m., užregistruotų hemolizinio ureminio sindromo atvejų skaičius 2008

⁵ ECDC. 2009 m. metinė grėsmių ataskaita. Europos ligų prevencijos ir kontrolės centras, Stokholmas; 2010 m. Ataskaitą galima rasti interneto svetainėje http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/surveillance_reports/Pages/index.aspx.

m. padidėjo 42 proc. Kaip ir salmoneliozės ir šigeliozės, didžiausias VTEC/STEC infekcijos registruotų atvejų rodiklis buvo jaunesnių nei 5 metų amžiaus vaikų tarpe (4,72 atvejai 100 000 gyventojų), dėl šioje amžiaus grupėje pasireiškiančių sunkesnių ligos klinikinių simptomų ir didesnės hospitalizacijos tikimybės.

Per paskutinius trejus metus stebima pastovi sergamumo salmonelioze mažėjimo tendencija, nors 2008 m. tarptautiniu, nacionaliniu ir vietos lygmeniu *Salmonella* išliko per maistą plintančių ligų protrūkių priežastiniu sukėlėju. Dėl duomenų teikimo pokyčių šioje ataskaitoje nurodomas didesnis nei praėjusiais metais sergamumas vidurių šiltine, tačiau tai yra greičiau dirbtinis reiškinys, atsiradęs dėl išsamesnio duomenų teikimo, o ne tikras sergamumo padidėjimas. Dauguma vidurių šiltinės atvejų vis dar yra įvežtiniai endeminių teritorijų.

2008 m. bendras užregistruotų hepatito A atvejų rodiklis (3,34 atvejai 100 000 gyventojų) buvo šiek tiek didesnis nei 2007 m. (2,75 atvejai 100 000 gyventojų). Latvijoje užregistruotų atvejų rodiklis padidėjo nuo 0,66 atvejo 100 000 gyventojų 2007 m. iki 123 atvejų 100 000 gyventojų, tai buvo susiję su protrūkiu, kuris kilo intraveninius narkotikus vartojančių ir žemose socialinėse sąlygose gyvenančių asmenų tarpe ir vėliau išplito į platesnį visuomenės ratą. Čekijoje taip pat hepatito A protrūkis kilo intraveninius narkotikus vartojančių asmenų tarpe, o vėliau išplito į bendrąją gyventojų populiaciją.

ŽIV, lytiškai plintančios infekcijos, hepatitai B ir C

Iš visų užkrečiamųjų ligų ŽIV ir toliau kelia vieną didžiausių grėsmių visuomenės sveikatai Europoje. Užregistruotų ŽIV infekcijos atvejų rodiklis padidėjo 33 proc. – nuo 4,2 atvejų 100 000 gyventojų 2000 m. (13 265 atvejai) iki 5,6 atvejų 100 000 gyventojų (18 019 atvejų) 2008 m. Ši tendencija kelia dar didesnę nerimą atsižvelgiant į tai, kad ES ir (arba) EEE šalyse didelė dalis gyventojų (apytikriai 30 proc.) net nežino, kad yra užsikrėtę ŽIV. Duomenys rodo, kad didžiausioji ŽIV užsikrėtusiųjų atvejų dalis nustatyta vyrų, kurie turi lytinius santykių su vyrais tarpe (40 proc.), tačiau keliose Europos šalyse didėja ŽIV infekcijos plitimas per heteroseksualius lytinius santykius (29 proc.). Didelė dalis naujai diagnozuotų ŽIV infekcijos atvejų nustatoma imigrantų atvykstančių iš šalių, kuriose yra ŽIV infekcijos epidemija (pagrindė subsacharinė Afrika), tarpe. Nepaisant tam tikrų duomenų apribojimo, diagnozuojamų AIDS atvejų skaičius, išskyrus Baltijos valstybėse, priešingai, atrodo, mažėja.

ES ir (arba) EEE šalyse iš visų lytiškai plintančių infekcijų, dažniausiai pranešama apie chlamidiozę, iš viso pranešta apie 335 329 patvirtintus atvejus (150 atvejų 100 000 gyventojų). Tikrasis sergamumas gali būti didesnis, nes daug būtent šios infekcijos atvejų lieka nepranešta. Sergamumas chlamidioze per pastaruosius 10 metų ir toliau didėjo. Tai ir toliau išlieka jaunų žmonių liga, didžiausias registruojamų atvejų rodiklis yra 15–24 metų amžiaus grupėje (976 chlamidiozės atvejai 100 000 gyventojų), jaunos moterys užsikrečia dažniau nei jauni vyrai.

Nors hepatito C registruojamų atvejų rodiklis išlieka stabilus, o hepatito B – sumažėjo lyginant su ankstesniais metais, pateiktuose duomenyse vis dar yra trūkumų. Paaikškinti šias tendencijas sunku dėl gana didelių epidemiologinės priežiūros sistemų skirtumų, naujausių duomenų teikimo pokyčių, didelio nediagnozuojamų atvejų skaičiaus, galimai skirtingų atvejo apibrėžčių naudojimo (t. y. skirtingas hepatito B žymenų naudojimas ir (arba) aiškinimas) ir nepakankamo duomenų kai kuriose šalyse teikimo. Be to, kai kuriose šalyse nėra atskirai pranešama apie ūminio ir lėtinio hepatitų B ir C atvejus, todėl, kartu sumuojant didelį besimptomų atvejų skaičių, yra apsunkinamas skirtingų šalių duomenų greitas palyginimas. ECDC siekia patobulinti ir harmonizuoti hepatitų B ir C epidemiologinę priežiūrą Europos lygmenyje.

Kvėpavimo takų infekcijos

Kiekvieną žiemą šimtai tūkstančių žmonių ES sunkiai serga ir miršta nuo sezoninio gripo. 2008–2009 m. gripo sezonas Europoje prasidėjo 48-ą 2008 m. savaitę, kiekvienoje šalyje truko apie 10 savaičių ir baigėsi 16-ą 2009 m. savaitę, pasiekęs aktyvumo piką, gripas plito per visą žemyną iš vakarų į rytus, vėliau – į pietryčius. 2008–2009 m. sezono pradžioje vyravo gripo A(H3N2) virusas, vėliau, mažesne apimtimi, – gripas B; apskritai gripo A(H3N2) viruso atvejų nustatyta daugiausia. Gripo B virusas neatitiko B komponento, įtraukto į 2008–2009 m. Šiaurės pusrutulio vakcinos sudėtį. Tačiau, turint galvoje gana nedidelį B tipo gripo viruso paplitimą sezono metu, mažai tikėtina, kad ši neatitiktis turėjo reikšmingą poveikį visuomenės sveikatai. 19-ą 2009 m. savaitę, baigiantis įprastiniam sezonui, pasirinktinės virusologinės diagnostikos metu išskirtas pirmas pandemio gripo A(H1N1) virusas. Paskui sekė pavasario ir vasaros pandemijos banga.

2008 m. ES vėl užregistruoti keli didelio patogeniškumo ir mažo patogeniškumo paukščių gripo viruso sąlygoti protrūčiai tarp paukščių, bet jų buvo mažiau nei 2007 m. Su šiais protrūkiais susijusių atvejų žmonių tarpe užregistruota nebuvo.

Užregistruotų legioneliozės atvejų rodiklis ES ir EEE ir (arba) ELPA šalyse išlieka toks pat (1,2 atvejai 100 000 gyventojų). Ankstesniais metais liepos mėn. užregistruotas atveju pikas 2008 m. buvo ilgesnis ir truko nuo birželio iki rugsėjo mėn. Lyginant su 2007 m., užregistruotų su kelionėmis susijusių legioneliozės atvejų skaičius, kaip ir su kelionėmis susijusių legioneliozės grupinių atvejų skaičius, sumažėjo.

Per pastaruosius penkerius metus buvo stebimas nuolatinis vidutinio lygio tuberkuliozės atvejų mažėjimas, nors 2008 m. 28 ES ir EEE ir (arba) ELPA šalyse užregistruota 82 611 tuberkuliozės atvejų (registruotas atvejų rodiklis – 16,7 atvejai 100 000 gyventojų). ES tuberkuliozė labiau paplitusi migrantų, benamių, centrinėse miestų dalyse gyvenančių neturtingų žmonių, kalinių, ŽIV užsikrėtusių asmenų ir narkomanų tarpe, tačiau remiantis 2008 m. duomenimis galima išskirti tris plačias epidemiologines kategorijas:

- žemo sergamumo šalys, kuriose protarpiais registruojama daugiau atvejų tarp asmenų kilusių iš kitų šalių;
- šalys, kuriose registruojamų atvejų rodiklis svyruoja nuo vidutinio iki aukšto lygio, tačiau mažėja, o ypač atsparios vaistams tuberkuliozės lygis yra žemas;
- šalys, kuriose registruojamų atvejų, tame tarpe ir ypač atsparios vaistams tuberkuliozės, rodiklis yra aukštas, tačiau bendras tuberkuliozės atvejų skaičius mažėja.

