



ECDC **CORPORATE**

A fontosabb kiadványok
összefoglalója
2010

ECDC CORPORATE

A fontosabb kiadványok összefoglalója 2010



Javasolt hivatkozás: Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ. A fontosabb kiadványok összefoglalója, 2010. Stockholm: ECDC; 2011.

Stockholm, 2011. április

© Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ, 2011.

Sokszorosítása a forrás feltüntetése mellett engedélyezett.

Tartalomjegyzék

Bevezetés	V
Szakmai jelentések.....	1
1 Kockázatértékelés a Q-lázzról	1
2 A hepatitisz B és C felügyelete és megelőzése Európában.....	3
ECDC-útmutató.....	5
3 A meningococcusok okozta szórványos invazív megbetegedéseket és a betegekkel kapcsolatba került személyeket érintő járványügyi intézkedések	5
4 HIV-vizsgálat: növekvő számú vizsgálat és javuló eredményesség az Európai Unióban.....	7
Felügyeleti jelentések.....	11
5 A tuberkulózis felügyelete, 2008	11
6 Az influenza felügyelete Európában, 2008/09 – 2008 40. hetétől 2009 39. hetéig	13
7 A baktériumok okozta invazív betegségek felügyelete Európában, 2007.....	14
8 Éves járványügyi jelentés az Európában előfordult fertőző betegségekről, 2010	17
9 Az antimikrobiális rezisztencia felügyelete Európában, 2009.....	23
10 A HIV/AIDS európai felügyeletének 2009. évi adatai	25
Különjelentések	27
11 A HIV/AIDS ellen Európában és Közép-Ázsiában folytatott küzdelem keretében kialakított partnerségről szóló dublini nyilatkozat végrehajtása: 2010. évi haladási jelentés.....	27
12 A 2009-es A(H1N1) influenza világjárvány Európában – a tapasztalatok áttekintése	30
13 Haladás a tuberkulózis felszámolása terén – az Európai Unióban a tuberkulózis leküzdésére irányuló cselekvési keretterv nyomon követése	33
Melléklet: ECDC-kiadványok 2010-ben	34
Szakmai jelentések	34
ECDC-útmutató	34
Felügyeleti jelentések	34
Különjelentések.....	35
A találkozókra készült jelentések.....	35
Kiküldetési jelentések	35
Szakmai dokumentumok	35
Intézményi kiadványok	36
Rendszeres kiadványok.....	36

Bevezetés

2010-ben az Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ (ECDC) összesen 35 tudományos dokumentumot tett közzé. Közülük az alábbiak kiemelt figyelmet érdemelnek:

- *Az Európában előfordult fertőző betegségekről szóló – 2010-ben megjelent – éves járványügyi jelentés az ECDC éves kiadványának negyedik kötete, amely a 2008. évi felügyeleti adatok átfogó összegzését tartalmazza;*
- *„A tuberkulózis felügyelete Európában, 2008” és „A HIV/AIDS felügyelete Európában, 2009” című kiadvány, mindkettő az Egészségügyi Világszervezet Európai Regionális Irodájával (WHO EURO) közösen készült, az Európai Unió (EU) és az Európai Gazdasági Térség (EGT) országaiban, valamint a WHO Európai Regionális Irodájához tartozó régió további 23 országában fennálló helyzet felügyeleti adataival foglalkozik;*
- *A HIV/AIDS ellen Európában és Közép-Ázsiában folytatott küzdelem keretében kialakított partnerségről szóló dublini nyilatkozat végrehajtása: 2010. évi előrehaladási jelentés – a 2010-ig elért eredmények áttekintése 49 ország adatai alapján.*
- *Az antimikrobiális rezisztencia 2009. évi felügyelete Európában. Az Antimikrobiális Rezisztencia Európai Felügyeleti Hálózatának (EARS-Net) éves jelentése, amely az EARS-Net első éves jelentése azóta, hogy az Antimikrobiális Rezisztencia Európai Felügyeleti Rendszere (EARSS) 2010. január 1-jével az ECDC-hez került; ez a dokumentum közegészségügyi célú európai referenciaadatokkal szolgál az antimikrobiális rezisztenciáról.*
- *A 2009-es A(H1N1) influenza világjárvány Európában: a tapasztalatok áttekintése – a 2009. évi világjárvány átfogó járványügyi és virológiai áttekintése az EU és az EGT országaiban.*

Az olyan, kiválasztott ECDC-kiadványok összefoglalóit – mint a fentiek – azért szerkesztettük egy dokumentumba, hogy minden uniós, továbbá izlandi és norvég nyelven elérhetőek legyenek a döntéshozók számára. Ezek a kivonatok az eredeti kiadványok szellemét tükrözik, de az összefoglalási folyamat során néhány fontos részlet kimaradhatott. Ha az olvasó részletesebb információkra tart igényt, javasoljuk, hogy olvassa el a dokumentumok teljes szövegét, amely online formában a következő címen található meg: www.ecdc.europa.eu.

Az ECDC valamennyi 2010. évi kiadványát tartalmazó lista a mellékletben található. A fenti hivatkozásokon mindezek elérhetőek elektronikus formában, tartalmuk rövid leírásával együtt. Egyes jelentések nyomtatott formában is megjelentek. Ha ezek bármelyikét nyomtatott formában szeretné megkapni, az alábbi címre várjuk e-mailjét: publications@ecdc.europa.eu.

Szakmai jelentések

1 Kockázatértékelés a Q-lázzról

(Közzététel: 2010. május)

Az Európai Bizottság kérésére **kockázatértékelés** készült a Q-lázzal és annak vér útján történő terjedésével kapcsolatos kérdések, a krónikus Q-láz egészségügyi hatásának és a várandós nőkre vonatkozó kockázatának felmérésére. A Hollandiában az utóbbi időben zajló járványra hivatkozva az ECDC-t arra is felkérték, hogy értékelje a határokon át történő terjedés kérdését, valamint a jobb felügyeleti rendszerek szükségességét. A kockázatértékelést a bizonyítékokon alapuló módszerek elvei szerint végezték el, az egyes kérdésekre vonatkozó keresési kulcsszavak, valamint az azonosított vizsgálatok bevonási és kizárási kritériumainak meghatározásával és a bizonyíték minőségének értékelésével. A hozzáférhető legjobb bizonyítékokat egy szakértői testülettel tekintették át és vitatták meg, amely Hollandia, Franciaország, Németország, az Egyesült Királyság és az Egyesült Államok képviselőiből állt. A munka az Európai Élelmiszer-biztonsági Hatóság Q-lázzal kapcsolatos kockázatértékelésével párhuzamosan és azzal összehangoltan zajlott.

Az akut Q-láz jellemzően enyhe, orvosi beavatkozás nélkül is gyógyuló, influenzaszerű betegség, de néha tüdőgyulladással, májgyulladással és egyéb tünetekkel jár. Két hétig tartó doxycyklin-kezeléssel rendszerint eredményesen gyógyítható.

A *Coxiella burnetii* obligát intracelluláris (csak sejten belül élő) baktérium, amely **vér és szövetek** útján más személyre is átvihető. Az ilyen átvitel kockázata alacsony, a szakirodalom csak egyetlen dokumentált esetet említ. Járvány idején meg kell határozni az érintett területet, és biztonsági óvintézkedések mérlegelendők, mint például az aktív felügyelet a vért és szöveteket kapó személyek körében, a donorok, valamint a vér- és szövetkészítmények szűrése. Az érintett területről a lappangási idő eltelte előtt érkezett és tünetekkel nem járó bakteriemiában (öt-hét hét) szenvedő utazók esetében mérlegelendő a véradásból történő kizárásuk az említett időszak végéig. A vért kapó, különösen nagy kockázatnak kitett személyeknél – például szívbillentyű-eltávolításban szenvedő betegeknek – antibiotikum-kezelés mérlegelendő. Az akut Q-lázon átesett donoroknak az akut fertőzésből való bizonyított felgyógyulásukat követően két évig tartózkodniuk kell a véradástól. Az ilyen intézkedések végrehajtásának előnyeit, és az adott terület vérellátására gyakorolt esetleges hátrányos hatásukat gondosan mérlegelni kell. Kockázati kommunikációs stratégiát kell kidolgozni.

A **krónikus Q-láz** az akut Q-láz súlyos szövődménye, amely a tünetekkel járó akut megbetegedések mintegy 2%-ában alakul ki, és a halálozási arány 5% és 50% között változhat. A krónikus Q-láz szívbelhártya-gyulladást okoz a kockázatnak kitett csoportokba tartozóknál, például azoknál a személyeknél, akiknek kórtörténetében szívbillentyű-betegség, billentyűprotézis vagy érprotézis beültetése szerepel. Szintén nagyobb kockázatnak vannak kitéve a daganatos vagy csökkent immunműködésű betegek. A krónikus Q-láz egynél több antibiotikummal, legalább egy éven át – néhány esetben egész életen keresztül – kezelendő. A károsodott szívbillentyűk műtéti cseréjére lehet szükség.

Az akut Q-láz hatékony észlelése és kezelése a legjobb stratégia a krónikus esetek elkerülésére. Három lehetséges stratégiáról számolnak be: (1) az egészségügyi szakemberek és a lakosság figyelmének felhívása a kockázatnak kitett csoportokra; (2) az ismert kockázati csoportok aktív szerológiai nyomon követése az akut Q-láz korai észlelése és kezelése érdekében; vagy (3) minden ismert akut Q-lázban szenvedő beteg beutalása szivultrahang-vizsgálatra az esetek aktív felderítése és nyomon követése érdekében.

Jól tervezett prospektív kohorsz-vizsgálatokat és - amennyiben etikai szempontból kivitelezhető - kontrollált kísérleteket kell indítani annak érdekében, hogy közegészségügyi téren megbízhatóbb bizonyítékokat szerezzünk arról, hogyan előzhető és fékezhető meg a Q-láz járványok, és klinikai téren arról, hogyan diagnosztizálható és kezelhető az akut és krónikus betegség.

A **terhesség során kialakuló Q-lázzal** igen korlátozott ismeretek állnak rendelkezésre, és ezek elsősorban házi- és kísérleti állatokon végzett megfigyelésekből és kutatásokból, szeroprevalencia-vizsgálatokból, eseteleírásokból, valamint egy 15 éves időszakot átívelő, 53 várandós nőre vonatkozó esetsorozatból származnak. A jelenleg rendelkezésre álló ismeretek alapján nem számszerűsíthető, hányszorosa a Q-láz súlyos kimenetelei miatt a várandós nőket érő kockázat az általános (női) populációt érő kockázathoz viszonyítva. Számos olyan esetről érkezett jelentés, amelynél a terhesség alatt kialakuló, *Coxiella burnetii* okozta fertőzés nemkívánatos kimenetelű terhességet eredményezett. A *Coxiella burnetii* néhány esetben kimutatható volt a méhlepényben és a magzati szövetekben. A *Coxiella* emberi anyatejben is azonosítható volt, de egyetlen hitelesített eset sem fordult elő, amikor a kórokozó az anyatej révén a szoptatott csecsemőt megfertőzte.

Vannak arra utaló adatok, hogy a kotrimoxazollal végzett, hosszan tartó antibiotikum-kezelés potenciálisan megelőzi a terhesség súlyos kimenetelét, de a bizonyíték egy olyan esetsorozaton alapul, amelyet randomizáció és

a lehetséges torzító hatásokra vonatkozó kontroll nélkül vizsgáltak. Amíg kiváló minőségű kezelési vizsgálatokból nem állnak rendelkezésre további bizonyítékok, a Q-lázzal diagnosztizált várandós nőket a terhesség hátralevő időszakában antibiotikumokkal kell kezelni. Ezen ajánlás tudományos alapja mindazonáltal gyenge, és az ECDC megbízhatóbb bizonyítékok szerzése érdekében határozottan ajánlja randomizált kontrollált vizsgálatok elvégzését.

A várandós nőknek fel kell hívni a figyelmét arra, hogy az érintett területeken kerüljék a mezőgazdasági üzemeket. Az ECDC nem int óva a szoptatástól, kivéve a krónikus megbetegedést, amikor az anya hosszan tartó kezelésére van szükség.

Ausztráliában a **Q-láz** ellen egy formalinnal inaktivált, teljes sejtet tartalmazó **vakcinát** gyártanak, illetve engedélyeztek. A vakcina hatásos, de oltás **előtt vizsgálatra van szükség**, mivel a vakcina a *Coxiella burnetii* okozta fertőzésen korábban átesett személyeknél erős reakciókat képes kiváltani, emiatt a vakcina az általános védőoltás helyett alkalmasabb a meghatározott kockázati csoportokba tartozók oltására.

A rendelkezésre álló bizonyítékok arra utalnak, hogy a *Coxiella burnetii* 5 km-nél kisebb távolságban képes ténylegesen **levegő útján terjedni**. Ezért annak kockázata, hogy Hollandiából levegő útján továbbterjed, csak a szomszédos országokra (azaz Németországra, Belgiumra), és azoknak is csak a járvány góciához közel eső területeire korlátozódik. A jelentések szerint az akut Q-láz aktív felügyelete és esetfelderítése a lehetséges kockázati csoportokban (azaz várandós nők, szívbillentyű- vagy érbetegségben szenvedő betegek) helyi szinten és meghatározott időtartamig megvalósítható, és hatékony módszere az akut fertőzések észlelésének. A járvány által érintetthez közel eső területeken (a forrástól legfeljebb 5 km-ig) figyelem-felkeltő kampányt kell indítani az egészségügyi szakemberek körében. Ha a terület más tagállamokat is érint, az illetékes közegészségügyi hatóságoknak tájékoztatniuk kell a határ túloldalán illetékes megfelelő hatóságot. A közegészségügyi és állategészségügyi hatóságok közötti információ-megosztás elősegítené a járvány korai felismerését. Az egészségügyi és állategészségügyi hatóságoknak ezenfelül nemzeti és helyi szinten meg kell tenniük a szükséges intézkedéseket a járvány megfékezése érdekében.