Be to, nuo 2007 iki 2008 m. vaistams atsparios tuberkuliozės atvejų procentinė dalis padidėjo nuo 4 iki 6 proc., daugiausia dėl nebaigto ar netinkamai suplanuoto gydymo. Tokios vaistams atsparios tuberkuliozės sėkmingai išgydytų atvejų dalis taip pat yra labai nedidelė – 30,9 proc. 2006 m. kohortoje. Nors galima dar labiau gerinti duomenų apie antrinę atsparumą kokybę, reprezentatyvumą ir išsamumą, statistika rodo, kad ypač didelio atspari vaistams tuberkuliozė vyrauja visoje Europos Sąjungoje.

Ligos, kurių išvengiama skiepijant

Kelios sunkios ligos, kurių išvengiama skiepijant (pavyzdžiui, poliomielitas, difterija ar stabligė), ES ir (arba) EEE šalyse jau beveik išnaikintos. Kitas beveik visose ES šalyse stebimas sėkmės pavyzdys – Hib (B tipo *Haemophilus influenzae* infekcijos) vakcinos, įtrauktos į nacionalines skiepijimo programas, poveikis. Dėl likusių ligų, kurių galima išvengti skiepijant, vis dar kyla sunkumų stengiantis paskiepyti kuo daugiau sunkiai pasiekiamų gyventojų grupių. Be to, nepagrįstos abejonės dėl vakcinų saugumo trukdo siekti kai kurių infekcijų prevencijos tikslų, sukeldamos lokalius protrūkius, kurių reikėtų visiškai išvengti.

Viena iš tokių ligų – tymai. Bendras tymų atvejų skaičius ES ir ELPA šalyse 2008 m. buvo daug didesnis nei 2007 m. Tai susiję su dideliais tymų protrūkiais kilusiais kelyse šalyse, daugiausia atvejų buvo užregistruota Šveicarijoje, Italijoje, Austrijoje, Vokietijoje, Prancūzijoje ir Jungtinėje Karalystėje. Šiai nerimą keliančiai tendencijai sustabdyti reikia aiškaus politinio įsipareigojimo.

2007–2008 m. užregistruotų ir laboratoriskai patvirtintų raudonukės atvejų skaičius, atvirksčiai, sumažėjo. Nepaisant bendro didelio įgimtos raudonukės atvejų sumažėjimo pradėjus naudoti vakciną, Europoje vis dar atsiranda pavienių šios ligos atvejų. Neoptimalus skiepijimas tymų, parotito ir raudonukės vakcina gali skatinti susidaryti imlių infekcijoms asmenų grupes, dėl to šių ligų, įskaitant įgimtos raudonukės infekciją, gali padaugėti.

Bendras užregistruotų invazinės pneumokokinės infekcijos atvejų rodiklis 2008 m. buvo 5,2 atvejai 100 000 gyventojų, tarp visų didžiausių ligų, kurių išvengiama skiepijant rodiklių. ES invazinės pneumokokinės infekcijos epidemiologinės priežiūros sistemos labai skiriasi, visų pirma pagal įdiegtų epidemiologinės priežiūros sistemų tipus, vykdomos priežiūros apimtį ir naudojamas atvejo apibrėžtis, o kai kuriose šalyse epidemiologinės priežiūros sistemos nėra. ECDC Europos Sąjungoje įvedė sustiprintą epidemiologinės priežiūros sistemą, į kurią įtraukta laboratorinė epidemiologinė priežiūra, siekiant geriau stebėti serotipų kitimo tendencijas, ypač tų, kuriems nėra vakcinų.

Išvados

Ši 2008 m. duomenų ir tendencijų santrauka rodo, kad per kelerius pastaruosius metus Europos Sąjungoje užkrečiamųjų ligų prevencijos ir kontrolės prioritetai iš esmės nepasikeitė. Dėl valstybių narių suderintų prevencijos ir kontrolės veiksnių sergamumas kai kuriomis ligomis ir atvejų skaičius sumažėjo (nors tam tikruose gyventojų sluoksniuose ir rizikos grupėse jis gali išlikti didelis). Tačiau išlieka kai kurios su užkrečiamosiomis ligomis susijusios problemos, iš kurių pagrindinės:

- atsparumas antimikrobiniais preparatais;
- hospitalinės infekcijos;
- lytiškai plintančios ligos, ypač sukeltos ŽIV ir *Chlamydia trachomatis*;
- gripo sukeltos kvėpavimo takų infekcijos (pandemijos galimybė ir metinės sezoninės epidemijos), tuberkuliozė ir pneumokokinės infekcija.

Tolesni bendri veiksmai kovoje su šiomis ligomis (pvz., skiepijimas ir panašios kontrolės priemonės) galėtų leisti ES, o ilgainiui ir Europą, paskelbti zona be tam tikros ligos, kaip jau yra kelių ligų, kurių išvengiama skiepijant, atveju. Tačiau iki šiol ES valstybės narės dar nepasiekė ligų likvidavimo programose nustatytų tikslų, ypač dėl tymų, kurių mažėjimo tendencija pasikeitė į priešingą pusę. Taip pat ypač svarbu pagerinti raudonukės epidemiologinės priežiūros tikslumą ir specifiškumą atsižvelgiant į PSO 2010 m. tikslą likviduoti šią ligą. Dėl pneumokokinės infekcijos ir toliau nerimą kelia tai, kad pradėjus naudoti vakciną, į konjuguotos pneumokokinės vakcinų sudėtį įeinančius serotipus gali pakeisti kiti į šią vakciną neįeinantys serotipai, kaip jau nutiko Jungtinėse Valstijose.

2008 m. duomenys ir toliau rodo, kad atsparumas antimikrobiniam preparatams Europoje tampa vis svarbesne visuomenės sveikatos problema. Siekiant išspręsti šią problemą, būtina bendradarbiauti tarptautiniu lygmeniu ir koordinuoti pastangas nacionaliniu lygmeniu, kad būtų galima valdyti atsparumą antimikrobiniam preparatams. Taip pat vis daugiau problemų kelia hospitalinės infekcijos, kurioms valdyti reikalinga nuolatinė prevencijos ir kontrolės politika. Politikos formuotojams būtų labai naudinga gauti patikimesnius duomenis, kurie, tikimasi, bus pagerinti patobulinius ligoninėse ar ilgalaikės sveikatos priežiūros įstaigose įdiegtas epidemiologines priežiūros sistemas.

Nors stebima bendra sergamumo tuberkuloze mažėjimo tendencija, ypač atsparios vaistams tuberkulozės ir tuberkuloze serančių ŽIV infekcijos atvejų skaičius ir toliau didėja. Stebima ŽIV infekcijos atvejų augimo tendencija taip pat. Abiem šioms infekcijoms reikia skirti daug dėmesio siekiant užtikrinti griežtą nacionalinę ir tarptautinę prevenciją ir kontrolę, įskaitant tolesnį epidemiologinės priežiūros gerinimą. Informacija apie sergamumą tuberkuloze ŽIV infekuotų asmenų tarpe išlieka neišsami, nors jau parengti nauji planai gerinti padėtį šioje srityje.

Gripas ir vėl parodė, kokios neprognozuojamos gali būti sezoninės epidemijos; gana sunkų gripo sezonas, kurio metu vyravo gripo A(H3N2) virusas, perėjo į gripo A(H1N1) viruso pandemiją, prasidėjusią Šiaurės ir Pietų Amerikoje.

A lentelė. 2008 m. ES užregistruotų užkrečiamųjų ligų apžvalga: bendros tendencijos, ES užregistruotų atvejų rodikliai ir pagrindinės paveiktos amžiaus grupės

Liga	Bendra tendencija	ES užregistruotų atvejų rodiklis 100 000 gyventojų (2008)	Pagrindinės paveiktos amžiaus grupės (2008)
Kvėpavimo takų infekcijos			
Gripas	↔	Nėra duomenų	0–14
Paukščių gripas	Nepakanka duomenų	0	Nepakanka duomenų
Legionierių liga (legioneliozė)	↑	1,2	≥ 65
Tuberkulozė	↓	16,7	25–44
ŽIV, lytiškai plintančios infekcijos ir virusinės per kraują plintančios infekcijos			
Chlamidijų sukelta infekcija	↑	149,9	15–24
Gonorėja	↓	8,6	15–24, 25–44
Hepatitas B	↓	1,3	25–44
Hepatitas C	↑	9,0	25–44
ŽIV	↑	5,7	25–44
AIDS	↓	1,1	40–49
Sifilis	↔	4,2	25–44
Per maistą ir vandenį plintančios ligos ir zoonozės			
Juodligė	↓	< 0,01	Nepakanka duomenų
Botulizmas	↔	< 0,1	25–44
Bruceliozė	↓	0,2	45–64, 25–44
Kampilobakteriozė	↑	44,1	0–4
Cholera	↓	<0,01	Nepakanka duomenų
Kriptosporidiazė	↔	2,4	0–4
Echinokozė	↔	0,2	45–44, ≥ 65
Verocitotoksinių ir šigatoksinių gaminančių <i>Escherichia coli</i> bakterijų sukelta infekcija (VTEC/STEC)	↔	0,7	0–4
Lambliazė	↓	59,6	0–4
Hepatitas A	↓	3,3	5–14

Liga	Bendra tendencija	ES užregistruotų atvejų rodiklis 100 000 gyventojų (2008)	Pagrindinės paveiktos amžiaus grupės (2008)
Leptospirozė	↔	0,2	45–64
Listeriozė	↔	0,3	≥ 65
Salmoneliozė	↓	29,8	0–4
Šigeliozė	↔	1,8	0–4
Toksoplazmozė	↓	0,8	15–24
Trichineliozė	↔	0,1	25–44
Tuliaremija	↔	0,2	45–64
Vidurių šiltinė / paratifas	↔	0,3	0–4, 5–44
Creutzfeldo-Jakobo ligos atmaina	Nepakanka duomenų	< 0,01	Nepakanka duomenų
Jersiniozė	↑	2,7	0–14
Pakartotinai atsirandančios ir pernešėjų platinamos ligos			
Maliarija	↔	1,2	25–44
Maras	Nepakanka duomenų	0	Nepakanka duomenų
Ku karštligė	↔	0,4	45–64
Staigus ūminis respiracinis sindromas (SŪRS)	Nepakanka duomenų	0	Nepakanka duomenų
Raupai	Netaikytina	0	Nepakanka duomenų
Čikungunja	Nepakanka duomenų	< 0,01	45–64
Denge karštligė	Nepakanka duomenų	0,1	25–44
Hantavirusinė infekcija	Nepakanka duomenų	1,4	25–44, 45–64
Vakarų Nilo karštligė	Nepakanka duomenų	< 0,01	Nepakanka duomenų
Geltonoji karštligė	Nepakanka duomenų	0	Ligos atvejų neužregistruota
Ligos, kurių išvengiama skiepijant			
Difterija	↓	<0,01	5–14, 45–64
Invazinė <i>Haemophilus influenzae</i> bakterijos sukelta infekcija	↓	0,5	≥ 65, 0–4
Invazinė meningokokinė liga	↓	0,9	0–4
Invazinė pneumokokinė infekcija	↓	5,2	≥ 65, 0–4
Tymai	↔	0,9	0–4
Epideminis parotitas	↓	2,8	5–14
Kokliušas	↔	5,3	5–14
Poliomielitas	Nepakanka duomenų	0	Nepakanka duomenų
Pasiutligė	↓	< 0,01	Nepakanka duomenų
Raudonukė	↓	0,6	0–4
Stabligė	↓	< 0,1	≥ 65
Atsparumas antimikrobiniais preparatams ir hospitalinės infekcijos			
Atsparumas antimikrobiniais preparatams	↑	Netaikytina	Nepakanka duomenų
Hospitalinės infekcijos	↑	Netaikytina	Nepakanka duomenų

9. Atsparumo antimikrobiniais preparatams priežiūra Europoje 2009 m.

(paskelbta 2010 m. lapkričio mėn.)

Tai – pirma metinė Europos atsparumo antimikrobiniais vaistams priežiūros tinklo (EARSNet) ataskaita po Europos atsparumo antimikrobiniais vaistams priežiūros sistemos (EARSS) perdavimo 2010 m. sausio 1 d. Europos ligų prevencijos ir kontrolės centrui (ECDC). Ši ataskaita yra labai vertinamų EARSS metinių ataskaitų, kurias tinklas skelbia nuo 2001 m., tаса.

Pastarąjį dešimtmetį atsparumas antimikrobiniais preparatams laipsniškai užima vis svarbesnę vietą Europos visuomenės sveikatos priežiūroje. Atsparumo antimikrobiniais vaistams priežiūra, kurią anksčiau vykdė EARSS, o dabar – EARS-Net, buvo svarbi rengiant dokumentus apie atsparumo antimikrobiniais preparatams atsiradimą bei plitimą ir gilinant šios problemos supratimą politiniu lygmeniu, tarp visuomenės sveikatos priežiūros pareigūnų ir mokslinėje bendruomenėje.

Remiantis atsparumo antimikrobiniais preparatams duomenimis, kuriuos 2009 m. Europos atsparumo antimikrobiniais vaistams priežiūros tinklui pateikė 28 šalys, ir tendencijų analizės, įskaitant ankstesnių metų EARSS duomenis, rezultatais, galima teigti, kad su atsparumu antimikrobiniais preparatams susijusi situacija Europoje, atsižvelgiant į sukėlėjo tipą, antimikrobinį preparatą ir geografinę vietovę, yra labai įvairi.

2009 m. didžiausią rūpestį kėlė sparčiai mažėjantis invazinės *Escherichia coli* jautrumas iš esmės visoms veikliosioms antimikrobinėms medžiagoms, įtrauktoms į EARS-Net priežiūros tinklo programą, išskyrus karbapenemams, ir didelis *Klebsiella pneumoniae* atsparumas trečiosios kartos cefalosporinams, fluorochinolonams ir aminoglikozidams. Beveik pusėje ataskaitas teikiančių šalių keliems antimikrobiniais preparatams (trečiosios kartos cefalosporinams, fluorochinolonams ir aminoglikozidams) atsparios *Klebsiella pneumoniae* izoliatų skaičius yra didesnis kaip 10 proc., o kelios šalys šiuo metu jau teikia duomenis apie didelį atsparumą karbapenemams. Šie antibiotikai daugelyje šalių buvo plačiai naudojami dėl didėjančio plataus spektro beta-laktamazės (ESBL) gaminančių enterobakterijų kiekio, kurios turi poveikį karbapenemazių gamybai (VIM, KPC ir NDM-1), kurias gamina *Klebsiella pneumoniae*.

Pranešama, kad *Escherichia coli* yra labiausiai atspari aminopenicilinui (66 proc.). Nepaisant jau esamo didelio atsparumo, jis ir toliau didėja net ir tose šalyse, kuriose nustatytas didesnis nei 50 proc. atsparumo lygis. Per pastaruosius ketverius metus daugiau kaip pusėje ataskaitas teikiančių šalių taip pat labai padidėjo *Escherichia coli* atsparumas trečiosios kartos cefalosporinams. Šis atsparumas tiesiogiai susijęs su didele ESBL gaminančių bakterijų procentine dalimi (85–100 proc.) tarp atsparių izoliatų šalyse, kurios 2009 m. pateikė ataskaitas apie ESBL.

Kitos atsparumo atsiradimo tendencijos, apie kurias pranešama EARS-Net, teikia vilčių, kad valstybių pastangos kontroliuoti infekcijas ir apriboti atsparumo antimikrobiniais preparatams didėjimą kai kuriais atvejais gali sustabdyti atsparumo vystymąsi arba netgi pasukti nepageidaujamas atsparumo tendencijas priešinga linkme, kaip rodo meticilinui atspariaus *Staphylococcus aureus* (MRSA) pavyzdys. Nors dešimtyje iš 28 šalių MRSA dalis tarp visų *Staphylococcus aureus* vis dar sudaro daugiau kaip 25 proc., kai kuriose šalyse MRSA procentinė dalis nebedidėja arba mažėja, o Austrijoje, Prancūzijoje, Airijoje, Latvijoje ir Jungtinėje Karalystėje stebimas pastovus mažėjimas.

Be to, Jungtinėje Karalystėje užregistruotas nuoseklus atsparios visoms į priežiūrą įtrauktoms antibiotikų klasėms *Klebsiella pneumoniae* procentinės dalies mažėjimas, o kai kurių šalių (Graikijos, Vokietijos, Italijos ir Prancūzijos) pastangos kontroliuoti *Enterococcus faecium* atsparumą glikopeptidams leido pasiekti gerą rezultatą – nuoseklų atsparių izoliatų procentinės dalies mažėjimą. Tačiau didelis *Enterococcus faecalis* atsparumas aminoglikozidams, atrodo, nusistovėjo gana aukšto lygio. Remiantis daugumos šalių pateiktais duomenimis, nustatytų atsparių izoliatų dalis siekia nuo 30 iki 50 proc.

Streptococcus pneumoniae nejautrumas penicilinui Europoje yra stabilus, o nejautrumas makrolidams šešiose šalyse sumažėjo, ir jokioje šalyje nepastebėta didėjimo tendencija. Dauguma šalių pateikė duomenis apie didelį registruotą *Pseudomonas aeruginosa*, atsparaus fluorochinolonams, karbapenemams ir keliems antibiotikams, skaičių, ypač Pietų ir Rytų Europoje.

Analizuojant kai kurių antimikrobinų vaistų ir patogenų sąveiką, pavyzdžiui, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* ir *Pseudomonas aeruginosa* atsparumą fluorochinolonams ir *Staphylococcus aureus* atsparumą meticilinui, Europoje, einant iš šiaurės pietų link, matomas dėsningas kiekybinis kitimas. Apskritai Europos šiaurėje stebima mažesnė, o pietuose – didesnė atsparių sukėlėjų procentinė dalis, ir tai atspindi infekcijų kontrolės metodų skirtumus, teisės aktų dėl antimikrobinų preparatų skyrimo buvimą ar jų nebuvimą ir kitus veiksnius, turinčius įtakos atsparumo atsiradimui.

Tačiau stebima didėjanti *K. pneumoniae* atsparumo tam tikroms antibiotikų klasėms ir keliems antimikrobiniais preparatams tendencija ir šiaurės Europos šalyse, pavyzdžiui, Danijoje ir Norvegijoje, kuriose tradiciškai laikomasi atsargaus požiūrio į antibiotikų vartojimą.