2 A hepatitisz B és C felügyelete és megelőzése Európában

(Közzététel: 2010. október)

Alkalmazási kör

E felmérés elvégzésének célja az volt, hogy az EU-ban/EGT-ben feltérképezzék a hepatitisz B-re és C-re vonatkozóan működő nemzeti felügyeleti rendszereket és megelőzési programokat.

Hepatitisz B

Felügyelet Európában

Minden ország jelezte, hogy kötelező passzív jelentéstételi rendszert tart fenn a hepatitisz B tekintetében. 15 országban csak egy specifikus felügyeleti rendszer működött, négy országban pedig több felügyeleti rendszer is létezett. A felügyelet nemzeti célkitűzései a különböző országokban igen hasonlóak, de az esetmeghatározások nem mindig álltak összhangban a célkitűzésekkel; nyolc ország jelezte, hogy az EU 2008-as esetdefinícióját vezették be, míg háromban az EU 2002-es esetmeghatározását alkalmazták. Összesen 21 ország használt olyan esetmeghatározást, amely igen hasonló volt az unióshoz. A különböző esetmeghatározások alapján 28 ország jelenti a megerősített eseteket, és ezek között 27 szerepelteti az akut hepatitisz B eseteket is. A krónikus esetek 17 ország jelentéseiben szerepelnek; a tünetekkel nem járó eseteket gyakran figyelmen kívül hagyják. Huszonhat ország számolt be arról, hogy nemzeti szinten esetalapú adatokat gyűjtenek, de az elemzés gyakorisága országonként változik. Az alapadatok körére (életkor, nem, lakóhely, a betegség kezdetének dátuma, jelentéstételi dátuma) vonatkozóan 26 országban gyűjtenek információkat, de gyakran hiányoznak a járványügyi kockázatra és a betegség hatására vonatkozó részletes adatok.

Járványügyi helyzet Európában

27 ország jelentései szerint 2007-ben a 100 000 lakosra jutó, újonnan jelentett esetek száma 0 és 15,0 között változott, átlagosan 1,5-nek adódott (Az Európában előfordult fertőző betegségekről szóló – 2009-ben megjelent – éves járványügyi jelentés. Stockholm: ECDC; 2009). Az EU/EGT-országokban 100 000 lakosra jutó HBV-esetek jelentett száma 1995 és 2007 között 6,7-ről 1,5-re csökkent. Kihívást jelenthet a tendenciák nyomon követése és az országok közötti összehasonlítás elvégzése, mivel a felügyeleti rendszerek számottevően különböznek, és a közelmúltbeli változások hatással lehetnek az ismertetett adatokra.

A HBV prevalenciája (előfordulási gyakorisága) az általános lakosság körében nagymértékben eltér az egyes országok között – a HBsAg-hordozók alacsonytól a közepesig terjedő aránya jellemzi Szlovákiát (1,6%), Olaszországot (1%), Belgiumot és Franciaországot (0,6% körüli), Finnországot, Magyarországot, az Egyesült Királyságot (valamennyi 0,5% alatt) és Bulgáriát (3,8%). A várandós nők HBV szűrését 24 országban végzik, de Belgiumban, Bulgáriában, Litvániában, Luxemburgban és Romániában nem. A várandós nők körében észlelhető prevalencia a görögországi 1,15% és a finnországi 0,14% között változik. Az intravénáskábítószer-használókra (29 országból 15), a fogvatartottakra (11 ország), a nemi úton terjedő fertőzésekkel (STI) foglalkozó klinikák pácienseire (kilenc ország), illetve a több partnerrel szexuális kapcsolatot fenntartó személyekre (két ország) vonatkozóan is működnek szűrési programok. A HBV prevalenciája nyolc ország jelentése szerint magasabb az intravénáskábítószer-használók körében, mint az általános lakosság körében. Az intravénáskábítószer-használók prevalenciája nagymértékben eltér: a norvégiai 0,5% és a dániai 50% között mozog. Dániában és Németországban az egészségügyi dolgozók körében mért prevalenciáról megállapították, hogy az hasonló az általános lakosságra jellemzőhöz.

Szűrés és védőoltás

22 országban vezettek be általános védőoltási programot a csecsemők, gyermekek és serdülők számára. Hét ország (Dánia, Finnország, Izland, Norvégia, Svédország, Hollandia és az Egyesült Királyság) alkalmaz szelektív védőoltási programot, amely a kockázatnak kitett csoportokat célozza. A különböző kockázati csoportokra irányuló további megelőzési programok rendszerint azokat célozzák, akiknél foglalkozási expozíció miatt fokozott a HBV-fertőzés kockázata. Ezenfelül sokféle, kockázati csoportokat célzó védőoltási program létezik. Az általános védőoltási programmal rendelkező országoknak csak a fele számolt be eltérő átoltottsági arányokról, de a jelek szerint a kisgyermekek (egy és két év közötti életkor) esetében 95% feletti az átoltottság (Ausztria, Málta és Franciaország kivételével).

Hepatitisz C

Felügyelet Európában

Az összes EU/EGT-ország jelezte, hogy a hepatitisz C tekintetében jelentési rendszert vezetett be (akár nemzeti szinten, akár egy meghatározott csoportot megcélózva). 14 országban egyetlen specifikus felügyeleti rendszer volt

érvényben, de 15 ország jelezte, hogy a hepatitisz C nyomon követésére több felügyeleti rendszert alkalmaz. A felügyelet nemzeti célkitűzései igen hasonlóak a különböző országokban, de úgy tűnik, hogy az esetmeghatározások nem mindig állnak összhangban a célkitűzésekkel. Tizenegy ország jelezte, hogy az EU 2008. évi esetmeghatározását alkalmazza, négy ország ugyanakkor az EU 2002-es esetdefinícióját használja. Ennek ellenére az esetmeghatározások gyakorlati alkalmazása nagy változatosságot mutat a tagállamok körében, különösen az esetek osztályozása terén. A megerősített akut eseteket az összes ország szerepeltette felügyeleti rendszereiben¹, 18 ország azonban a krónikus eseteket is feltüntette. Néhány ország jelezte, hogy az eseteket vegyesen gyűjtötte, és semmilyen szerológiai marker nem áll rendelkezésre az akut és a krónikus hepatitisz C megbetegedések elkülönítésére. Ez megnehezíti az országok rendelkezésre álló adatainak értelmezését és összehasonlítását. Huszonhat ország számolt be arról, hogy nemzeti szinten esetalapú adatokat gyűjtenek, de az elemzés gyakorisága országonként változik. Felügyeleti rendszerének részeként, a klinikai jelentéseken felül 19 ország gyűjt adatokat a laboratóriumokból; 10 ország nem szerepelteti a felügyeleti rendszerében a laboratóriumi jelentéseket. 26 országban végzik az alapadatok körének (életkor, nem, lakóhely, a betegség kezdetének dátuma, jelentéstétel dátuma) gyűjtését, de gyakran hiányoznak a részletes járványügyi kockázatra és a betegség hatására vonatkozó információk. A jelek szerint a betegség tünetmentes természetéből eredően gyakori az aluljelentettség.

Járványügyi helyzet Európában

27 tagállam jelentései szerint 2007-ben a 100 000 főre eső, újonnan jelentett esetek száma 0 és 36 között változott, ami 100 000 főre vonatkozóan 6,9 esetnek megfelelő átlagos előfordulást jelent (Éves járványügyi jelentés, ECDC 2009). Az EU/EGT-országokban a 100 000 lakosra jutó HCV-esetek jelentett száma 1995 és 2007 között 4,5-ről 6,9-re emelkedett. A tendenciák feltérképezése és az adatok országok közötti összehasonlítása nehéz és körültekintően végzendő, mivel a felügyeleti rendszerek számottevően különböznek, és a közelmúltbeli változások befolyásolhatják az ismert adatokat. A HCV-t illetően az értelmezést tovább nehezíti a fertőzés tünetmentes jellege, így a jelentett számok inkább a vizsgálati gyakorlatokat tükrözhetik, nem pedig a valódi incidenciát (előfordulási gyakoriságot), továbbá az akut és a krónikus megbetegedés nem különíthető el.

Az általános lakosság körében viszonylag ritkák a HCV prevalenciájára vonatkozó adatok; a prevalencia a 2007-ben Olaszországban megfigyelt 2,6% és a 2003-ban Belgiumban mért 0,12% között változik. Bulgáriában (1,2%) és Szlovákiában (1,56%) viszonylag magas prevalenciát jelentettek. Tizenegy ország jelentett adatokat az intravénáskábítószerek-használók körében mutatkozó prevalenciára vonatkozóan, amely 25%-tól 75%-ig terjed. 2006-ban és 2007-ben Olaszország jelentette a legalacsonyabb prevalenciát (10,8%–25,6%), Norvégia pedig a legmagasabbat (70%). A HCV prevalenciájára vonatkozó adatok a hepatitisz C szerológiai markerein alapulnak, de ez nem jelzi, hogy a lakosság mely része hordozó és egyben fertőző.

Megelőzés Európában

Az országok fele jelezte, hogy kockázati csoportokra vonatkozó szűrési programokat vezettek be: 16 országban működik intravénáskábítószerek-használókra, 11-ben pedig fogvatartottakra irányuló program. Továbbra sem világos, hogy sok ország vezetett-e be programokat a fertőzöttség egészségügyi dolgozók körében megfigyelhető arányának nyomon követésére. A jelek szerint több szűrési programra van szükség a kockázati csoportok, a nehezen elérhető lakosságcsoportok és az egész populáció tekintetében, de bármilyen intézkedés bevezetése előtt alapos vizsgálatot kell végezni, a költséghatékonyság elemzésére és arra alapozva, hogy hozzáférhető-e a hatásos kezelés.

Következtetés

Ez a jelentés 29 EU/EGT-ország adatait gyűjtötte össze és elemezte hepatitisz B és C felügyeleti és megelőzési programjaikkal kapcsolatban. Noha az összes országban működik olyan rendszer, amely nemzeti szinten gyűjt adatokat, ezek a rendszerek az esetdefiníciók alkalmazásának és az összegyűjtött adatok felhasználásának módja szempontjából különböznek.

Mivel a vírusos májgyulladás gyakori és sokszor aluljelentett betegség, ez a jelentés a prevalenciára vonatkozóan uniós szinten rendelkezésre álló, legfrissebb adatokat próbálja összefoglalni. A hozzáférhető felügyeleti adatok harmonizálása – az adatok országok közötti összehasonlíthatóságának javítása érdekében – a következő néhány év komoly kihívása lesz.

¹ A hepatitisz C megerősített akut eseteiről Franciaországban csak 2006-ban és 2007-ben készült felmérés, és ez egy meghatározott csoportra – pl. férfiakal szexuális kapcsolatot fenntartó, HIV-fertőzött férfiakra – vonatkozott.

ECDC-útmutató

3 A meningococcusok okozta szórványos invazív megbetegedéseket és a betegekkel kapcsolatba került személyeket érintő járványügyi intézkedések

(Közzététel: 2010. október)

A *Neisseria meningitidis* az emberek garatnyálkahártyáján található, gyakori kommenzális baktérium. Ez az ún. meningococcus súlyos, invazív betegséget (IMD) okozhat, amely rendszerint agyhártyagyulladás vagy véráramfertőzés, vagy egyszerre mindkettő formáját ölti. A szórványosan jelentkező IMD megbetegedéssel kapcsolatos járványügyi intézkedések Európában sajnos nagymértékben eltérnek, és ez részben a megelőző intézkedések eredményességét övező bizonytalansággal magyarázható.

E dokumentum célja, hogy bizonyítékokon alapuló útmutatást adjon a meningococcusok okozta szórványos megbetegedéseket, illetve a betegekkel kapcsolatba került személyeket érintő járványügyi intézkedések helyes gyakorlatáról. További célja, hogy Európa-szerte segítse az országokat a meningococcusok okozta betegség elleni nemzeti, illetve helyi szintű védekezést és annak megelőzését szolgáló megfelelő intézkedésekkel kapcsolatos döntéshozatalban. Ez az útmutató dokumentum segítséget kíván nyújtani az európai országoknak a meningococcusok okozta betegséggel kapcsolatos járványügyi intézkedésekre és a mikrobiológiai diagnosztikára vonatkozó nemzeti eljárásrend felülvizsgálatában. Noha az itt ismertetett eredmények között nem szerepel útmutatás az exponált egészségügyi dolgozók, illetve a közösségi járványok kezelésére vonatkozóan, a dokumentum az alábbi lényeges területekkel foglalkozik:

- Az IMD diagnózisának megerősítését szolgáló laboratóriumi vizsgálatok.
- Antibiotikumok alkalmazása a kórházból való elbocsátáskor.
- A beteggel szoros kapcsolatba került személyek esetén alkalmazandó gyógyszeres megelőzés, a különböző helyszínek figyelembevételével.
- A gyógyszeres megelőzés céljára választott antibiotikum a különböző lakosságcsoportokban (felnőttek, gyermekek, várandós nők).
- Meningococcusok elleni vakcina alkalmazása a gyógyszeres megelőzés mellett.

A következtetések a tudományos bizonyítékok minőségén kívül figyelembe veszik a potenciális előnyt és a káros hatást, az értéket, a terheket és a költségeket.

Eredmények

A következtetések a jelenlegi legjobban hozzáférhető bizonyítékok szisztematikus áttekintésén és kritikus értékelésén alapulnak. Átfogóbb kép a dokumentum teljes szövege alapján nyerhető.

1. Milyen laboratóriumi vizsgálatokat tanácsos elvégezni az IMD pontos (érzékeny, specifikus) és gyors diagnosztizálásához?

Kutatási kérdés: Melyek a legérzékenyebb és legspecifikusabb laboratóriumi vizsgálati módszerek az IMD diagnózisának megerősítésére?