Be įprastinės tendencijų analizės ir situacijos apžvalgos, į šią 2009 m. EARS-Net ataskaitą įtrauktas naujas specialus skyrius, kuriame pateikta išsami *Escherichia coli* ir MRSA analizė. Analizė pagrįsta išimtinai laboratorijų, kelerius metus reguliariai teikiančių ataskaitas, duomenimis. Analizė rodo nuolatinį atsparumo keliems antimikrobiniais preparatais didėjimą ir stebimas pastovus ir ryškus *Escherichia coli* jautrumo antimikrobiniais preparatais mažėjimas kelerius pastaruosius metus. Stebimas MRSA skaičiaus mažėjimas santykinai atspindi infekcijų kontrolės priemonių taikomų ligoninėse veiksmingumą ir netgi gali teikti vilčių sėkmingai pažaboti infekcijų plitimą kitose srityse.

Taigi, duomenys, kuriuos 2009 m. dalyvaujančios šalys pateikė EARS-Net, suteikia esminį supratimą apie atsparumo antimikrobiniais preparatais situaciją Europoje ir, deja, palaipsniui mažėja gydymo antimikrobiniais preparatais taikymo galimybės.

10. ŽIV ir AIDS epidemiologinė priežiūra Europoje 2009 m.

(paskelbta 2010 m. lapkričio mėn.)

Svarbiausi faktai

Turimais duomenimis, ŽIV infekcijos plitimas Europoje vis labiau auga ir tebėra vienas svarbiausių Europos visuomenės sveikatos priežiūros klausimų. Nors ir duomenų teikimas nėra pakankamaskiekvienais metais diagnozuojamų atvejų skaičius nemažėja. Nuo 2004 m. naujai diagnozuotų ŽIV atvejų rodiklis 100 000 gyventojų padidėjo beveik 30 proc. – nuo 6,6 atvejų 100 000 gyventojų 2004 m. iki 8,5 atvejų 100 000 gyventojų 2009 m. PSO Europos regione diagnozuotų AIDS atvejų skaičius toliau mažėjo, išskyrus rytinę dalį, kurioje AIDS atvejų skaičius padidėjo. 48 šalyse, kurios sistemingai teikė duomenis apie AIDS 2004–2009 m. laikotarpiu, diagnozuotų ir užregistruotų AIDS atvejų skaičius sumažėjo nuo 2,0 atvejų 100 000 gyventojų iki 1,0 atvejo 100 000 gyventojų.

- 2009 m. 49-iose iš 53 PSO Europos regiono šalių (nėra Austrijos, Monako, Rusijos ir Turkijos duomenų) diagnozuoti ir užregistruoti 53 427 ŽIV infekcijos atvejai. Didžiausi sergamumo rodikliai užregistruoti Estijoje, Moldavijoje, Ukrainoje ir Uzbekistane.
- 48-iose šalyse viso užregistruoti 6 568 AIDS atvejai (nėra Austrijos, Švedijos, Monako, Rusijos ir Turkijos duomenų).
- 2009 m. Europos Sąjungos (ES) ir Europos ekonominės erdvės (EEE) šalys (nėra Austrijos duomenų) pranešė apie 25 917 naujai diagnozuotų ŽIV atvejų. ES ir (arba) EEE šalyse didžiausi sergamumo rodikliai užregistruoti Estijoje, Latvijoje, Portugalijoje ir Jungtinėje Karalystėje.
- ES ir (arba) EEE šalyse pagrindinis ŽIV infekcijos plitimo būdas – vyrų lytiniai santykiai su vyrais, šiek tiek rečiau infekcija plinta per heteroseksualius lytinius santykius. Maždaug 38 proc. per heteroseksualius lytinius santykius ŽIV užsikrėtusių asmenų, yra iš šalių, kuriose plinta ŽIV epidemija.
- Trijose geografinėse ir (arba) epidemiologinėse teritorijose vyraujantis infekcijos plitimo būdas kiekvienoje vietovėje skiriasi, ir tai rodo, kad ŽIV epidemiologija Europoje yra labai nevienoda. Nors duomenys rodo, kad Rytuose pagrindinis ŽIV infekcijos plitimo būdas yra heteroseksualūs lytiniai santykiai, įtraukus ŽIV infekcijos atvejus Rusijoje, apie kuriuos šioje ataskaitoje duomenų nėra, labai padidėtų santykinė ŽIV infekcijos atvejų dalis, tarp intraveninius narkotikus vartojančių asmenų, Tuomet būtų daugiau su intraveninių narkotikų vartojimu susijusių ŽIV infekcijos atvejų visame regione ir ypač Rytuose. Vidurio Europoje vyraujantis ŽIV infekcijos plitimo būdas – vyrų lytiniai santykiai su vyrais ir šiek tiek retesnis – heteroseksualūs lytiniai santykiai. Vakaruose taip pat pagrindinis ŽIV infekcijos plitimo būdas yra vyrų lytiniai santykiai su vyrais ir šiek tiek retesnis – heteroseksualūs lytiniai santykiai, neįskaitant sergančiųjų iš šalių, kuriose plinta ŽIV epidemija.
- Pateikti duomenys turi trūkumą dėl to, kad pateiktos neišsamios ataskaitos, trūksta duomenų iš kelių šalių ir duomenys pateikiami pernelyg vėlai. Todėl išvados, kurias galima padaryti apie ŽIV ir AIDS epidemijos mastą ir apimtį Europoje, yra negalutinės. Jeigu šie trūkumai būtų pašalinti, bendras ŽIV infekcijos skaičius už 2009 m. padvigubėtų.

Rekomendacijos dėl ŽIV ir (arba) AIDS epidemiologinės priežiūros

ŽIV ir (arba) AIDS epidemiologinės priežiūros duomenys labai svarbūs ŽIV epideminės situacijos ir tendencijų stebėsenai vykdyti bei rekomendacijoms dėl visuomenės sveikatos priežiūros atsakomųjų priemonių teikti. Todėl visos Europos šalys turėtų:

- įdiegti nacionalines individualių duomenų apie kiekvieną ŽIV infekcijos ir AIDS atvejį registravimo ir pranešimo sistemas ir užtikrinti, kad duomenys būtų išsamūs ir pateikti laiku;
- gerinti pateikiamų duomenų, ypač apie galimus ligos plitimo būdus ir CD4 ląstelių skaičių, kokybę.

Rekomendacijos visuomenei

Epidemijos kontrolės priemonės turėtų būti pagrįstos turimais duomenimis ir pritaikytos kiekvienai šaliai bei jos epidemiologinei situacijai. Turimais epidemiologinės priežiūros duomenimis, tikslinga pateikti šias rekomendacijas:

- Rytų šalims: ŽIV infekcijos kontrolės priemonės turi būti nukreiptos į intraveninių narkotikų vartotojus, įskaitant žalos mažinimo programas, ir tai turėtų būti ŽIV infekcijos prevencijos strategijos pagrindas. Taip pat turėtų būti stiprinamos prevencijos priemonės, skirtos kontroliuoti ŽIV infekcijos plitimą per heteroseksualinius lytinius santykius tarp rizikos grupės asmenų.
- Vidurio Europos šalims: prevencijos priemonės turėtų būti taikomos atsižvelgiant į kiekvienos šalies aplinkybes, siekiant išlaikyti žemą epidemijos lygį. Tačiau, kadangi epidemijos mastas tarp vyrų, turinčių lytinius santykius su vyrais, didėja, visų pirma reikėtų stiprinti intervencines priemones, kuriomis būtų galima kontroliuoti ŽIV infekcijos plitimą šioje grupėje.
- Vakarų šalims: intervencinės priemonės, kuriomis būtų kontroliuojamas ŽIV infekcijos plitimas tarp vyrų, turinčių lytinių santykius su vyrais, įskaitant šiai grupei skirtas pažangias prevencines programas, turėtų būti

ŽIV infekcijos prevencijos strategijų pagrindas. Prevencijos, gydymo ir priežiūros tikslais taikomos intervencinės priemonės turi būti pritaikytos taip, kad aprėptų migrantus.

- Apskritai reikėtų skatinti konsultacinę paramą ir tyrimus dėl ŽIV infekcijos, siekiant užtikrinti ankstyvą diagnostiką, gydymą ir konsultavimą, kad būtų galima užkirsti kelią ŽIV infekcijos tolimesniam plitimui arba jį apriboti, sumažinti asmenų, kuriems ŽIV infekcija diagnozuota pavėluotai, skaičių ir pagerinti ilgalaikius užsikrėtusių asmenų gydymo rezultatus. Svarbu visoms gyventojų grupėms, kurioms to reikia, užtikrinti vienodas ŽIV infekcijos gydymo ir priežiūros galimybes, kad šalys galėtų pasiekti bendrą visuotinio ŽIV infekcijos ir (arba) AIDS prevencijos, gydymo ir priežiūros prieinamumo tikslus, kurie nustatyti ES Komisijos komunikate ir veiksmų plane „Kova su ŽIV ir AIDS Europos Sąjungoje ir kaimyninėse šalyse 2009–2013 m.“

Specialios ataskaitos

11. Dublino deklaracijos dėl partnerystės kovojant su ŽIV/AIDS Europoje ir Centrinėje Azijoje įgyvendinimas: 2010 m. pažangos ataskaita

(paskelbta 2010 m. rugsėjo mėn.)