- Közepes minőségű adatok szerint a polimeráz-láncreakciót (PCR) és a tenyésztést kell előnyben részesíteni a diagnosztikus vizsgálati módszerek közül. Amennyiben logisztikai és gazdasági szempontból kivitelezhető, a PCR-vizsgálatnak a meningococcusok okozta betegség diagnosztizálását végző mikrobiológiai laboratóriumok rendelkezésére kell állnia. Olyan esetekben, amikor az antibiotikum-kezelést már megkezdték, a vér/liquor (CSF) mellett, kiegészítő mintaként alkalmazva a bőrbioopsziával/aspirációval nyert minta PCR-vizsgálata – a gyengébb minőségű adatok szerint – a bőrelváltozásokat mutató betegeknél növelheti a diagnózis érzékenységét.

2. Az IMD-ből gyógyult beteg kórházból való elbocsátásakor - a klinikai kezelésre alkalmazottakon kívül - kell-e antibiotikumot adni ?

Kutatási kérdés: Az elbocsátáskor antibiotikummal nem kezelt esetekhez viszonyítva eredményesen megszünteti-e a kórokozó-hordozást, ha a kórházból való elbocsátáskor az invazív meningococcus-betegségben szenvedett betegnek antibiotikumot adnak a másodlagos megbetegedések megelőzése érdekében?

- Az IMD-ből gyógyult betegnek a kórházi elbocsátáskor történő antibiotikum adása mellett vagy ellen szóló bizonyítékok igen gyenge minőségűek. Mindazonáltal a gyógyult beteggel közeli kapcsolatba került

személyeknél alkalmazott gyógyszeres megelőzés eredményességére vonatkozó, közepes minőségű adatok alapján, valamint figyelembe véve a beavatkozás viszonylag alacsony költségét, a kórokozó-hordozást megszüntető antibiotikumokat fel kell kínálni, kivéve, ha ezeket már eleve alkalmazzák a kezelés során.

3. Alkalmazandó-e gyógyszeres megelőzés azon személyeknél, akik az IMD-ben szenvedő beteggel azonos a háztartásban éltek vagy ugyanilyen szoros kapcsolatba kerültek vele?

Kutatási kérdés: Milyen az IMD-ben szenvedő beteggel azonos háztartásban kapcsolatba került személyeknél alkalmazott gyógyszeres megelőzés eredményessége az ezen személyek körében jelentkező további megbetegedések megelőzése terén?

- Megfigyeléses vizsgálatok közepes minőségű adatai alapján az IMD-ben szenvedő beteggel azonos háztartásban kapcsolatba került személyeknek fel kell kínálni a kórokozó-hordozást megszüntető antibiotikum-kezelést, mint gyógyszeres megelőzést.

4. Alkalmazandó-e gyógyszeres megelőzés az IMD-ben szenvedő beteggel egy óvodába, iskolába vagy középiskolába járó gyermekeknél vagy diákoknál?

Kutatási kérdés: Mennyire eredményes az IMD-ben szenvedő beteggel óvodai, iskolai vagy középiskolai környezetben kapcsolatba került személyeknél alkalmazott gyógyszeres megelőzés a további megbetegedések megelőzése terén?

- Gyenge minőségű adatok alapján az IMD-ben szenvedő beteggel egy óvodába járó gyermekeknél a kockázatértékeléstől függően kell felkínálni a gyógyszeres megelőzést. Az, hogy egy diák az IMD-ben szenvedő beteggel egy iskolába/középiskolába jár, önmagában nem indokolja a gyógyszeres megelőzést.

5. Alkalmazandó-e gyógyszeres megelőzés azoknál a személyeknél, akik az IMD-ben szenvedő beteggel közös pohárból ittak?

Kutatási kérdés: Milyen az eredményessége a másodlagos megbetegedések megelőzése terén a gyógyszeres megelőzésnek azon személyeknél, akik az IMD-ben szenvedő beteggel közös pohárból ittak (vagy hasonló módon érintkeztek, pl. egy cigarettát szívtak, közös evőeszközt használtak)?

- Gyenge minőségű adatok szerint az IMD-ben szenvedő beteggel közösen elfogyasztott ital, cigaretta vagy hasonló kapcsolat önmagában nem indokolja a gyógyszeres megelőzést.

6. Alkalmazandó-e gyógyszeres megelőzés az IMD-ben szenvedő beteggel egy közlekedési eszközön (pl. repülőgép, hajó, busz, gépkocsi) utazó személyeknél?

Kutatási kérdés: Milyen az IMD-ben szenvedő beteggel egy közlekedési eszközön utazó személyeknél alkalmazott gyógyszeres megelőzés eredményessége az ilyen személyek körében jelentkező további megbetegedések megelőzése terén?

- A jelenleg rendelkezésre álló adatok igen gyenge minőségűek. Ezen adatok alapján a különböző közlekedési helyzetekben bekövetkező átvitel kockázata nem számszerűsíthető. Ilyen helyzetekben nem azonosítottak másodlagos eseteket. Az, hogy egy személy az IMD-ben szenvedő beteggel egy közlekedési eszközön utazik, önmagában nem indokolja a gyógyszeres megelőzést.

7. Milyen antibiotikummal történő kezelés tanácsolandó a felnőttek, gyermekek és várandós nők körében végzett gyógyszeres megelőzés céljára?

Kutatási kérdés: Mely antibiotikummal történő kezelések szüntetik meg a leghatékonyabban a felnőttek, gyermekek és várandós nők kórokozó-hordozását?

- Közepestől kiválóig terjedő minőségű adatok alapján felnőtteknél és gyermekeknél a rifampicin, a ciprofloxacín, a ceftriaxon, az azitromicin és a cefixim alkalmazható megelőzés céljára. A jelek szerint egyik kezelési protokoll sem hatásosabb a másikonál, de a ciprofloxacín, az azitromicin és a ceftriaxon egyszeri adagban alkalmazható. Rifampicin alkalmazását követően rezisztencia kialakulásáról számoltak be.

8. Szükséges-e az IMD-ben szenvedő beteggel kapcsolatba került és gyógyszeres kezelésben részesült személyeknek meningococcus elleni vakcinát is felkínálni?

Kutatási kérdés: Milyen az IMD-ben szenvedő beteggel azonos háztartásban kapcsolatba került személyeknél alkalmazott oltásának eredményessége az e személyek körében jelentkező, további megbetegedések megelőzése terén?

- A jelenleg rendelkezésre álló adatok igen gyenge minőségűek, az alábbi következtetések így közvetett bizonyítékokon alapulnak. Amennyiben a megbetegedést olyan meningococcus törzs okozta, amely hozzáférhető és engedélyezett vakcinával megelőzhető, a gyógyszeres kezelés mellett az oltást is fel kell kínálni a beteggel azonos háztartásban kapcsolatba került személyeknek, kivéve, ha az illetők eleve védettnek tekinthetők.

4 HIV-vizsgálat: növekvő számú vizsgálat és javuló eredményesség az Európai Unióban

(Közzététel: 2010. október)

Az útmutató alkalmazási köre és célja

E bizonyítékokon alapuló útmutató célja, hogy tájékoztatást adjon az Európai Unió (EU) és az Európai Gazdasági Térség (EGT) országaiban alkalmazott nemzeti HIV-vizsgálati stratégiák vagy programok fejlődéséről, nyomon követéséről és értékeléséről.

Miért fontos a HIV-vizsgálat?

Európa-szerte folytatódik a HIV-fertőzött személyek számának emelkedése, és sok országban számoltak be a későn felállított diagnózis okozta nehézségekről. Erős bizonyítékok támasztják alá, hogy a korábban megkezdett kezelés csökkenti a megbetegedési és a halálozási arányt, de sok HIV-fertőzöttet a fertőzés késői stádiumáig nem diagnosztizálnak. Mivel a HIV-fertőzés sok éven keresztül szinte teljesen tünetmentes lehet, a laboratóriumi vizsgálat az egyetlen módja a diagnózis korai felállításának, lehetővé téve a kezelés és ellátás korai elrendelését. A korán diagnosztizált személyek esetében emellett kisebb lehet annak valószínűsége, hogy a vírust másoknak átadják, mivel egyrészt kezelés esetén kisebb a fertőzőképesség, másrészt az érintettek megváltozott szexuális és kábítószer-injekciós magatartást tanúsítanak. Az anyáról gyermekre történő átvitel a várandós nők HIV-vizsgálatával és kezelésével eredményesen megelőzhető. A HIV korai diagnosztizálása tehát mind az egyénre, mind a közösségre nézve hatalmas előnnyel jár, és kiemelt fontosságú, kritikus közegészségügyi kérdést jelent.

A nemzeti HIV-vizsgálati stratégiák alapelvei

A HIV-vizsgálatnak önkéntes alapon, az adatok bizalmas kezelése mellett és beleegyező nyilatkozat alapján kell történnie

Mindenki számára könnyen hozzáférhetővé kell tenni az önkéntes laboratóriumi vizsgálatot, és célzott erőfeszítéseket kell tenni annak érdekében, hogy ez a HIV szempontjából legnagyobb kockázatnak kitett és legsérülékenyebb csoportok számára biztosított legyen. Idetartoznak a társadalom rejtett vagy peremre szorult rétegeihez tartozó személyek, akik számára a teszthez való hozzáférést kényszer, illetve az adatok bizalmas kezelésének megsértése nélkül kell ösztönözni.

A kezeléshez, ellátáshoz és megelőző szolgáltatásokhoz való hozzáférés biztosítása

A HIV-vizsgálat egyetlen és legnagyobb előnye a kezeléshez való hozzáférés. A nemzeti HIV-vizsgálati stratégiák központi elemét a kezeléshez és ellátáshoz, valamint a megelőző és támogató szolgáltatásokhoz való általános hozzáférés biztosításának kell képeznie, amelyhez egyértelmű beutalási útvonalak kell hogy társuljanak.

Politikai elkötelezettség deklarálása

A hatás eléréséhez arra van szükség, hogy a kormány kiemelten kezelje a HIV-vizsgálati programot. Ezt pénzügyi beruházással kell támogatni, nyomon követéssel egyetemben, hogy biztosított legyen a pénzeszközök költséghatékony felhasználása.

A megbélyegzés visszaszorítása

A vizsgálatot akadályozza a HIV-hez még mindig társuló megbélyegzés, különösen az egészségügyi dolgozók körében valamint azokban a közösségekben, amelyek maguk is megbélyegzésnek vannak kitéve. Ennek ellensúlyozását segítheti a vizsgálat „normalizálása”, azaz az eljárásnak más szűrési és diagnosztikai vizsgálatokhoz hasonlóvá tétele, a tesztelésnek ugyanakkor önkéntesnek kell maradnia.

A jogi és pénzügyi akadályok megszüntetése

A vizsgálati stratégiáknak meg kell találniuk a laboratóriumi vizsgálatot hátráltató jogi és pénzügyi tényezők leküzdésének módját. Az ilyen akadályok közé tarthatnak a HIV átvitele miatt történő büntetőjogi felelősségre vonásra irányuló politikák, valamint a kezelés kifizetésére vonatkozó kötelezettség, amennyiben az nem megfizethető. Az adományozott vér és szövetek kötelező vizsgálatának kivételével megkülönböztetés-mentességet biztosító jogszabályok és politikák mérlegelendők annak érdekében, hogy egyetlen csoport számára és semmilyen helyzetben se legyen kötelező a vizsgálat.

A HIV-vizsgálatához való hozzáférést a nemzeti stratégiák szerves részévé kell tenni

A HIV, a nemi úton terjedő más fertőzések, a vírusos májgyulladás, a tuberkulózis és a HIV más indikátorbetegségeinek megelőzésére és kezelésére irányuló bármely nemzeti stratégiában kulcsfontosságú elemként szerepelnie kell a megfelelően célzott HIV-vizsgálatnak. Az önkéntes, bizalmasan kezelt HIV-vizsgálat hozzáférhetőségének és igénybevitelének növelésére irányuló lehetőségeket más, lényeges – például várandós nőket, kábítószer-használatot, szexmunkát vagy büntetés-végrehajtási intézményben nyújtott egészségügyi ellátást célzó – nemzeti stratégiák keretében is azonosítani kell.

A HIV-vizsgálati stratégiának az érdekelt felek részvételével történő kidolgozása és végrehajtása

A HIV-vel és az azzal összefüggő kérdésekkel kapcsolatban nemzeti és helyi szinten rendelkezésre álló információkat kell felhasználni annak világossá tétele érdekében, hogy mit kell elérni és mi kezelendő kiemelt kérdésként. Ezt stratégiai célok és célkitűzések sorába kell beilleszteni, hogy az összes közreműködő vagy érintett fél közös felfogást alakíthasson ki. A stratégia kidolgozásához az összes jelentős érdekelt fél részvételére van szükség, hogy a közös célok köré szövetség épülhessen, beleértve a HIV-vel élő személyeket, a leginkább érintett közösségek képviselőit, a civil társadalmat, a megelőzéssel foglalkozó szervezeteket, a HIV-vizsgálat terén jártas szakembereket, valamint a stratégia végrehajtásában szerepet betöltő egyéb személyeket.

Nemzeti HIV-vizsgálati stratégia kialakítása

Kiket vizsgáljunk?

Meg kell ismerni a nemzeti járvány természetét és azonosítani kell az ország leginkább kockázatnak kitett csoportjait. A HIV-vizsgálatra irányuló hatékony nemzeti megközelítés a járvány helyi és nemzeti szintű ismeretére támaszkodik. A vizsgálati programoknak törekedniük kell a fertőzés kockázatának kitett személyek elérésére, és a legnagyobb kockázatnak kitett személyek kiemelt fontosságúként történő kezelésére.

A járvány és az időbeli tendenciák regionális és nemzeti szintű megismerése érdekében át kell tekinteni a felügyeleti és más mérvadó adatokat, beleértve a diagnosztizálatlan HIV-re és a késői diagnózisra vonatkozó információkat. Bizonyos csoportoknál különösen fennáll a HIV kockázata, beleértve a férfakkal szexuális kapcsolatot fenntartó férfiakat, az intravénáskábítószer-használókat, a – különösen a nagyobb prevalenciával jellemezhető országokból érkező – migránsokat, az összes említett csoportba tartozó egyének szexuális partnereit, valamint a HIV-pozitív édesanyák gyermekeit. Az ilyen csoportok és/vagy az őket érő kockázat gyakran rejtve marad és megbélyegzés tárgya. Külön felmérésekre van szükség annak megállapítására, milyen mértékben érinti a HIV ezeket a csoportokat, körükben milyen a HIV-vizsgálat aránya, és milyen vonatkozó ismeretek, hozzáállás és magatartás jellemzi őket, hogy ezáltal információval szolgálhassanak a HIV-vizsgálat általuk történő igénybevételeinek növelését szolgáló beavatkozásokhoz.

Át kell tekinteni a szexuális úton terjedő egyéb fertőzésekkel, a szexuális és intravénáskábítószer-használati magatartásokkal kapcsolatos – az általános lakosságra, valamint a HIV kockázatának kitett csoportokra vonatkozó – kiegészítő adatokat is.

Hol történjen a vizsgálat?

Logisztikai szempontok

Tervezzük meg, hogyan történjen a HIV-vizsgálati program végrehajtása, és foglalkozzunk a logisztikai kihívásokkal. Ezek közé tartozhat az egészségügyi ellátási rendszer működtetésének módja, az, hogy hozzáférhető-e ingyenes egészségügyi ellátás, a közösségi szolgálatok felkészültsége, a tanácsadás és támogatás, az, hogy hogyan biztosíthatók az ellátási útvonalak a HIV-kezeléshez való hozzáférés terén és hogyan biztosítható a bizalmas adatkezelés.

A vizsgálat hozzáférhetővé tétele különböző környezetekben

A járvánnyal és a kockázati csoportokkal kapcsolatos ismereteket kell felhasználni ahhoz, hogy tájékozott döntés születessen arra vonatkozóan, hogy hol biztosítsák a HIV vizsgálatát. Mérlegelni kell továbbá, hogy jelenleg kik számára érhető el a HIV-vizsgálat és milyen helyszíneken/környezetben. Az igények sokfélesége és a vizsgálat előtt álló akadályok miatt a hozzáférés maximalizálása érdekében különféle szolgáltatásokat kell nyújtani. Meg kell határozni a meglévő egészségügyi ellátási környezetekben vagy közösségi szolgáltatásokban az új szolgáltatások kialakításához vagy a gyakorlat megváltoztatásához szükséges intézkedést. Értékelní kell, hogy a közösségi környezetben végzett vizsgálata terén esetleg akadályt jelentő szabályozásokat – beleértve az ellátás helyén végzett vizsgálatok alkalmazását, vagy azon követelményt, hogy kizárólag meghatározott szakemberek végezhetik el a tesztekét – lehetne-e enyhíteni anélkül, hogy a vizsgálat minősége veszélybe kerülne.

A cél a HIV-vizsgálat biztosítása

- Szakosodott HIV-vizsgáló szolgálatok, amelyek célja, hogy egyszerű és biztonságos hozzáférést biztosítsanak a HIV-vizsgálathoz önmagában vagy más vizsgálatokkal kombinálva.
- Azok a környezetek, ahol a HIV-vizsgálatot általánosan biztosítani kell: a kockázatnak kitett személyekkel foglalkozó szolgálatok (STI-szolgálatok, az intravénáskábítószer-használókkal foglalkozó szolgálatok); terhesgondozó szolgálatok; a HIV indikátorbetegségeinek klinikai diagnosztizálásával és kezelésével foglalkozó szolgálatok; valamint más környezetek, ahol az ismeretek vagy becslések szerint magas a diagnosztizálatlan HIV-fertőzés prevalenciája.
- Minden egyéb egészségügyi ellátási környezet, ahol az emberek számára lehetőséget kell nyújtani a vizsgálat kérésére, vagy ahol a szakembereknek készen kell állniuk annak nyújtására és szükség esetén gondoskodnak arról.
- Vizsgálatot elvégző helyek a közösségben, beleértve a megcélzott személyek elérésével foglalkozó szolgálatokat, hogy eljussanak a HIV kockázatának nagymértékben kitett, esetleg rejtve maradt vagy

peremre szorult személyekhez, akik nem állnak kapcsolatban a hagyományos egészségügyi ellátó szolgálatokkal. Az ilyen szolgáltatásokat a megcélzott populáció bevonásával kell létrehozni.

Mikor történjen a vizsgálat?

Útmutatás a vizsgálat gyakoriságáról

A folyamatosan kockázatos magatartást mutató személyeknél tanácsos a gyakoribb tesztelés. Néhány ország például azt ajánlja, hogy a férfiakkal szexuális kapcsolatot fenntartó férfiak évente vagy szexuális magatartásuktól függően ennél gyakrabban végeztessenek tesztet. A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontjának (EMCDDA) jelenlegi útmutatása azt javasolja, hogy az intravénáskábítószer-használók számára rendszeresen, hathavonta/12 havonta legalább egyszer fel kell ajánlani a vizsgálat elvégzését.

Hogyan végzendő a vizsgálat?

A lakosság tudatosságának növelése

A HIV-vizsgálat kéréséhez és elfogadásához a lakosoknak – és különösen a HIV nagyobb kockázatának kitett csoportoknak – meg kell érteniük annak előnyeit. A kommunikáció terén stratégiai megközelítésre van szükség, különféle csatornák alkalmazásával. A véleményformálók, ezen belül a politikusok, közösségi vezetők és hírességek látható és magas szintű támogatása, valamint a támogató jellegű és pontos médiafigyelem mind felhasználható a tudatosság növelésére.

Az adatok bizalmas kezelésének biztosítása

Az adatok bizalmas kezelése alapelv az egészségügyi ellátásban, de a HIV-hez és az átvitelét eredményező magatartásokhoz társított megbélyegzés miatt kritikus fontosságú a HIV vizsgálata szempontjából. Követni kell az idevágó szakmai útmutatást és a nemzeti jogi követelményeket. A bizalom hiánya akadályt jelenthet a HIV-vizsgálatot végző szolgáltatások hozzáférése terén. Az adatok bizalmas kezelésére irányuló világos politikák és a vizsgálatot biztosító környezetekben a politikák nyilvánosság tétele segítheti ennek az akadálnak a leküzdését. A HIV-vizsgálatot mindig bizalmas módon kell nyújtani és egyeztetni. Lehetőséget kell biztosítani a név nélküli vizsgálatra.

A szakmai tudatosság növelése és a munkaerő képzése

A HIV-vizsgálatot nyújtó szakemberek tudatossága, magabiztossága és szakértelme képzés révén növelhető. A HIV-vizsgálatot megfelelően képzett és szakismeretekkel rendelkező egészségügyi dolgozó végezheti, és a HIV-vizsgálat kibővítése több munkaerő iránt teremt igényt, amely magabiztosan és szakértő módon biztosítja azt. Megfelelő képzés és minőségbiztosítás birtokában nem egészségügyi dolgozók is biztosíthatják a HIV-vizsgálat elvégzését. A munkaerő tagjainak meg kell érteniük a HIV-vizsgálat előnyeit, és le kell küzdeniük az ennek biztosítására való képességüket és hajlandóságukat hátráltató akadályokat. Idetartozik a bizalomhiány, nehézségek a nemi élettel vagy a megbélyegzett magatartásokkal kapcsolatos beszélgetés terén, aggodalom a pozitív eredmény közlése miatt, valamint megkülönböztető hozzáállás a HIV kockázatának kitett vagy általa érintett személyek irányában.

Tájékoztatás a vizsgálat előtt

A vizsgálatot megelőző, a vizsgálat előnyeit ecsetelő, és a vizsgálat elvégzésével és az eredmények közlésével kapcsolatos gyakorlati teendőket részletező rövid tájékoztatásról igazolták, hogy elfogadható és hatékony módja annak, hogy segítsék a vizsgálat igénybevételének növelését. Fő célja a beleegyező nyilatkozat biztosítása, amelyet dokumentálni kell, de aláírt írásos beleegyezésnek nem kell a részét képeznie. Ez összhangban áll az egyéb orvosi vizsgálatokkal, és része a HIV-vizsgálat normalizálásának. A HIV-vizsgálat elvégzése előtt nem szükséges a szexuális vagy az intravénáskábítószer-használatra vonatkozó előzményeket részletesen ismertetni. Mindazonáltal bizonyos személyeknél vagy olyan helyzetekben, ahol a szexuális egészség és/vagy a kábítószer-használat a szolgáltatás hatáskörébe tartozik, rövid kockázatértékelés vagy a teszt előtt mélyrehatóbb tanácsadás lehet indokolt, pl. folyamatos kockázat fennállása esetén. Ennek mindig rendelkezésre kell állnia, és a személyzetnek tisztában kell lennie azzal, hogy hogyan irányítsák az érintettet szakképzett tanácsadókhoz.

Megfelelő vizsgálati módszerek alkalmazása

Ismertetni kell a hozzáférhető HIV-vizsgálati módszereket, és értékelni kell azok előnyeit a különböző helyzetekben, beleértve a gyors (ellátás helyén végzett) vizsgálati módszereket. A vizsgálatok technológiája folyamatosan fejlődik, és a vizsgálati módszerek megválasztásának folyamatos ellenőrzése érdekében szakértői tanácsot kell kérni. Az összes reaktív vizsgálatot meg kell erősíteni, és az erre vonatkozó WHO-iránymutatásokat követni kell. A diagnosztikus vizsgálatok minőségbiztosítására vonatkozó minimumelőírások alkalmazásáról szóló nemzeti iránymutatások nélkülözhetetlenek a kiváló minőségű gyakorlat, a módszertani szabványosítás és a megbízhatóság biztosításához.

Mindig közölni kell az eredményeket

Minden erőfeszítést meg kell tenni annak biztosítására, hogy a HIV-vizsgálaton részt vett személyek tájékoztatást kapjanak az eredményről, függetlenül attól, hogy az pozitív vagy negatív-e. Pozitív eredmény közlésekor gondoskodni kell arról, hogy személyzet álljon rendelkezésre a vizsgálatot követő tanácsadás nyújtásához, és hogy a beutalás érdekében meglegyenek a kapcsolatok a HIV-kezelést és a támogatást végző megfelelő szolgálatokkal. A HIV kockázatának nagymértékben kitett azon személyeknél, akiknek eredménye negatív lett, szintén jótékony hatású lehet a tanácsadás és a megfelelő megelőző szolgálatokhoz utalás.

A HIV kezeléséhez, ellátásához és megelőzéséhez való hozzáférés biztosítása

Az antiretrovirális kezelés hozzáférhetősége

Minden HIV-vizsgálati program esetében alapvető fontosságú, hogy világos mechanizmusok működjenek annak biztosítására, hogy a pozitív eredményt kapott személyeket bevonják a HIV kezelésébe és ellátásába. Európa-szerte általános hozzáférést kell biztosítani az antiretrovirális kezelésekhöz. A költségek fedezésének képtelensége nem akadályozhatja a kezeléshez való hozzáférést, és megoldásokat kell találni az általános hozzáférés e gátjának leküzdésére. Minden HIV-vizsgálatot végző helyszínen beutalási útvonalaknak kell rendelkezésre állniuk annak biztosítására, hogy az érintettek a HIV-vizsgálat pozitív eredményének közlése után azonnal szakorvosi tanácsadásban részesüljenek. E tanácsadásnak ki kell terjednie annak értékelésére, hogy mikor kezdődjön meg az antiretrovirális kezelés, illetve szükséges-e egyéb egészségügyi és szociális ellátás és támogatás.

Pszichoszociális támogató és megelőző szolgáltatások hozzáférhetősége

A pszichoszociális támogatásnak a pozitív vizsgálati eredményt követően azonnal rendelkezésre kell állnia. A pozitív eredményű személyek esetében a szakorvosi ellátásra történő beutalásnak magában kell foglalnia a HIV további átvitelének megelőzéséhez nyújtott támogatás hozzáférhetőségét is. A negatív eredményű személyeknél szintén rendelkezésre kell állnia a HIV megelőzésével kapcsolatos tanácsadásnak és támogatásnak, amennyiben folyamatosan fennáll a fertőződés veszélye, vagy ha az illető ezt kéri.

Utókövetés: nyomon követés és értékelés

A nyomon követés és az értékelés a HIV-vizsgálati program nélkülözhetetlen eleme, és biztosítja, hogy a program a kívánt célnak megfeleljen, és kiváló minőségű HIV-vizsgálatot nyújtson. A megfelelően kialakított nyomon követő és értékelő rendszer információval szolgál a szakpolitikákhoz, javítja a beavatkozások minőségét és eredményességét, és ezért iránymű a program jövőbeli forrásfelosztásához. A nemzeti felügyeleti adatok közt szerepel az újonnan diagnosztizált esetek száma, valamint azon személyek aránya, akik későn jelentkeznek. A program hatásának nyomon követéséhez fontos a diagnosztizálatlan esetek számának becslése. A vizsgálat új csoportokra /helyszínekre történő kiterjesztése megbízható nyomon követést és értékelést tesz szükségessé a jó minőségű HIV-vizsgálat biztosításához. A HIV-vizsgálat előmozdítását szolgáló helyi beavatkozások sikere az alábbi öt kritérium szerint mérhető fel: megvalósíthatóság; elfogadhatóság; hatékonyság és költséghatékonyság; célcsoportok elérése; és fenntarthatóság (angol rövidítés szerint FACTS). Az egyértelmű, jól meghatározott és mérhető mutatók segíthetik e kritériumok nyomon követését, és standard módszerrel szolgálnak az eredmények helyi és nemzet(köz)i szintű jelentéséhez.

Felügyeleti jelentések

5 A tuberkulózis felügyelete, 2008

(Közzététel: 2010. március)

2008. január 1-je óta az Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ (ECDC) és a WHO Európai Regionális Irodája közösen koordinálja a tuberkulózis (TB) felügyeletére irányuló tevékenységeket Európában. Céljük, hogy a tuberkulózisra vonatkozóan kiváló minőségű, szabványosított adatokat biztosítsanak, és ezek a WHO Európai Régiójába tartozó 53 ország mindegyikét, valamint Liechtensteint tekintve rendelkezésre álljanak.