2004 m. vasario mėn. Dubline susirinkę Europos ir Centrinės Azijos šalių atstovai parengė deklaraciją, kuria siekiama paspartinti įsipareigojimų, šalių prisiimtų 2001 m. JT Generalinės Asamblėjos specialiojoje sesijoje (UNGASS) dėl ŽIV/AIDS, įgyvendinimą.

Kokia padaryta pažanga? Tai ir yra šios ataskaitos tema. Naudojantis šalių pateiktais duomenimis, šia ataskaita siekiama pagal atrinktus regiono šalims aktualius rodiklius dokumentais pagrįsti pasiektus laimėjimus. Ataskaitoje remtasi, kur galima, esamais duomenimis, ankstesniu darbu apskritai ir ypač ataskaita, kurią 2008 m. pateikė PSO Europos regioninis biuras ir Jungtinių Tautų AIDS programos rengėjai. 55 šalims buvo išsiųsti specialiai parengti klausimynai, atsakymai į juos gauti iš 49 šalių.

Politinis vadovavimas ir partnerystė

Beveik visos šalys pranešė turinčios atsakomųjų priemonių prieš ŽIV strateginę sistemą (92 proc.) ir valdymo arba koordinavimo instituciją (84 proc.). Aštuonios šalys savo strategines sistemas parengė per praėjusius penkerius metus, t. y. priėmus Dublino deklaraciją. Tačiau neaišku, ar šios bendro pobūdžio priemonės yra tinkamos politiniam vadovavimui ŽIV klausimais regione užtikrinti. Tinkamesnės priemonės galėtų būti tos, kuriomis siekiama:

- pagerinti tikslingą finansinių išteklių ŽIV prevencijai paskirstymą svarbiausioms gyventojų grupėms, t. y. intraveninių narkotikų vartotojams, vyrams, kurie turi lytinius santykius su vyrais, ir seksualines paslaugas teikiantiems asmenims;
- labiau išplėsti šalyse vykdomų pagrindinių intervencijų mastą, tokių kaip žalos mažinimo programas intraveninių narkotikų vartotojams ir prevencijos programas vyrams, kurie turi lytinius santykius su vyrais;
- veiksmingiau spręsti sunkius, bet labai svarbius politinius klausimus, susijusius su atstumtomis ir didžiausios rizikos gyventojų grupėmis, pavyzdžiui, įdiegti žalos mažinimo programas intraveninių narkotikų vartotojams kalėjimuose ir teikti paslaugas migrantams iš šalių, kuriose išplitusi ŽIV epidemija.

Apskritai yra daug duomenų, patvirtinančių, kad regiono pilietinė visuomenė atlieka labai svarbų vaidmenį ŽIV atsakomųjų priemonių srityje ir aktyviai dalyvauja jas taikant. Pavyzdžiui, beveik visos šalys (98 proc.) pranešė, kad į strategijų sistemų kūrimo procesą tam tikru mastu įtraukia pilietinę visuomenę. Kaip teigiama pirmosios Dublino deklaracijos pažangos ataskaitos išvados, tiek vyriausybė, tiek pilietinė visuomenė pripažįsta konkrečią pilietinės visuomenės įtraukimo į ŽIV atsakomųjų priemonių vykdymą naudą, o pilietinė visuomenė pranešė, kad 2005–2007 m. pagerėjo jos galimybės prisidėti prie šio proceso. Privačiojo sektoriaus oficialaus dalyvavimo taikant ŽIV atsakomąsias priemones mastas, atrodo, yra kur kas mažesnis.

ŽIV epidemija Europoje ir Centrinėje Azijoje daugiausia išplitusi specifinėse gyventojų grupėse. Yra duomenų, kad kai kurios regiono šalys savo lėšas veiksmingai skiria labiausiai paveiktų gyventojų grupių prevencijos priemonėms. Sustiprinus veiklą šia linkme ne tik būtų užtikrintas geresnis lėšų panaudojimas, bet ir apskritai pagerintas atsakomųjų priemonių veiksmingumas. Nors šiame regione nacionalinės ŽIV atsakomosios priemonės vis labiau finansuojamos iš vietos šaltinių, vis didėja nuolatinės finansinės paramos poreikis regiono mažų ir vidutinių pajamų šalims. Todėl sukurti tvirus tokios finansinės pagalbos teikimo mechanizmus turėtų būti visų regiono šalių prioritetas.

Priėmus Dublino deklaraciją labai padaugėjo pasaulinėms ŽIV atsakomosios priemonės skiriamų lėšų. Iki deklaracijos, 2002 m., pasaulinėms ŽIV atsakomosios priemonės skiriamos lėšos sudarė 1,2 mlrd. USD. 2008 m. ši suma išaugo daugiau kaip šešis kartus ir pasiekė 7,7 mlrd. USD. Šį padidėjimą dvišalėmis ir daugiašalėmis iniciatyvomis paskatino JAV ir kai kurios Europos valstybės. 2008 m. 40 proc. visų tarptautinės AIDS pagalbos išmokų, kurias skyrė šalys donorės, buvo iš Europos Sąjungos (ES) valstybių narių, Europos laisvosios prekybos asociacijos (ELPA) šalių ir Europos Komisijos. Atsižvelgiant į dabartinę finansų krizę ir daugelį svarbių finansavimo prioritetų, svarbu, kad regiono šalys sugebėtų išlaikyti šį finansavimo lygį ir jį dar padidinti, taip pat užtikrinti, kad lėšos būtų naudojamos kuo veiksmingiau.

Prevencija

Yra svarių duomenų, patvirtinančių, kad Europoje ir Centrinėje Azijoje ŽIV ypač paveikė tam tikras pagrindines gyventojų grupes. Nuolatinis uždavinys – užtikrinti, kad tos gyventojų grupės galėtų pakankamai naudotis būtinosiomis ŽIV prevencijos paslaugomis. Pirmojoje Dublino deklaracijos pažangos ataskaitoje pabrėžiama, kaip

svarbu stiprinti tikslingas pastangas kovoti su ŽIV ir didinti jų mastą, siekiant panaikinti netolygumus, kurie vis dar išlieka regione.

Gerai žinoma, kad intraveninių narkotikų vartotojai ypač neapsaugoti nuo ŽIV infekcijos, ir taip neabejotinai yra visame regione. Taip pat aišku, kad ŽIV plitimas tarp intraveninių narkotikų vartotojų gali būti kontroliuojamas, jei, siekiant pakeisti esamą padėtį, pakankamu mastu teikiamos veiksmingos paslaugos. Pagrindinių plačiu mastu taikomų priemonių rodikliai – intraveninių narkotikų vartotojams per metus išdalijamas adatų ir (arba) švirkštų skaičius ir procentinė dalis intraveninių narkotikų vartotojų, gaunančių pakaitinį priklausomybės nuo opioidų gydymą. Būtina, kad visos šalys siektų šia programa apimti kuo didesnę užsikrėtusiųjų skaičių; kai kurioms šalims jau pasisekė tai padaryti.

Taip pat gerai žinoma, kad kai kuriose šalyse ir regionuose, įskaitant tam tikras Europos dalis, ŽIV ypač paveikė vyrus, turinčius lytinių santykių su vyrais. Ypač daug užsikrėtusių ŽIV vyrų, turinčių lytinių santykių su vyrais, yra ne tik vakarinėje regiono dalyje – turimais duomenimis, ir kitose regiono dalyse yra daugiau nei anksčiau manyta užsikrėtusių ŽIV šios gyventojų grupės atstovų. Šie duomenys patvirtina pirmosios pažangos ataskaitos išvadas, kad yra nematoma ŽIV epidemija tarp vyrų, turinčių lytinių santykių su vyrais. Kai kuriose šalyse infekcijos paplitimas šioje grupėje ir toliau didėja. Tačiau didėjimo priežastys nėra aiškios ir atskirose šalyse gali skirtis. Todėl apie šias priežastis reikia gauti daugiau duomenų, ir juos turėtų užtikrinti šiuo metu vykdomas Europos vyrų, turinčių lytinių santykių su vyrais, internetinis tyrimas (angl. EMIS). Nors nėra aišku, kaip būtų galima tiksliai įvertinti vyrams, turintiems lytinių santykių su vyrais, taikomų programų aprėptį, vis dėlto galima matyti, kad daugelyje šalių aprėptis yra nedidelė, o nesaugaus analinio sekso paplitimas – neprimtinai didelis. Taip pat kai kurios šalys pateikė duomenis, kad jose tam tikros vyrų, turinčių lytinių santykių su vyrais, grupės – jaunų, gyvenančių ne sostinėse, žemesnio išsilavinimo, save laikančių biseksualiais – yra mažai tikėtina, kad pasiekiamos ŽIV programų.