A WHO Európai Régiója

2008-ra vonatkozóan az Európai Régió² 54 országa közül 50-ből 461 645 tuberkulózis megbetegedést (52,2/100 000 lakos) jelentettek, ami a WHO-hoz világszerte bejelentett tuberkulózis megbetegedések körülbelül 6%-át tette ki. Az Európai Régióban a tuberkulózis megbetegedések összesített bejelentési gyakorisága 2004 óta továbbra is növekvő tendenciát mutatott. Mindazonáltal a 18 kiemelten kezelt országban³ a tuberkulózis megbetegedések bejelentési gyakorisága a korábbi évhez képest 3,9%-kal, az összes tuberkulózis megbetegedés 87,6%-ára csökkent, és a bejelentések összesített száma 2007-ről 2008-ra az egész régióban 2,6%-kal volt kevesebb. Az újonnan észlelt tuberkulózis megbetegedések bejelentésének 2007-hez viszonyított 4%-os csökkenése a régióban a tuberkulózis csökkenő terjedésére utal. A korábban már kezelt esetek százalékos aránya szintén csökkent 2007 óta, 31,7%-ról 29,8%-ra.

A legtöbb újonnan észlelt tuberkulózis megbetegedés (42,0%) a régióban a 25–44 éves korcsoportban fordult elő.

Az egyidejű HIV-fertőzéssel járó tuberkulózis megbetegedések bejelentett száma közel a duplájára nőtt, a 2006. évi 5 828-ról 2008-ban 11 395-re emelkedett; ennek oka a kiemelten kezelt országokban a tuberkulózisban szenvedő betegeknek nyújtott intenzívebb HIV-ellátó szolgáltatások részeként végzett gyakoribb HIV-vizsgálatokban keresendő. A kiemelten kezelt országokon kívül az egyidejű HIV-fertőzéssel bejelentett tuberkulózis esetek száma nem mutatott számottevő növekedést ebben az időszakban.

A több szerrel szemben ellenálló tuberkulózis megbetegedések (MDR TB) 2008-ban bejelentett száma régiószerte összesen az előző évinek a duplájára nőtt a gyógyszerérzékenység vizsgálatában bekövetkezett fejlesztés miatt, és a több szerrel szemben ellenálló tuberkulózis prevalenciája az új tuberkulózis megbetegedések között 11,1% volt. Az MDR tuberkulózis megbetegedések a régióban a legnagyobb terhet a kiemelten kezelt országokban jelentik, ahol prevalenciájuk az újonnan diagnosztizált esetek 13,8%-a – ami ötszöröse az EU/EGT-országokban jelentett prevalenciának –, és a korábban már kezelt esetek több mint 50%-a, amely arány több mint kétszeresen meghaladja az EU/EGT-országokban észlelt szintet.

2007-ben a sikeres kezelések aránya az újonnan észlelt, laboratóriumi vizsgálattal igazolt tuberkulózis megbetegedések tekintetében 70,7%-ra csökkent (szemben a 2006-ban nyilvántartásba vett esetekre vonatkozó 73,1%-kal); az esetek 9,0%-ában sikertelen volt a kezelés, a betegek 8,4%-a elhalálozott, 6,9%-a pedig lemorzsolódott. A sikeres kezelések aránya az EU/EGT-tagsággal nem rendelkező országokban alacsonyabb volt, mint az EU/EGT-országokban:

67,5%, szemben az utóbbiakban regisztrált 79,5%-kal. A 18 kiemelten kezelt országban a kezelés csupán az újonnan észlelt, laboratóriumi vizsgálattal igazolt tuberkulózis megbetegedések 69,2%-ában volt sikeres, ami jóval elmarad a tuberkulózis felszámolására irányuló stratégiában megfogalmazott 85%-os céltól.

A tuberkulózis miatt bekövetkező halálozás aránya a 2005-ben mért, 100 000 lakosra eső 9 esethez képest 45%-kal csökkent, így 2007-ben 100 000 lakosra 5,0 haláleset jutott. Az arányok az EU/EGT-országokban és a kiemelten kezelt országokban hasonló mértékű csökkenést mutattak. A halálozás azonban továbbra is közel 15-ször magasabb a kiemelten kezelt országokban, mint az EU/EGT-országokban.

² Monacóból, San Marinóból, Ausztriából és Liechtensteinből nem érkezett adat; Liechtenstein szerepel ebben a jelentésben, de csak mint EGT-ország kerül ismertetésre, mivel nem tartozik a WHO Európai Régiójának tagállamai közé.

³ Azerbajdzsán, Bulgária, Észtország, Fehéroroszország, Grúzia, Kazahsztán, Kirgizisztán, Lettorság, Litvánia, Moldova, Oroszország, Örményország, Románia, Tádzsikisztán, Törökország, Türkmenisztán, Ukrajna, Üzbegisztán.

Az Európai Unió és az Európai Gazdasági Térség országai⁴

2008-ra vonatkozóan az Európai Unió (EU) 26 országa (Ausztriát kivéve az összes tagállam) és az Európai Gazdasági Térség (EGT) két másik országa (Izland és Norvégia) 82 611 tuberkulózis megbetegedést jelentett, ami 615 esettel kevesebb, mint 2007-ben. A megbetegedések több mint 80%-a nyolc országban következett be, amelyek mindegyike 3 000 vagy ennél több esetről számolt be (Bulgária, az Egyesült Királyság, Franciaország, Lengyelország, Németország, Olaszország, Románia és Spanyolország).

2008-ban a 100 000 főre jutó teljes bejelentési gyakoriság 16,7 volt, és 21 ország jelentett 100 000 főre számítva 20-nál kevesebb esetet, a 100 000 főre jutó megbetegedési arány pedig az alábbi országokban haladta meg a 20-at: Románia (115,1), a balti államok – Litvánia (66,8), Lettország (47,1), Észtország (33,1) – Bulgária (41,2), Portugália (28,2) és Lengyelország (21,2). A teljes bejelentési gyakoriság 1,2%-kal volt alacsonyabb a 2007. évinél (a 28 jelentéstevő országra vonatkozóan), ami 17 országban nettó csökkenő tendenciát tükröz.

Mindazonáltal jelentős emelkedést figyeltek meg Máltán (28,8%), Izlandon (19,8%) és Cipruson (12,2%), továbbá bizonyos fokú növekedést Svédországban (4,9%) és az Egyesült Királyságban (2,8%) is észleltek, zömmel külföldi eredetű megbetegedések miatt. 2008-ban az esetek 22,4%-a fordult elő külföldi származású személyeknél (az egyes országok értékei 0 és 88% között mozognak), akiknek több mint kétharmada Ázsiából vagy Afrikából származott.

2006 és 2008 között a tuberkulózisban szenvedő betegek körében nőtt a HIV-fertőzöttek aránya Észtországban (9,0%-ról 9,9%-ra), Lettországban (3,4%-ról 6,7%-ra) és Máltán (3,7%-ról 9,4%-ra). A tuberkulózisban szenvedő betegek körében a HIV prevalenciája az adatokat szolgáltató többi ország közül hat államban 1% vagy ennél kevesebb, három másikban 2–5%, két országban 5–8%, egy országban pedig 14,6% volt.

A több szerrel szemben mutatott rezisztencia változatlanul a balti államokban volt a leggyakoribb (kombinált MDR: 15,6%–21,3%), ezeket pedig Románia követte (14,7%), amely első alkalommal jelentett ilyen eredményeket. Más országok az MDR alacsonyabb szintjéről (0–5%) számoltak be, ezekben a több szerrel szemben mutatott rezisztencia általában gyakoribb volt a külföldi eredetű betegek esetében. A gyógyszerekkel szemben mutatott fokozott rezisztenciáról (XDR) beszámoló 14 ország közül Romániában volt a legnagyobb számban megfigyelhető ilyen eset (összesen 54 beteg), ugyanakkor Lettországban és Észtországban volt a legmagasabb az XDR-esetek aránya a több szerrel szemben rezisztenciát mutató esetek között (14,7%, illetve 12,2%), míg Lettországban az XDR-esetek számának jelentős emelkedése volt megfigyelhető 2007-hez képest, 6-ról 19-re nőtt a számuk (6,1%-ról 14,7%-ra).

Huszonegy ország számolt be a 2007-ben megnevezetten tüdőtuberkulózisban szenvedő betegek kezelési kimenetelének nyomon követésére vonatkozó adatokról. A korábban nem kezelt, tenyésztéssel igazoltan tüdőtuberkulózisban szenvedő betegek 79,5%-ának zárult sikeresen a kezelése. A sikeres kimenetelű kezelések aránya - 24 hónap elteltkor vizsgálva - jelentősen alacsonyabb volt a korábban már kezelt tuberkulózisban szenvedők esetében (51,8%), valamint az MDR tüdőtuberkulózis tenyésztéssel igazolt esetei körében (30,9%).

⁴ A 27 uniós tagállam, Izland, Liechtenstein és Norvégia.

6 Az influenza felügyelete Európában, 2008/09 – 2008 40. hetétől 2009 39. hetéig

(Közzététel: 2010. május)

Európában a 2008/09-es influenzaszезon 2008. 48. hetében kezdődött, valamennyi érintett országban hozzávetőleg 10 hétig tartott, és 2009. 16. hetében ért véget, miután a csúcsaktivitás a kontinensen nyugatról kelet felé áthaladt. Az influenza szempontjából pozitív „őrszem” (sentinel) minták heti (al)típus-specifikus arányai két átfedő csúcst mutattak – a kezdetben domináns A(H3N2) influenza mint a legnagyobb prevalenciát mutató influenzavírus helyét 2009. 8. hete után a B típusú influenza vette át. A cirkuláló A(H3N2) és A(H1N1) influenzavírusokról megállapították, hogy antigénjeiket tekintve szoros rokonságot mutatnak az északi félteke 2008/09-es influenzavakcinájában található megfelelő összetevőkkel, ugyanakkor az izolált B vírusok túlnyomó része a Victoria törzsbe tartozó vírus volt, és nem egyezett a B vakcina összetevőjével, a Yamagata törzsbe tartozó vírussal. Tekintettel azonban a B vírusok ebben a szezonban megfigyelt viszonylag alacsony prevalenciájára, nem valószínű, hogy az egyezés hiánya különösebb közegészségügyi jelentőséggel bír.

A 2009-es A(H1N1) influenza okozta világjárványhoz kapcsolódó megbetegedések Európában 2009. 16. hetében kezdtek megjelenni. A 39. hétre az igazolt eseteknek az összes uniós tagállamból, Izlandról, Liechtensteinből és Norvégiából jelentett száma összesen 53 658 volt, és ebbe beletartozott 14 országban megfigyelt 175 haláleset is. Az esetalapú adatok szerint a betegek 0 és 90 éves kor közöttiek voltak (medián: 19 év), 78%-uk volt 30 évnél fiatalabb, és az 5 és 19 éves kor közötti iskolás gyermekek az összes eset 47%-át tették ki. Az esetek túlnyomó többségénél (96%) semmilyen más fennálló egészségügyi probléma nem volt ismert. Az eleve fennálló egészségi problémában szenvedő személyek körében a krónikus tüdőbetegség volt a leggyakrabban jelentett alapterbetegség, amely ezen esetek 30%-át tette ki. A pandémiás influenza okozta fertőzések 0,6%-ánál számoltak be szövődményként tüdőgyulladásról, a kórházi kezelések összesített aránya 13% volt, és az esetek 0,03%-ánál jelentették a beteg elhalálását.

Az influenza integrált európai klinikai és virológiai felügyeleti hálózata (EISN) hatékonyan bizonyult a 2008/09-es influenzaszезon kezdetének időben történő észlelése, lefolyásának és fő virológiai jellemzőinek nyomon követése terén. Az első, nem sentinel illetve sentinel betegeknel észlelt 2009-es pandémiás influenzavírusokat az első európai megbetegedések után egy, illetve három héten belül igazolták. Az influenzaszerű betegség (ILI) és az akut légúti fertőzés (ARI) sentinel felügyelete azonban csak tízhetes késéssel észlelte az egyértelmű növekedést. Még 2009. 39. hetében is, amikor a pandémiás influenza eseteit már az összes uniós tagállam, Izland, Liechtenstein és Norvégia is jelentette, az EISN-hez jelentést küldő 29 országból csupán kilencben észleltek a megszokottnál nagyobb ILI/ARI-aktivitást.

Jóllehet a nagyobb érzékenységhez több sentinel orvosra lenne szükség, más szisztematikus hiányosságokkal szintén foglalkozni kell. Az influenza európai felügyeleti rendszerét érintő, javasolt változtatások a következők:

- az ILI és ARI intenzitására, földrajzi terjedésére és tendenciájára irányuló szabványosított jelentések további előmozdítása;
- az ILI és ARI felügyeletének kiegészítése a súlyos akut légúti fertőzések (SARI) felügyeletével;
- szabványosított járványküzöbök bevezetése az ILI/ARI sentinel felügyeletében;
- az összhálózás felügyeletének európai szintű továbbfejlesztése és a rendszeres eredmények nyilvánosan hozzáférhetővé tétele.

7 A baktériumok okozta invazív betegségek felügyelete Európában, 2007

(Közzététel: 2010. október)

A jelentés az Európai Unió (EU) tagállamaiban a 2007-ben előfordult, *Haemophilus influenzae* és *Neisseria meningitidis* okozta invazív bakteriális betegségek epidemiológiáját ismerteti. Kijelölt nemzeti kapcsolattartó pontokat kértek fel arra, hogy szolgáltatassanak adatokat az invazív bakteriális fertőzésekre (IBI) vonatkozó adatkészlet 2008-ban kidolgozott, a korábbi EU-IBIS adatbázison alapuló, felülvizsgált változatának alkalmazásával. Ez az adatkészlet esetalapú információkat tartalmaz a járványügyi és laboratóriumi változokról, és az EU-ban bejelentési kötelezettség alá tartozó összes betegségre vonatkozó alapvető változókból, valamint a kifejezetten a *Haemophilus influenzae* okozta invazív betegségre és a meningococcusok okozta invazív betegségre specifikus változók kibővített adatkészletéből tevődik össze. Az adatszolgáltatás megkönnyítése érdekében a tagállamok számára 2008 júniusában online képzést nyújtottak, és az adatgyűjtés előtt kiegészítő oktató videókat és egyéb anyagokat biztosítottak számukra.

A 30 EU/EGT-tagállam közül 27 szolgáltatott adatokat a *Haemophilus influenzae* okozta invazív betegségről, és 29 ország a meningococcusok okozta invazív betegségről.

Haemophilus influenzae okozta invazív betegség

- 2007-ben a *Haemophilus influenzae* okozta invazív betegséggel kapcsolatosan összesen 2 058 megbetegedést jelentettek. A bejelentési gyakoriság tagállamonként változott, és az északi államokban folyamatos növekvő tendencia mellett nagyobb gyakoriság volt megfigyelhető, mint Európa többi részében. Az országok többségében azonban 1 alatt maradt a 100 000 lakosra jutó esetek száma. A legnagyobb összesített bejelentési gyakoriságról egy évesnél fiatalabb kisgyermekek körében számoltak be (3/100 000, 118 eset). Noha a kisgyermekek körében a b szerotípusra vonatkozóan megfigyelhető tendencia 1999 és 2007 között számottevően csökkent (3/100 000-ról 1/100 000-re), a tokkal nem rendelkező törzsek esetében ugyanebben az időszakban emelkedett, 1,5/100 000-ról akár 2,5/100 000-re is.
- A 2007-ben jelentett, H. influenzae okozta összes, invazív eset hatvanhét százalékaért tokkal nem rendelkező törzsek voltak felelősek. A tokkal nem rendelkező törzsek évek során jelentett számbeli növekedése részben a laboratóriumi vizsgálattal növekvő arányban megerősített eseteknek, részben a felügyeleti rendszerek érzékenysége terén bekövetkezett javulásnak tulajdonítható, amit szintén számos tagállamban dokumentáltak. Az EU-ban mindazonáltal az elmúlt néhány évben valódi növekedést is megfigyeltek azon bejelentett szerotípusok számában, amelyek ellen a vakcina nem nyújt védeltséget (nem b, illetve tokkal nem rendelkező törzsek). A b típusú H. influenzae (Hib) elleni konjugált vakcina bevezetése a Hib-betegség ritkább előfordulása miatt a nem b szerotípusba tartozó törzseknek tulajdonítható, invazív H. influenzae fertőzések nagyobb arányához vezetett. A pneumococcusok elleni konjugált vakcinával végzett programmal ellentétben azonban nincs következetes vagy megbízható bizonyíték, amely arra utalna, hogy a csecsemőkorban végzett tömeges Hib-vakcinázás akár a hordozást, akár a betegséget illetően azt eredményezte volna, hogy az eddigiek helyébe más szerotípusok lépnek (szerotípusváltás). Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) Hib elleni konjugált vakcináról szóló, újkéntű állásfoglalása azt a következtetést vonta le, hogy „a Hib elleni nagyléptékű immunizálást eddig nem követte a baktériumtörzsek szerotípusváltása”.
- A bejelentett abszolút számok tekintetében a jelek szerint az idősebb korcsoportok felé irányuló elmozdulás zajlik. A 2007-ben jelentett összes eset negyvenhat százaléka 65 évesnél idősebb felnőttek körében jelentkezett; ez a megállapítás összhangban áll egy egyesült államokbeli vizsgálattal, amely a H. influenzae okozta invazív betegség incidenciájának 1996 és 2004 közötti növekedésére világított rá. A H. influenzae epidemiológiai jellemzői szintén módosultak, a döntően gyermekeknel előforduló és a b szerotípus dominanciáját mutató betegségről a döntően felnőtteknel észlelhető és nem tipizálható törzsek dominanciáját mutató betegségre változott.
- 2007-ben az esetek akár 60%-a fordult elő vakcinázott személyeknél, amint az a nagy átoltottsággal jellemezhető populációknál rendszerint megfigyelhető. A teljes vakcinázáson átesettek többsége 1–4 éves gyermek volt, míg az egy évesnél fiatalabbak az esetek 27%-át tették ki. A rendelkezésre álló adatok alapján nem lehet felmérni, hogy a megfigyelt esetek a vakcinázás valódi eredménytelenségeként könyvelhetők-e el, és több információra van szükség e megállapítás további elemzéséhez. Ebben a témában némi további háttér-információval szolgál az EU-IBIS által elvégzett vizsgálat, amely a Hib elleni vakcinázásnak a nemzeti felügyeleték révén 1996 és 2001 között azonosított eredménytelenségét elemezte Európában, Izraelben és Ausztráliában, és különböző immunizálási programokat alkalmazó, nagy és sokszínű populációban írta le a klinikai és laboratóriumi jellemzőket.

Az Egyesült Királyságból a Hib okozta betegség eredménytelen vakcinázás miatt bekövetkező ismételt megjelenéséről is nagy számban érkeztek jelentések.

Meningococcusok okozta invazív betegség

- Az EU/EGT-országokban 2007-ben az *N. meningitidis* okozta invazív bakteriális betegségre vonatkozóan 5 583 megbetegedést jelentettek, az összesített bejelentési gyakoriság 1,12 eset/100 000 fő volt. A bejelentési gyakoriság tagállamonként változott, és Európa többi részéhez képest Írországban és az Egyesült Királyságban magasabb volt, bár mindkét országban tartós, csökkenő tendencia észlelhető. E két országon kívül 100 000 főre nézve további hat tagállamban haladja meg az 1-et a bejelentési gyakoriság (Belgium, Dánia, Hollandia, Spanyolország, Litvánia és Málta). A meningococcusok okozta invazív betegség továbbra is csecsemők és gyermekek körében fordul elő a legnagyobb számban – az esetek 50%-át 10 évesnél fiatalabb gyermekeknél jelentették. Az egy évesnél fiatalabb kisgyermekek körében jelentett gyakoriság Írországban és az Egyesült Királyságban volt a legmagasabb, 74,5/100 000, illetve 46,6/100 000.
- A *H. influenzae* helyzetéhez hasonlóan az esetek jelentésének sokfélesége több lehetséges okra vezethető vissza: a felügyeleti rendszerek érzékenységének javulása; a felügyelet alá tartozó klinikai megjelenési formák típusainak változása (pl. szepszis vagy agyhártyagyulladás, vagy mindkettő) az egyes tagállamokban; az alkalmazott esetdefiníciók eltérései; a laboratóriumi kapacitások eltérései; vagy a vérminta korai tenyésztésének biztosítását szolgáló egészségügyi gyakorlatok eltérései. Az Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ (ECDC) ebben a szakaszban még nem látja át megfelelően az e különbségek hátterében álló fő okokat, és ezért azt tanácsolja, hogy a szerocsoportonkénti és életkoronkénti bejelentési gyakoriságok országok közötti összehasonlítását fenntartásokkal kell végezni.
- Továbbra is magas azon esetek aránya, amelyeknél hiányzik a szerocsoportra vonatkozó információ, különösen a kelet-európai országokban. A szerocsoportok azonosítása azonban javult az elmúlt években: az elmúlt években számottevően csökkent a nem ismert szerocsoportú esetek száma, a 2003. évi 1 448-ról a 2007-es 559 esetre. 2007-ben a B szerocsoport volt a meningococcusok okozta invazív betegséget előidéző, leggyakrabban jelentett szerocsoport Európában, a négy évesnél fiatalabb gyermekek körében azonosított összes szerocsoport körülbelül 90%-át tette ki. A C típusú meningococcus (MCC) ellen oltást szervező országokban az összes korcsoportban nagy a B típus okozta esetek dominanciája, különösen pedig az egy évesnél fiatalabb, illetve egy és négy éves kor közötti korcsoportokban (az összes eset 73, illetve 81%-a), amelyek a C szerocsoport elleni vakcinázás megszokott célcsoportjait jelentik.
- Az MCC ellen oltási programmal rendelkező országokban a vakcina nemzeti program keretében történt bevezetését követő néhány évben drámaian csökkent a C szerocsoport okozta esetek aránya, különösen a vakcinázási programok célcsoportjai körében. A C szerocsoport okozta esetek aránya a jelek szerint az életkorral nő, ami valószínűleg az idősebb korcsoportok alacsony átoltottságára, valamint a vakcina hatásosságának az első immunizálást követő időszakban megfigyelhető csökkenésére vezethető vissza.
- A molekuláris technológiák egyre több országban végzett alkalmazásának köszönhetően folyamatosan bővül a törzsek szerotipizálására és altipizálására vonatkozó információ. A szerotipizálásnak és altipizálásnak alávetett minták száma azonban továbbra is alacsony, és ezeket az eredményeket fenntartásokkal kell értelmezni. A minták altipizálását legnagyobb számban Franciaország, az Egyesült Királyság és Belgium jelentette.

Fő következtetések

Összességében elmondható, hogy mindkét betegség incidenciája tovább csökken, különösen az oltási kampányok célcsoportját jelentő fiatal gyermekek körében. Európai szinten azonban nő az olyan szerotípusok és szerocsoportok által előidézett esetek száma, amelyek ellen a vakcinák nem nyújtanak védelmet, ez pedig fiatal gyermekeket is érint, és e tendenciát gondosan nyomon kell követni.

Mivel mindkét vakcina esetében nagy az átoltottság, az oltott egyéneknél is előfordulnak megbetegedések. Sajnos az oltást alkalmazó vagy nem alkalmazó országokban nem gyűjtöttek elegendő adatot ahhoz, hogy azok lehetővé tegyék a vakcinák eredménytelenségének mélyreható elemzését vagy bármilyen következtetés levonását az oltott személyek körében előforduló esetek arányát illetően. Ennek oka, hogy az oltás megtörténte/elmaradására vonatkozóan hiányzó információk aránya összességében igen magas volt, és nem állt rendelkezésre adat a születési időről, a kapott oltóanyag adagok számáról és az utolsó adag beadásának időpontjáról. Ezenfelül még nem szerepel a változók között az oltóanyag eredménytelenségének megállapításához szükséges összes információ (mint például a születési idő, valamint a beadott oltóanyag adagok száma és a beadásuk időpontja).

Annak érdekében, hogy javuljon az adatok összehasonlíthatósága a résztvevő országok között, még szabványosabb laboratóriumi módszerekre van szükség az esetek azonosításában, és felügyeleti célra helyi szinten közös esetdefiníciót kell elfogadni. Az európai országokban egyre inkább megvalósíthatóvá válnak a genotipizálási módszerek, és ez javítani fogja a felügyeleti adatok értelmezését; ehhez mindazonáltal a laboratóriumok és járványügyi központok közötti szorosabb együttműködésre van szükség, nemzeti és európai szinten egyaránt. Ennek kapcsán 2008-ban a németországi Würzburgi Egyetem által koordinált, európai intézményekből álló

konzorcium lett „A baktériumok okozta invazív fertőzések laboratóriumi felügyelete és külső minőségbiztosítása az EU-ban” elnevezésű pályázati felhívás nyertese, és a projekt keretében jelenleg második éve zajlanak a munkálatok. A projekt nemcsak a külső minőségbiztosításra és képzésre összpontosít, hanem különösen a tagállamok laboratóriumi kapacitásának fejlesztésére és összehangolására, valamint az EU-ban a laboratóriumok és közegészségügyi intézetek közötti együttműködés megerősítésére. A csoport kulcsfontosságú tevékenységeinek egyike, hogy elősegítse a molekuláris tipizálási módszerek alkalmazását a rutinfelügyelet terén.

8 Éves járványügyi jelentés az Európában előfordult fertőző betegségekről, 2010

(Közzététel: 2010. november)

Ez a jelentés a 27 uniós tagállam és három EGT/EFTA-ország: Izland, Liechtenstein és Norvégia által 2008-ra vonatkozóan jelentett adatok elemzését ismerteti. E jelentés fő célja, hogy a rendelkezésre álló adatok alapján bizonyos mértékig jelezze, az Európai Unióban hol jelentik manapság a legnagyobb terhet a fertőző betegségek. E területeken összehangoltabb fellépésre van szükség a társadalomra, valamint a közegészségügyi és egészségügyi ellátó rendszerekre nehezedő jelenlegi és potenciális jövőbeli teher csökkentése és az emberi szenvedés enyhítése érdekében. Ezek az adatok hozzájárulnak az ECDC azon feladatához, hogy biztosítsa a beavatkozások/intézkedések alapjául szolgáló bizonyítékokat, segítse a jó gyakorlatok azonosítását és megosztását, valamint módszereket javasoljon a beavatkozások hatásának utókövetésére.

Bár sok előrehaladás történt az adatok minőségének és összehasonlíthatóságának javítása terén, az olvasót változatlanul óva kell intenünk az egyes országok bejelentési gyakoriságainak közvetlen összehasonlításától. A felügyeleti rendszerek nagymértékben különböznek, és a közölt vagy jelentett és a tényleges incidencia közötti kapcsolat sok betegség esetében országonként változik.

Első alkalommal készült különálló jelentés az EU-ban nyomon követett veszélyek éves elemzéséről⁵.