Nors seksualines paslaugas teikiantys asmenys pasaulyje yra vertinami kaip priklausantys ypač didelės rizikos užsikrėsti ŽIV grupei, šiame regione yra kur kas mažiau tai patvirtinančių duomenų. Pavyzdžiui, daugelyje regiono šalių ŽIV paplitimo mastas tarp seksualines paslaugas teikiančių asmenų yra nedidelis. Tačiau to negalima pasakyti apie visus seksualines paslaugas teikiančius asmenis. Kai kuriose seksualines paslaugas teikiančių asmenų kategorijose ŽIV infekcija paplitusi labiau, įskaitant tuos asmenis, kurie, be to, dar vartoja intraveninius narkotikus, seksualines paslaugas teikiančius vyrus ir transseksualus, asmenis iš šalių, kuriose ŽIV epidemija išplitusi ir tuos, kurie dirba gatvėje. Apskritai tarp seksualines paslaugas teikiančių asmenų perkamų lytinių santykių metu prezervatyvai naudojami palyginti dažnai ir, ko gero, yra labiau priimtini nei kitos šiai asmenų grupei žinomos bendros apsaugos priemonės.

Tarp migrantų iš šalių, kuriose ŽIV epidemija išplitusi, ypač daug užsikrėtusiųjų ŽIV. Nors kai kurios šalys reiškia susirūpinimą dėl kitų migrantų grupių, nėra pakankamai įtikinamų duomenų, patvirtinančių, kad jos, neatsižvelgiant į kitokį rizikingą elgesį, pavyzdžiui, intraveninių narkotikų vartojimą, būtų labiau paveiktos ŽIV. Su migrantais susiję klausimai apima ne tik ŽIV prevenciją, bet ir gydymo bei priežiūros paslaugų teikimą. Daugelyje šalių kyla konkrečių problemų dėl dokumentų neturinčių migrantų galimybių gauti būtinas paslaugas, pavyzdžiui, antiretrovirusinį gydymą.

Kaliniai, ypač vartojantieji intraveninius narkotikus, taip pat neapsaugoti su ŽIV infekcijos šiame regione. Nors pripažįstama, kad kalėjimams ir visuomenei reikia užtikrinti galimybę naudotis tokiomis pačiomis ŽIV prevencijos paslaugomis, daugelyje regiono šalių taip nėra. ES ir EEE šalys gerokai pirmauja teikdamos pakaitinį priklausomybės nuo opioidų gydymą kalėjimuose, tačiau daugelis kitų regiono šalių šio požiūrio neperėmė. Sterilių adatų ir švirkštų dalijimo kalėjimuose srityje dėsningo pirmavimo nenustatyta.

Šio regiono šalių jauniems žmonėms kylanti ypatinga grėsmė užsikrėsti ŽIV šioje apžvalgoje pasirodė gana ginčytina. Akivaizdu, kad vertinant ŽIV riziką jaunų žmonių negalima laikyti vienalyte grupe. Nepaisant to, kai kurių iš jų rizika yra didesnė, pavyzdžiui, jaunų intraveninių narkotikų vartotojų ar jaunų vyrų, turinčių lytinių santykių su vyrais; taip pat yra duomenų, kad programų atsakomosiomis priemonėmis juos pasiekti daug sunkiau nei vyresnio amžiaus grupes. Nors daugiau nei trys ketvirtadaliai šalių pranešė, kad jose švietimas ŽIV klausimais yra įtrauktas į vidurinių mokyklų mokymo programas, nerimą kelia tai, kad regione jauniems žmonėms, ypač jauniausiems, t. y. pradinėse mokyklose, nėra teikiamas išsamus švietimas seksualinės sveikatos klausimais.

ŽIV užsikrėtę asmenys

Visos šalys, renkančios duomenis apie pagrindines tendencijas, pranešė apie žmonių, gaunančių antiretrovirusinį gydymą, skaičiaus padidėjimą priėmus Dublino deklaraciją. Tačiau rūpestį kelia tai, kad daugumoje tų šalių pradėta nuo labai nedidelio gydomų asmenų skaičiaus ir kad ne visi asmenys, kuriems reikia antiretrovirusinio gydymo, skubiai jį gauna. Pagrindinė skubaus asmenų gydymo problema susijusi ne su tuo, kad gydymas turi būti teikiamas tiems, kuriems nustatyta jo reikmė, pavyzdžiui, asmenims, kurių CD4 ląstelių skaičius mažesnis nei 350/mm³. Problema veikiausiai yra ta, kiek ŽIV užsikrėtusių asmenų, kuriems reikia gydymo, regione nežino, kad yra užsikrėtę, nes jiems nebuvo diagnozuotas ŽIV. ECDC 2008 m. duomenys rodo, kad 21 šalyje, kuri pateikė duomenis apie CD4 ląstelių skaičių diagnozavimo metu, daugiau nei pusės tų asmenų CD4 ląstelių skaičius buvo mažesnis nei

350/mm³. Šie skaičiai kelia didelį susirūpinimą, nes rodo, kad regione labai daug žmonių antiretrovirusiniais vaistais pradedama gydyti vėliau nei yra rekomenduojama.

Beveik visos šalys (84 proc.) pranešė, kad į jų nacionalines strategijas ir į kovos su ŽIV ir AIDS veiksmų planus įtraukti klausimai, susiję su atstūmimu ir diskriminavimu, tačiau jie nėra sistemingai įtraukiami į politikos kryptis ir programas. Taip pat yra neigiamų įrodymų, kad regiono šalyse išliko užsikrėtusiųjų ŽIV atstūmimas ir diskriminuojantis požiūris į juos, o mastas, kuriuo naudojami esami kovos su šiais reiškiniais mechanizmai, nėra aiškūs. Padėtis nuo pirmosios Dublino deklaracijos pažangos ataskaitos iš esmės nepagerėjo.

Dublino deklaracijos stebėseną

Vienas iš Dublino deklaracija prisiimtų įsipareigojimų – jos įgyvendinimo stebėseną. Europos Komisija tai daryti įpareigojo ECDC. Ši ataskaita – ECDC inicijuoto proceso vykdančias rezultatas. Ji parengta remiantis daugelio asmenų ir organizacijų pagalba. Prie jos ypač prisidėjo šioje apžvalgoje dalyvavusios 49 šalys, kurios pateikė savo duomenis.

Apžvalgos rengėjai rėmėsi dviem principais: kur tik įmanoma, naudojosi esamais duomenimis ir rodikliais, ir užtikrino, kad būtų atsekti ir panaudoti rodikliai, tiesiogiai susiję su Europos ir Centrinės Azijos padėtimi. Laikantis šių dviejų principų, kartais išskildavo prieštaravimų, ypač dėl to, kiek šiame procese galima naudotis UNGASS rodikliais ir duomenimis. UNGASS rodikliais naudotasi visais galimais atvejais. Jei šalys anksčiau pateikė duomenis UNGASS, jie buvo panaudoti apžvalgoje. 2008 m. gauti duomenys iš 12 šalių, kurios anksčiau neteikė ataskaitų UNGASS. Atliekant apžvalgą šalims buvo leidžiama pateikti turimus duomenis konkrečiomis temomis, net jei tie duomenys nevisiškai atitiko UNGASS rodiklius. Be to, buvo renkama informacija apie kai kurias gyventojų grupes, kurioms nėra nustatytų apibrėžtų UNGASS rodiklių, pavyzdžiui, apie kalinius ir migrantus iš šalių, kuriose ŽIV epidemija išplitusi. Šioje apžvalgoje daroma išvada, kad būtų galima užtikrinti geresnę regiono šalių ataskaitų teikimą UNGASS, jei:

- rodikliai būtų labiau susiję su regionu;
- būtų aiškiau suformuluota tarptautinių ataskaitų teikimo nauda;
- šalims tenkanti ataskaitų teikimo našta būtų sumažinta įdiegus vieną koordinuotą tarptautinę ataskaitų teikimo tvarką.

Šioje apžvalgoje dalyvavusios regiono šalys išreiškė susirūpinimą, kad šios problemos būtų kuo skubiau sprendžiamos. ECDC pasirengęs atlikti vadovaujantį vaidmenį šiame regioniniame procese.

12. 2009 m. gripo A(H1N1) pandemija Europoje – įgytos patirties apžvalga

(paskelbta 2010 m. lapkričio mėn.)

Šios išplėstinės ataskaitos tikslas – pateikti išsamią 2009 m. pandemijos Europos Sąjungos ir Europos ekonominės erdvės (ES ir EEE) šalyse (27 ES valstybėse narėse, Norvegijoje ir Islandijoje) epidemiologijos ir virusologijos apžvalgą. Ataskaitoje pateikta pagrindinė informacija apie gripo epidemijas ir pandemijas, ypač apie jų kintamumą ir nenuspėjamumą. Informacija parengta ir pagrindinės tendencijos nustatytos, remiantis epidemiologinių ir virusologinių duomenų analize bei vertinimu ir pasinaudojus kitomis duomenų analizėmis, kurios Europos užkrečiamųjų ligų prevencijos ir kontrolės centro (ECDC) Europos epidemiologinės priežiūros sistemai (angl. TESSy) buvo pateiktos per Europos gripo priežiūros tinklą (EISN).

Šie duomenys ir analizė parodė, kad Šiaurės Amerikoje atsiradęs pandeminis virusas ėmė plisti Europoje maždaug 2009 m. 16-ą savaitę. Šis virusas atitiko Europoje ir kitose pasaulio dalyse nustatytus pandemijos kriterijus. ECDC, ES ir EEE valstybės narės, padedamos Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) ir viruso jau apimtų šalių už Europos ribų, skubiai parengė ir suderino tinkamą pandemijos epidemiologinės priežiūros sistemą. Epidemiologinė priežiūra buvo parengta remiantis ankstesnėmis sistemomis, tačiau į ją įtraukti nauji elementai, skirti padėčiai kai pasireiškia sunkus paneminio viruso poveikis, stebėti. Taip pat pasitelkta epidemiologinė žvalgyba ir tiksliniai moksliniai stebėjimo metodai, siekiant kuo anksčiau nustatyti esminius parametrus, reikalingus rizikai įvertinti turint visą informaciją, prognozėms sudaryti ir atsakomosioms priemonėms parengti.

Europos gripo priežiūros tinklas pavasarį ir vasarą pranešė apie pirmą viruso plitimo bangą, kuri paveikė daugumą šalių, bet itin stipriai pasireiškė tik keliose šalyse, ypač Jungtinėje Karalystėje. Vasarą viruso plitimo greitis trumpam sumažėjo, tačiau rudens pradžioje, vos atsidarius mokykloms, vėl padidėjo. Šį kartą gripas apėmė visas šalis – rudens ir žiemos viruso banga plito iš vakarų į rytus per visą žemyną. Pasaulio sveikatos organizacija oficialiai paskelbė pandemijos pabaigą 2010 m. 32-ą savaitę.

Daugumoje šalių rudens ir žiemos infekcijos banga kilo labai staigiai, tęsėsi vidutiniškai 14 savaitių ir sukėlė panašią hospitalizacijos ir mirčių bangą. Tačiau liga reišėsi nevienodai sunkiai, jos sunkumas skyrėsi atskirose vietovėse, net ir tos pačios šalies viduje. Apskritai ES ir EEE šalyse oficialiai užregistruota 2 900 mirčių per pirmus 12 pandemijos mėnesių, kurių metu šalys dėjo papildomas pastangas, kad surinktų šiuos duomenis. Tačiau pripažinta, kad tai sudarė tik dalį dėl pandemijos sąlygto mirčių skaičiaus. Nustatytas bendro metinio mirčių skaičiaus padidėjimas tarp mokyklinio amžiaus vaikų. Nors šis gripo virusas anksčiau nebuvo žinomas, ankstesnis sąlytis su, matyt, panašios antigeninės sudėties virusu, plitusių praėjusio amžiaus šeštajame dešimtmetyje, Europoje nulėmė daugelio vyresnių žmonių tam tikrą imunitetą. Šis faktas nėra išskirtinai būdingas vien tik 2009 m. pandemijai ir paaiškina du iš daugelio žinomų šio gripo skirtumų nuo tarppandeminio, arba sezoninio, gripo: mažesnę bendrą mirtinumą ir didesnę nei tikėtasi jaunų žmonių sergamumą ir mirštamumą naštą. Nors atrodė, kad daugelis vyresnio amžiaus žmonių yra apsaugoti, tų, kurie vis dėlto sirgo gripu, mirštamumas buvo didžiausias iš visų amžiaus grupių.

Pandeminis virusas išstūmė anksčiau Europoje vyravusius tarppandeminius gripo A virusus; tačiau gripo B virusų vis dar būdavo nustatomi sezono pabaigoje. Nustatyta, kad tik labai nedaug pandeminių virusų yra atsparūs oseltamivirui, ir atrodė, kad tik keletas iš jų gali būti perduodami iš žmogaus žmogui. Nors pandeminiai virusai nėra identiški, iki šiol beveik nėra duomenų apie ryšius jų antigenų pakitimus ar naujų vyraujančių atmainų atsiradimą. Buvo padaryta prielaida, kad viena atmaina – (H1N1)-D222G – yra susijusi su sunkesne ligos forma, tačiau priežastinis ryšys nėra nustatytas.

Neturintys rimto pagrindo duomenys rodė, kad buvo daugiau lengvų ir besimptomų gripo atvejų nei tarppandeminiu laikotarpiu, tačiau užregistruota nemažai ūmaus kvėpavimo sutrikimo sindromo (ang. ADRS), kuris labai retai pasireiškia tarppandeminiu laikotarpiu, atveju, daugelyje vietų lėmusių didelį krūvį intensyvios terapijos skyriams. Didžiausi buvo vaikų sergamumo rodikliai, ir šalių ataskaitose pateikti duomenys rodė, kad didžiausias sergamumas buvo tarp mokyklinio amžiaus vaikų. Dėl didžiulio sergamumo kai kuriose vietovėse pirminės sveikatos priežiūros įstaigoms, ligoninių pediatrijos skyriams ir ypač intensyvios terapijos skyriams teko sunki našta.

Šiuo metu jau yra pirmieji serologinių tyrimų duomenys, kurie patvirtina epidemiologinės priežiūros duomenis, rodančius didesnę nei manyta remiantis klinikiniais atvejų požymiais infekcijos plitimo mastą. Tačiau šie duomenys dar nėra pakankami, kad būtų galima daryti patikimas prognozes, kas nutiks kitą žiemą (2010–2011 m.), todėl Pietų pusrutulio nuosaikais klimato šalių patirtis 2010 m. vasaros laikotarpiu Europoje buvo ypač naudinga.

Ankstyvoje stadijoje pandemija buvo kur kas švelnesnė nei baimintasi. Tai pabrėžiama pirminiuose ECDC rizikos vertinimuose⁶, PSO ataskaitose ir ECDC informaciniuose pranešimuose nacionalinėms ir Europos institucijoms.

⁶ Žr. interneto svetainėje

http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/H1N1/risk_threat_assessment/Pages/risk_threat_assessment.aspx.

Nedarbingumo lygis buvo gana žemas, taip pat pandemija neturėjo didelio poveikio kitoms nei sveikatos priežiūros sektoriaus tarnyboms. Šie ir kiti požymiai rodė, kad tai buvo tikriausiai pati švelniausia kokios tik buvo galima tikėtis pandemija Europoje.

Kadangi 2009 m. pandemija kėlė mažesnę grėsmę nei ta, kurios tikėjosi ir kuriai rengėsi daugelis šalių, buvo galima patikrinti esamų planų lankstumą. Pandemija kilo tuo metu, kai buvo galimybė greitai pagaminti diagnostinius testus ir taikyti prevencines medikamentines atsakomąsias priemones, tokias kaip, antivirusinius vaistus (virusas turėjo nedidelį atsparumą neuraminidazės inhibitoriams, bet buvo beveik visiškai atsparus senesniems adamantanamams), taip pat anksčiau nei bet kada buvo sukurtos atitinkamos vakcinos. Vis dėlto dėl kiekvieno iš šių veikslių kilo sunkumų, atsirado naujų iššūkių ir staigmenų. Kaip minėta, tuo metu, kai intensyvios terapijos skyriai jau turėjo didžiulį darbo krūvį, dažniau nei tikėtasi pasireiškė ūmaus kvėpavimo sutrikimo sindromas, nors kiti ligoninių skyriai nebuvo labai apkrauti. Malonesnė staigmena buvo ta, kad greitai pagamintos pandeminės vakcinos sukėlė gerą imuninį atsaką – daug iš jų suaugusių skiepijimui pakako tik vienos dozės. Taip pat buvo įrodyta, kad jos veiksmingos ir pakankamai saugios, nors būtina tęsti tolimesnę priežiūrą, siekiant tiksliai nustatyti jų saugumą. Kai jau buvo galima vakcinas skiepyti, sveikatos priežiūros darbuotojų, kuriems buvo siūloma skiepytis, požiūris į jas buvo nevienodas. Patikimų duomenų apie skiepijimo apimtį ES lygmeniu dar nėra, bet susidaro įspūdis, kad skiepijimo apimtys labai skyrėsi tarp šalių ir kad tik kai kuriose šalyse pasiektos didelės skiepijimo apimtys tarp visų gyventojų arba tikslinėse rizikos grupėse.

Nepakankamas pasitikėjimas vakcina iš dalies susijęs su sunkiai suprantamu gana sudėtingos kompleksinės informacijos apie riziką perdavimu, kuria, iš esmės, žmonėms buvo perduota informacija, kad jei žmonės nepriklauso rizikos grupei (maži vaikai, lėtinėmis ligomis sergantys asmenys ir nėščios moterys), galimybė užsikrėtus virusu susirgti sunkia ligos forma yra labai nedidelė. Tačiau, atsižvelgiant į tai, kad 25–30 proc. visų oficialiai užregistruotų mirusių ligonių buvo anksčiau buvę sveiki, jaunesni kaip 65 metų asmenys, antrą kartą žinia buvo, kad visiems sveikiems suaugusiesiems ir vaikams kyla nedidelė, tačiau reali rizika pandemijos metu sunkiai susirgti ir mirti. Taigi, informacija apie riziką teikimas iškėlė nemažų iššūkių.