Antimikrobiális rezisztencia és egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó fertőzések

Európában a betegségekkel kapcsolatos legfontosabb veszélyt változatlanul az antimikrobiális szerekkel szemben ellenállóvá vált mikroorganizmusok jelentik. 2008-ban – több mint 1500 kórházat kiszolgáló – 900 laboratórium jelentette az antimikrobiális rezisztenciára (AMR) vonatkozó adatait hét fő indikátor-mikroorganizmusra nézve. Ez a bakteriemiáért és húgyúti fertőzésekért felelős leggyakoribb Gram-negatív baktérium, az *Escherichia coli* felügyeletének keretébe tartozó összes antibiotikum-osztály esetében a rezisztencia Európa-szerte megfigyelhető növekedését mutatta. Néhány ország a meticillin-rezisztens *Staphylococcus aureus* (MRSA) arányának csökkenéséről számolt be, jóllehet az MRSA aránya az országok egyharmadában továbbra is 25% felett maradt. Változatlanul aggodalomra ad okot a több szerrel szembeni rezisztencia (gyakran alkalmazott különféle antibiotikumokkal szemben egyidejűleg fennálló rezisztencia), amelyet egyre gyakrabban figyelnek meg bizonyos Gram-negatív baktériumok, például az *Escherichia coli*, a *Klebsiella pneumoniae* és a *Pseudomonas aeruginosa* esetében.

Ugyanezen évben 1422 kórház 306 621 műtéti beavatkozásáról érkeztek felügyeleti adatok, és 654 kórház 9 129, intenzív terápiás osztályon szerzett tüdőgyulladásról, illetve 4 077, intenzív terápiás osztályon szerzett véráramfertőzésről jelentett adatokat. A 2008-as adatok a műtéti sebek csípőprotézis-beültetést követően kialakuló fertőzései terén a korábban megfigyelt csökkenő tendenciát megerősítették. Az intenzív terápiás osztályokon szerzett fertőzésekkel összefüggő mikroorganizmusok megoszlását a harmadik generációs cefalosporinokkal szemben ellenálló *Enterobacteriaceae*, különösen pedig a *Klebsiella* fajok és az *Enterobacter* fajok nagy aránya jellemezte.

A környezet és vektorok útján terjedő betegségek

Hollandiában a Q-láz járványának 2007 márciusát és decemberét követően 2008-ban újabb hullámát észlelték. A legtöbb megbetegedés a nyári időszakban jelentkezett, és a járvány a 25–28. héten tetőzött (június közepe/július közepe). Más európai országok, például Németország szintén a Q-láz változó trendjéről, valamint a 2008. évi esetszám növekedéséről számoltak be, ám kisebb mértékben.

Az e csoportba tartozó, súlyosabb következményekkel járó – például a potenciálisan vérzéses jellemzőkkel bíró – fertőző betegségek közül a krími-kongói vérzéses láz (CCHF) túlterjedt a balkáni régióban található, hagyományos endémiás területeken. Görögország 2008 júniusában jelentette az első humán esetet az ország északi részéből, amely közel fekszik egy ismert endémiás területhez. Másrészről a chikungunya-láz tekintetében Olaszországban az előző évi, 217 laboratóriumi vizsgálattal igazolt esettel járó járvány után bevezetett fokozott felügyeleti tevékenységek azt mutatták, hogy a hazai eredetű chikungunya-láz nem jelent meg újra, mivel az EU/EGT-országokban regisztrált néhány eset mindegyike behurcolt eset volt.

5 ECDC. Éves jelentés a veszélyekről, 2009. Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ, Stockholm, 2010. Az alábbi címen érhető el: http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/surveillance_reports/Pages/index.aspx

Élelmiszer és víz útján terjedő betegségek és zoonózisok

Az élelmiszer útján terjedő betegségek jó részére az általuk előidézett, változó súlyosságú klinikai kép miatt továbbra is a számottevő aluljelentettség jellemző. Az EU és az EGT/EFTA területén a campylobacteriózis továbbra is az emésztőszervi megbetegedések leggyakrabban jelentett oka volt, 2008-as gyakorisága (100 000 lakosonként 44,1 eset) többé-kevésbé hasonlóan alakult az előző évihez. Ez jellemző példája az alulbecsült betegségeknek, mivel a fertőzésről különösen ismert, hogy tünetmentes vagy enyhe betegséget okoz, ami nagyfokú aluljelentettséghez vezet.

A verotoxint/shigatoxint termelő *Escherichia coli* (VTEC/STEC) összesített bejelentési gyakorisága is viszonylag változatlan maradt az elmúlt néhány évben (0,66/100 000). 2008-ban azonban a korábbi évekhez viszonyítva 42%-kal nőtt azoknak a jelentett eseteknek a száma, amelyeknél hemolitikus urémiás szindróma alakult ki. Akárcsak a szalmonellózis és shigellózis esetében, a VTEC/STEC okozta fertőzés bejelentési gyakorisága (4,72 eset/100 000 lakos) is az öt éves kor alatti gyermekekénél volt a legnagyobb; ennek oka minden valószínűség szerint az, hogy ebben a korcsoportban súlyosabb a betegség klinikai megjelenés formája, és mindegyik fertőzés esetében nagyobb a kórházi kezelés valószínűsége.

A szalmonellózis terén az elmúlt három évben folyamatos csökkenés volt észlelhető, bár a *Salmonella* 2008-ban nemzetközi, nemzeti és helyi szinten számos, élelmiszer útján terjedő járványt okozott. Az adatok jelentését érintő változások miatt ebben az évben a jelentésekben a tífusz nagyobb gyakorisággal szerepel, mint a korábbi években, de ez inkább a jelentés teljességének javításából eredő mesterséges hatás, semmint valódi növekedés. A tífuszos esetek túlnyomó többségét még mindig endémiás területekről hazatérő utazók megbetegedése teszi ki.

2008-ban a hepatitisz A összesített bejelentési gyakorisága (3,34/100 000 lakos) valamivel magasabb volt, mint 2007-ben (2,75/100 000 lakos). A 100 000 lakosra vetített lettországi bejelentési gyakoriság a 2007. évi 0,66-ról 123-ra emelkedett, főként egy kiterjedt területi járvány következtében, amely az intravénás kábítószer-használók és az alacsony jövedelmű, nem megfelelő higiénés viszonyok között élő személyek körében alakult ki, később pedig a lakosság nagyobb részére is kiterjedt. Ehhez hasonlóan a hepatitisz A-járvány Csehországban eleinte az intravénás kábítószer-használókat érintette, és később átterjedt az egész lakosságra.

HIV, nemi úton terjedő fertőzések, valamint hepatitisz B és C

A HIV-fertőzés továbbra is egyike a fertőző betegségek jelentette fő közegészségügyi veszélyeknek Európában. A HIV gyakorisága folyamatosan nő, a HIV-fertőzések jelentett száma 33%-kal emelkedett: a 2000-ben mért 100 000 főre eső 4,2-ről (13 265 eset) a 2008. évi 100 000 főre jutó 5,6-re (18 019 eset). Ez a tendencia aggasztóbb, ha figyelembe vesszük, hogy az EU/EGT-országokban az érintettek számottevő része (a becslések szerint 30%-a) nincs is tisztában azzal, hogy HIV-fertőzött. Az adatok azt mutatják, hogy a HIV-eseteket legnagyobb arányban a férfiakkal szexuális kapcsolatot fenntartó férfiaknál diagnosztizálták (40%), de Európában sok országban nő a HIV heteroszexuális átvitelének aránya (29%). Az EU-ban az újonnan diagnosztizált HIV-fertőzések jelentős része az egész lakosságot érintő HIV-járvánnyal jellemezhető országokból (főként Afrika Szaharától délre eső területeiről) érkezett bevándorlóknál fordult elő. Ezzel szemben – az adatok bizonyos korlátai ellenére kijelenthető – a jelek szerint csökkent az AIDS diagnosztizált eseteinek száma, kivéve a balti államokat.

Az EU/EGT területén változatlanul a chlamydiasis a leggyakrabban jelentett, nemi úton terjedő fertőzés, 335 329 laboratóriumi vizsgálattal igazolt, regisztrált esettel (100 000 lakosonként 150 fertőzött). A chlamydiasis valódi incidenciája valószínűleg magasabb, mivel erre a fertőzésre különösen jellemző az aluljelentettség. Ez a fertőzés az elmúlt 10 évben folyamatosan gyakoribbá vált. Továbbra is a fiatal felnőttek betegsége, a 15 és 24 év közöttiek körében 976/100 000 lakos a bejelentési gyakorisága; a fiatal nőket nagyobb mértékben érinti, mint a fiatal férfiakat.

Bár a hepatitisz C-vel kapcsolatos bejelentések tendenciája viszonylag állandó, és a hepatitisz B gyakorisága az elmúlt évekhez képest csökkenni látszik, az eddig gyűjtött adatokból csak korlátozottan vonhatók le következtetések. E tendenciák értelmezését nehezítik a felügyeleti rendszerek között fennálló nagy különbségek, a jelentéstétel közelmúltbeli változásai, a nem diagnosztizált esetek jelentős száma, az alkalmazott esetmeghatározások lehetséges eltérései (azaz a hepatitisz B markereinek eltérő alkalmazása és/vagy értelmezése), valamint néhány országban a hiányos jelentés. Ezenfelül néhány ország nem tesz különbséget az akut és krónikus hepatitisz B és C esetekről szóló jelentések között, és ez a tünetmentes esetek nagy gyakoriságával párosulva az adatok olyan elegyét eredményezi, amely nem alkalmas az egyes országok közötti azonnali összehasonlításra. Az ECDC azon dolgozik, hogy javítsa a vírusfertőzések fokozott felügyeletét, beleértve a hepatitisz B-re és C-re irányuló felügyelet európai szintű harmonizálásának tökéletesítését.

Légúti fertőzések

Az EU-ban minden télen több százezer ember betegszik meg súlyosan és veszíti életét szezonális influenza miatt. Európában a 2008/09-es influenzaszезон 2008. 48. hetében kezdődött, valamennyi érintett országban hozzávetőleg 10 hétig tartott, és 2009. 16. hetében ért véget, miután a csúcstevékenység nyugatról kelet felé, majd délkelet felé áthaladt a kontinensen. A 2008/09-es szezonban először az A(H3N2) influenza dominált, ezután –

kisebb mértékben – a B típusú influenza, összességében pedig az A(H3N2) influenzavírust mutatták ki a legtöbb esetben. A cirkuláló B influenzavírusok túlnyomó része nem egyezett az északi féltekén 2008/09-ben alkalmazott influenzavakcina B összetevőjével. Nem valószínű azonban, hogy ez különösebb közegészségügyi jelentőséggel bír, tekintettel a B vírusoknak ebben a szezonban megfigyelt viszonylag alacsony prevalenciájára. 2009. 19. hetében, a „normál szezon” végén észlelték az első pandémias A(H1N1) influenzavírust egy sentinel mintában. Ezt követte a világjárvány tavaszi/nyári hulláma.

Az EU-ban 2008-ban a madarak körében ismét járványokat okozott a fokozott patogenitású madárinfluenza és a gyenge patogenitású madárinfluenza, de kevesebb esetben, mint 2007-ben. E járványokkal összefüggésben nem jelentettek emberi megbetegedéseket.

A légionárius betegség (legionellózis) bejelentési gyakorisága az EU és az EGT/EFTA országokban 100 000 lakosonként változatlanul 1,2 eset volt. A jelentett esetek korábbi években megfigyelt júliusi csúcsa 2008-ban jobban elhúzódott, júniustól szeptemberig tartott. A légionárius betegség utazással összefüggően jelentett eseteinek száma 2007-hez képest kisebb volt, csakúgy, mint az utazással összefüggő járványoké.

Az elmúlt 5 évben a tuberkulózis megbetegedések éves átlagos száma folyamatos csökkenés mutatott, bár 28 uniós és EGT/EFTA-ország 2008-ban továbbra is 82 611 megbetegedést jelentett (a bejelentési gyakoriság 100 000 lakosonként 16,7). Az EU-ban a tuberkulózis gyakoribb a migránsok, a hajléktalanok, a belvárosokban élő szegények, a fogvatartottak, a HIV-vel élő személyek és a kábítószer-használók körében, de a 2008-as adatok sokszínű képről árulkodnak, és az országok három nagy járványügyi kategóriába sorolhatók:

- alacsony incidenciát mutató országok, amelyekben az esetek egyre inkább a külföldi származású népesség körében halmozódnak, és alkalmanként számolnak be növekvő számú bejelentésről;
- a közepestől a viszonylag magasig terjedő, ugyanakkor csökkenő bejelentési gyakorisággal jellemezhető országok, amelyekben alacsony a több szerrel szemben rezisztenciát mutató (MDR) tuberkulózis esetek aránya; és
- a viszonylag magas bejelentési gyakorisággal és a több szerrel szemben rezisztenciát mutató (MDR) tuberkulózis esetek nagy arányával jellemezhető országok, amelyekben szintén csökken a tuberkulózis összesített gyakorisága.

Ezenfelül a több gyógyszerrel szemben rezisztenciát mutató tuberkulózis (MDR TB) eseteinek aránya 4%-ról 6%-ra nőtt 2007 és 2008 között, főként a hiányos vagy nem megfelelően megtervezett kezelési protokollok miatt. A kezelések kimenetelét illetően a sikeresség aránya az MDR TB ezen eseteire nézve változatlanul rendkívül alacsony volt, a 2006-ban megkezdett kezelésű csoportban 30,9%. Noha a másodvonalbeli rezisztenciára vonatkozó adatok minősége, reprezentatív jellege és teljessége tovább tökéletesíthető, a számok megerősítik, hogy a gyógyszerekkel szemben fokozott rezisztenciát mutató (XDR) tuberkulózis mára megvetette a lábát az EU határain belül.

Védőoltással megelőzhető betegségek

Az EU/EGT-országokban mára számos, védőoltással megelőzhető, súlyosabb kimenetelű betegséget (például a gyermekbénulást, a torokgyíkot vagy a tetanuszt) szinte teljesen felszámolták. Majdnem az összes uniós országban sikertörténet továbbá a nemzeti immunizációs programokba beillesztett Hib-vakcina hatása. A védőoltással megelőzhető betegségek fennmaradó részét illetően a lakosság nehezen elérhető csoportjaiban továbbra is problémák vannak a jobb átoltottság elérése terén. A védőoltások biztonságosságával kapcsolatos, indokolatlan kétségek is visszavetik több, ilyen fertőző betegséggel kapcsolatos célokat, helyi járványokat idézve elő, amelyek teljességgel megelőzhetőek lennének.