Atsižvelgiant į visa tai, ko gero, būtų teisinga teigti, kad ES ir EEE šalys gana gerai valdė pandemijos atsakomąsias priemones. Nė viena šalis nepersistengė, o Komisijos, PSO ir ECDC parengtos diskusijų ir keitimosi informacija ir duomenų analizės rezultatai sistemos buvo lankščios ir naudingos. EISN epidemiologinė priežiūra, paremta virusologiniais ir ankstyvuojančiu laikotarpiu apie kiekvieną atvejų duomenimis, buvo tinkama ir leido padidinti duomenų, gaunamų iš ECDC epidemiologinės žvalgybos ir taikant tikslinius mokslinio stebėjimo metodus, apimtį. Ne taip sėkmingai pavyko pasikeisti duomenų, kurįs buvo paveiktos pirmiausia analize, todėl buvo labai naudinga greitai gauti duomenis bei jų analizės rezultatus iš Šiaurės Amerikos ir Pietų pusrutulio šalių. Nepaisant daugelio apžvalgų ir vykstančių dalijimosi patirtimi veiksnių, kelios bendro pobūdžio išvados yra akivaizdžios:

- siekiant pagerinti pasirengimo planų lankstumą, būtina susitarti dėl pandemijos sunkumo laipsnio apibrėžčių;
- rutininės epidemiologinės priežiūros sistemos, įdiegtos iki pandemijos, leistų nedaug ką keisti iš tikrųjų krizei ar net kilus pandemijai;
- reikėtų užtikrinti geresnę rutininę sunkių atvejų (hospitalizacijos, mirčių) epidemiologinę priežiūrą;
- ateityje turi būti geriau keičiamasi ankstyva duomenų iš pirmiausia pandemijos paveiktų šalių analize;
- reikia dėti daug pastangų, įskaitant mokslinius tyrimus ir technologinę plėtrą, kad seroepidemiologinių tyrimų rezultatai būtų prieinama realiuoju laiku;
- modeliavimas pandemijos metu turėtų būti labiau susietas su politika ir veikla visoje Europoje, ne tik vienoje ar dviejose šalyse.

Pasirengimo pandemijoms planavimą reikia iš naujo peržiūrėti, nes ši pandemija neatmeta galimybės netolimoje ateityje kilti kitai pandemijai, pavyzdžiui, H5 arba H7. Naujos kartos planai turi būti lankstesni, leidžiantys kovoti su įvairaus sunkumo pandemijomis ir įvairiais ECDC „žinomų nežinomųjų“ deriniais. Tai būtų lengviau įgyvendinama pasiekus bendrą sutarimą dėl europinio požiūrio į pandemijos sunkumo laipsnio vertinimą ir derinant atsakomąsias priemones prie įvairaus pandemijos masto bei ypatybių. Be to, tuose naujuose planuose reikia užtikrinti gripo epidemiologinės priežiūros sistemų, atsižvelgiant į poreikius pandemijos metu (visų pirma - sunkios ūmos kvėpavimo takų infekcijos, gripo sąlygotas mirtinumą ir galiausiai seroepidemiologinę priežiūrą), stiprinimą ir tvarumą. Epidemiologinės priežiūros veikla turi būti prioritetinga, jai vykdyti būtina skirti reikiamus išteklius ir leisti ją plėtoti bei ją išbandyti tarp pandeminių laikotarpiu, kad ji taptų lankstesnė ir veiksmingesnė kilus kitai didelei krizei.

13. Pažanga siekiant likviduoti tuberkuliozę – tolesnis Kovos su tuberkulioze Europos Sąjungoje veiksmų planas

(paskelbta 2010 m. lapkričio mėn.)

Įvadas

2008 m. Europos ligų prevencijos ir kontrolės centras (ECDC) patvirtino Kovos su tuberkulioze Europos Sąjungoje veiksmų planą. Už sveikatos sritį atsakingam ES Komisijos nariui paprašius, ECDC parengė veiksmų plano tęsinį. Šio veiksmų plano tęsinio tikslai: pateikti dabartinės tuberkuliozės kontrolės strategijos ES apžvalgą ir nurodyti, kaip tai susiję su situacija pasaulyje padėtimi, taip pat apibrėžti epidemiologinę ir strateginę stebėsenos sistemą, kuri leistų įvertinti padarytą pažangą, siekiant Europoje likviduoti tuberkuliozę.

Europinė ir pasaulinė strategija

Dabartinis tuberkuliozės epidemijos lygis Europoje skatina kurti specialų priežiūros modelį, kuris būtų lengvai pritaikomas visose valstybėse narėse. Tam reikalinga gerai suprasti epidemiologinę situaciją, kuri bus stebima. Šioje tolesnės veiklos ataskaitoje pateikta dabartinės epidemiologinės situacijos ES ir pasaulyje apžvalga ir pripažįstamas išsamios tuberkuliozės kontrolės strategijos poreikis atsižvelgiant į tuberkuliozės epidemijos mastą pasaulyje.

Veiksmų plano stebėseną

Šioje ataskaitoje siūlomi keli svarbiausi epidemiologiniai ir veiklos rodikliai bei tikslai, sudarantys neatskiriamą stebėsenos sistemos dalį. Šie rodikliai atitinka jau ir taip įvairiose pasaulinio ir regioninio bendradarbiavimo srityse kontroliuojamus rodiklius ir gali būti atrinkti iš informacijos, kurią šalis renka ir teikia. Visi svarbiausi tęstinės veiklos rodikliai yra aiškiai susieti su aštuoniomis veiksmų plano strateginėmis sritimis, siekiant užtikrinti pažangos kiekvienoje šių sričių vertinimą.

Epidemiologiniai rodikliai

- 1 Užregistruotų atvejų rodiklio kitimo tendencijos
- 2 Užregistruotų keliems antimikrobiniams preparatams atsparių atvejų rodiklio kitimo tendencijos
- 3 Užregistruotų vaikų ir suaugusiųjų atvejų rodiklių santykio kitimo tendencijos
- 4 Sergančiųjų tuberkulioze vidutinio amžiaus kitimo tendencijos

Veiklos rodikliai

- 1 Nacionalinio tuberkuliozės kontrolės plano parengimas
- 2 Nacionalinio tuberkuliozės kontrolės plano įgyvendinimo gairių parengimas
- 3 Nacionalinių tuberkuliozės referentinių laboratorijų (prisijungiant prie Europos tuberkuliozės referentinių laboratorijų tinklo ERLN-TB), užtikrinančių išorinės kokybės sistemą, procentinė dalis
- 4 Naujų tuberkuliozės kontrolės priemonių rengimo ir įgyvendinimo strategija
- 5 Naujų plaučių tuberkuliozės atvejų, patvirtintų mikrobiologiniais tyrimais, procentinė dalis ir atvejų, kuriems atlikti jautrumo pirmo pasirinkimo vaistams testai, procentinė dalis
- 6 Procentinė dalis valstybių narių, pateikiančių sėkmingai gydytų pacientų rodiklį
- 7 Sėkmingai gydytų pacientų rodiklis
- 8 Tuberkulioze sergančių pacientų, infekuotumo ŽIV, procentinė dalis

Priedas: 2010 m. ECDC leidiniai

Techninės ataskaitos

Gegužė

Risk assessment on Q fever

Birželis

Core functions of microbiology reference laboratories for communicable diseases

Rugsėjis

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

Spalis

Surveillance and prevention of hepatitis B and C in Europe

Lapkritis

External quality assurance scheme for Salmonella typing

Evidence synthesis for Guidance on HIV testing

Gruodis

Fostering collaboration in public health microbiology in the European Union

ECDC rekomendacijos

Spalis

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']

Gruodis

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

Epidemiologinės priežiūros ataskaitos

Kovas

Tuberculosis surveillance in Europe 2008

Gegužė

Influenza surveillance in Europe 2008/09

Spalis

Annual Threat Report 2009

Surveillance of invasive bacterial diseases in Europe 2007

Lapkritis

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

Specialios ataskaitos

Liepa

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

Rugsėjis

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

Lapkritis

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

Susitikimų ataskaitos

Sausis

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

Vasaris

Expert forum on communicable disease outbreaks on cruise ships

Kovas

Training strategy for intervention epidemiology in the European Union

Balandis

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

Gegužė

Annual meeting of the European Influenza Surveillance Network (EISN)

Birželis

First annual meeting of the European Reference Laboratory Network for Tuberculosis

Expert consultation on healthcare-associated infection prevention and control

Liepa

Surveillance in EU and EEA/EFTA countries

Gruodis

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

Misijų ataskaitos

Vasaris

Buvusiosios Jugoslavijos Respublikos Makedonijos sveikatos apsaugos sistemos pažanga ir viešos konsultacijos

Spalis

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

Techniniai dokumentai

Kovas

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

Joint European pandemic preparedness self-assessment indicators⁷

Rugsėjis

Conducting health communication activities on MMR vaccination

⁷ Paskelbė PSO.

Organizacijos leidiniai

Summary of key publications 2009

Annual Report of the Director 2009

Strategies for disease-specific programmes 2010–2013

ECDC Insight

Executive Science Update

Periodiniai leidiniai

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

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