Az egyik ilyen betegség a kanyaró. Az EU és az EFTA országaiban a kanyaróban megbetegedettek teljes száma jóval magasabb volt 2008-ban, mint 2007-ben. Ez a több országban kitört nagy járványok következménye volt; a legnagyobb számban Svájcban, Olaszországban, Ausztriában, Németországban, Franciaországban és az Egyesült Királyságban jelentettek eseteket. Határozott politikai elkötelezettség szükséges a fenti aggasztó tendencia megfordításához.

2007-ről 2008-ra ezzel szemben csökkent a jelentett és laboratóriumi vizsgálattal igazolt rubeola esetek száma. A veleszületett rubeolafertőzések számának a védőoltás bevezetését követő, általános drámai csökkenése ellenére szórványosan még mindig előfordulnak esetek Európában. A kanyaró-mumpsz-rubeola vakcina esetében az optimálistól elmaradó átoltottsági arány miatt fennmaradhatnak fogékony személyekből álló csoportok, ami ezután az adott betegség előfordulásának számbeli növekedését eredményezi, ideértve a veleszületett rubeolafertőzést is.

A pneumococcusok okozta invazív betegség (IPD) összesített bejelentési gyakorisága 2008-ban 100 000 lakosonként 5,2 eset volt, ami az összes, védőoltással megelőzhető betegséget tekintve a legnagyobb gyakoriságok közé tartozik. Az EU-ban igen eltérőek az IPD felügyeleti rendszerei, különösen a működő felügyeleti rendszerek típusa, azok lefedettsége és az alkalmazott esetdefiníció; néhány ország ugyanakkor semmilyen felügyeleti rendszert nem alkalmaz. Az ECDC által az EU-ban bevezetésre kerülő fokozottabb felügyelet a laboratóriumi felügyeletet is magába foglalja annak érdekében, hogy nyomon kövesse a szerotípusokban mutatkozó tendenciákat, különösen azon szerotípusokat illetően, amelyek ellen a védőoltás nem nyújt védelmet.

Következtetések

A 2008. évi adatok és tendenciák ezen összefoglalása arra utal, hogy az elmúlt néhány évben lényegében nem változtak az uniós prioritások a fertőző betegségek megelőzése és az ezek elleni védekezés terén. Bizonyos betegségek terén a tagállamok összehangolt megelőző és védekező fellépése révén némi csökkenés mutatkozott ezek incidenciáját és az esetek számát illetően (jóllehet ezek szintje a lakosság meghatározott rétegeiben és kockázati csoportjaiban továbbra is magas lehet). A fertőző betegségekkel kapcsolatban azonban továbbra is számos probléma áll fenn, amelyek közül a legfontosabbak az alábbiak:

- antimikrobiális rezisztencia;
- egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó fertőzések;
- nemi úton terjedő, különösen HIV és *chlamydia* okozta fertőzések;
- influenza okozta légúti fertőzések (pandémiás potenciál, valamint éves szezonális járványok), tuberkulózis és pneumococcus okozta fertőzések.

Az említett betegségek egy részénél további közös fellépés (pl. védőoltás és hasonló védekezési intézkedések révén) vezethet el oda, hogy az EU-t és végül Európát „mentesnek” lehessen nyilvánítani az adott betegségtől, amint az számos, védőoltással megelőzhető betegség esetében ez már megtörtént. Az uniós tagállamok azonban még mindig távol állnak a betegségek felszámolására irányuló programokban már meghatározott céloktól, különösen a kanyaró tekintetében, amelynél a csökkenő tendencia megfordult. Ehhez hasonlóan a rubeolafelügyelet érzékenységének és specifikusságának tökéletesítése – a WHO 2010-es felszámolási célkitűzését figyelembe véve – kiemelten fontos. Ami a pneumococcusok okozta fertőzéseket illeti, továbbra is aggályok merülnek fel annak lehetőségével kapcsolatban, hogy az oltások bevezetése után a pneumococcusok elleni konjugált vakcina által megcélzott szerotípusokat olyan szerotípusok válthatják fel, amelyek ellen a vakcina nem nyújt védelmet – amint azt az Egyesült Államokban már megfigyelték.

A 2008-as adatok alapján továbbra is igaz, hogy az antimikrobiális rezisztencia egyre növekvő fontosságú közegészségügyi veszélyt jelent Európában. A probléma nemzetközi együttműködést – valamint nemzeti szinten összehangolt erőfeszítéseket – tesz szükségessé az antimikrobiális rezisztencia megfékezése és kialakulásának megelőzése érdekében. Az egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó fertőzések szintén növekvő problémát jelentenek, ami következetes megelőzési és védekezési szakpolitikákat tesz szükségessé. A politikai döntéshozók számára előnyös, ha megbízhatóbb adatok állnak rendelkezésre, ami a főként kórházi és hosszú távú ellátást nyújtó létesítményekre támaszkodó felügyeleti rendszerek fejlesztésére irányuló erőfeszítések várt eredménye.

Bár a tuberkulózis előfordulása általánosságban csökkenő tendenciát mutat, folytatódik a több gyógyszerrel szemben rezisztenciát mutató tuberkulózis és a HIV-hez társuló tuberkulózis emelkedő trendje. A HIV összességében szintén növekvő tendenciát mutat. A szigorú nemzeti és nemzetközi megelőzési és védekezési tevékenységek fenntartásához ez a két fertőzés mindkét esetben komoly figyelmet igényel, ide értve a felügyeletbe történő további beruházásokat is. A TB/HIV-társfertőzés jelentése változatlanul nem teljeskörű, bár vannak új tervek a helyzet javítására.

Az influenza ismét megmutatta, milyen kiszámíthatatlanok lehetnek a szezonális járványok: az A(H3N2) vírus által dominált, viszonylag súlyos szezont tudhatunk magunk mögött, amelyet az amerikai kontinensről eredő A(H1N1) világjárvány követett.

A. táblázat: Áttekintés az EU-ban 2008-ban jelentett fertőző betegségek általános közelmúltbeli tendenciáiról, uniós bejelentési gyakoriságukról és az általuk érintett fő korcsoportokról

Betegség	Általános tendencia	Az esetek uniós bejelentési gyakorisága 100 000 főre vonatkoztatva (2008)	Érintett fő korcsoportok (2008)
Légúti fertőzések			
Influenza	↔	Nincs adat	0–14
Madárinfluenza	Elégtelen adat	0	Elégtelen adat
Légionárius betegség (legionellózis)	↑	1,2	≥ 65
Tuberkulózis	↓	16,7	25–44
HIV, nemi úton, illetve vér útján terjedő fertőzések			
Chlamydia-fertőzés	↑	149,9	15–24
Kankó (gonorrhoea, tripper)	↓	8,6	15–24, 25–44
Hepatitisz B	↓	1,3	25–44

Betegség	Általános tendencia	Az esetek uniós bejelentési gyakorisága 100 000 főre vonatkoztatva (2008)	Érintett fő korcsoportok (2008)
Hepatitisz C	↑	9,0	25–44
HIV	↑	5,7	25–44
AIDS	↓	1,1	40–49
Szifilisz	↔	4,2	25–44
Élelmiszer és víz útján terjedő betegségek és zoonózisok			
Lépfene	↓	< 0,01	Elégtelen adat
Botulizmus	↔	< 0,1	25–44
Brucellózis	↓	0,2	45–64, 25–44
Kampilobakteriózis	↑	44,1	0–4
Kolera	↓	<0,01	Elégtelen adat
Kriptosporidiózis	↔	2,4	0–4
Echinokokkózis	↔	0,2	45–44, ≥ 65
Vero/shigatoxin-termelő <i>Escherichia coli</i> (VTEC/STEC)	↔	0,7	0–4
Giardiázis	↓	59,6	0–4
Hepatitisz A	↓	3,3	5–14
Leptospirozis	↔	0,2	45–64
Liszteriózis	↔	0,3	≥ 65
Szalmonellózis	↓	29,8	0–4
Sigellózis	↔	1,8	0–4
Toxoplazmózis	↓	0,8	15–24
Trichinellózis	↔	0,1	25–44
Tularémia	↔	0,2	45–64
Hastifusz/paratifusz	↔	0,3	0–4, 5–44
Variáns Creutzfeldt-Jakob Betegség	Elégtelen adat	< 0,01	Elégtelen adat
Yersiniózis	↑	2,7	0–14
Újnanon megjelenő, illetve vektorok útján terjedő betegségek			
Malária	↔	1,2	25–44
Pestis	Elégtelen adat	0	Elégtelen adat
Q-láz	↔	0,4	45–64
Súlyos akut légúti szindróma (SARS)	Elégtelen adat	0	Elégtelen adat
Himlő	Nem alkalmazható	0	Elégtelen adat
Chikungunya-láz	Elégtelen adat	< 0,01	45–64
Dengue-láz	Elégtelen adat	0,1	25–44
Hantavírus-fertőzés	Elégtelen adat	1,4	25–44, 45–64
Nyugat-nilusi láz	Elégtelen adat	< 0,01	Elégtelen adat
Sárgaláz	Elégtelen adat	0	Nincs eset
Védőoltással megelőzhető betegségek			

Betegség	Általános tendencia	Az esetek uniós bejelentési gyakorisága 100 000 főre vonatkoztatva (2008)	Érintett fő korcsoportok (2008)
Diftéria (torokgyík)	↓	<0,01	5–14, 45–64
<i>Haemophilus influenzae</i> okozta invazív betegség	↓	0,5	≥ 65, 0–4
Meningococcusok okozta invazív betegség	↓	0,9	0–4
Pneumococcusok okozta invazív betegség	↓	5,2	≥ 65, 0–4
Kanyaró	↔	0,9	0–4
Mumpsz	↓	2,8	5–14
Szamárköhögés	↔	5,3	5–14
Járványos gyermekbénulás	Elégtelen adat	0	Elégtelen adat
Veszétség	↓	< 0,01	Elégtelen adat
Rózsahimlő	↓	0,6	0–4
Tetanusz	↓	< 0,1	≥ 65
Antimikrobiális rezisztencia és egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó fertőzések			
Antimikrobiális rezisztencia	↑	Nem alkalmazható	Elégtelen adat
Egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó fertőzések	↑	Nem alkalmazható	Elégtelen adat

9 Az antimikrobiális rezisztencia felügyelete Európában, 2009

(Közzététel: 2010. november)

Ez az Antimikrobiális Rezisztencia Európai Felügyeleti Hálózatának (EARS-Net) első éves jelentése azóta, hogy az Antimikrobiális Rezisztencia Európai Felügyeleti Rendszere (EARSS) 2010. január 1-jével az Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ (ECDC) került. Ez a jelentés a hálózat által 2001 óta közzétett, nagyra értékelt EARSS éves jelentések sorozatának folytatását képezi.

Az elmúlt évtizedben az antimikrobiális rezisztencia folyamatosan egyre kiemelkedőbb helyre került Európa közegészségügyi napirendjén. Az antimikrobiális rezisztencia korábban az EARSS és jelenleg az EARS-Net által végzett felügyelete fontos szerepet tölt be a tekintetben, hogy dokumentációval szolgáljon az antimikrobiális rezisztencia előfordulásáról és terjedéséről, és a szakpolitika szintjén, a közegészségügyi tisztviselők és a tudományos közösség körében növelje a problémával kapcsolatos tudatosságot.

Az antimikrobiális rezisztenciáról az EARS-Net részére 2009-ben 28 ország által jelentett adatok, valamint a tendenciák – ezen belül a korábbi évekből származó EARSS-adatok – elemzése alapján elmondható, hogy a rezisztencia helyzete a kórokozó típusától, az antimikrobiális szertől és a földrajzi régiótól függően nagy változatosságot mutat Európában.

2009-ben a rezisztenciával kapcsolatos legaggasztóbb eredmények az invazív *Escherichia coli* gyorsan csökkenő érzékenységről – amely a karbapenemek kivételével gyakorlatilag az EARS-Net felügyelete alá vont összes antimikrobiális szerre érvényes –, valamint a *Klebsiella pneumoniae* harmadik generációs cefalosporinokkal, fluorokinolonokkal és aminoglikozidokkal szembeni rezisztenciájának magas prevalenciájáról szólnak. A jelentést küldő országok felében a 10%-ot meghaladja a több szerrel szemben ellenálló (harmadik generációs cefalosporinokkal, fluorokinolonokkal és aminoglikozidokkal szemben kombinált rezisztenciát mutató) *K. pneumoniae* izolátumok aránya, és mostanában néhány ország már a karbapenemekkel szembeni rezisztencia nagy arányáról is beszámol. Ezeket az antibiotikumokat sok országban a széles spektrumú béta-laktamáz (ESBL) termelő *Enterobacteriaceae* növekvő gyakorisága miatt széles körben alkalmazzák, aminek következménye a karbapenemáz-termelés megjelenése (VIM, KPC és NDM-1), különösen a *K. pneumoniae* esetében.

Az *E. coli* legnagyobb arányú rezisztenciáját az aminopenicillinek esetében jelentették, amelyeknél elérte akár a 66%-ot is. A rezisztencia magas szintjétől függetlenül az arányok még azokban az országokban is tovább nőnek, amelyekben jóval 50% feletti arányú rezisztencia észlelhető. A harmadik generációs cefalosporinokkal szemben *E. coli* esetében kialakult rezisztencia a jelentést küldő országok több mint felében jelentősen nőtt az elmúlt négy év során. Ez a rezisztencia közvetlenül összefügg a 2009-ben ESBL-ről beszámoló országokban azonosított rezisztens izolátumok körében megfigyelhető ESBL-pozitivitás nagy arányával (85–100%).

Az EARS-Net-nek jelentett rezisztencia előfordulásával kapcsolatos egyéb tendenciák reményt adnak arra, hogy a fertőzések elleni védekezést szolgáló nemzeti erőfeszítések, valamint a rezisztencia megfékezését célzó törekvések néhány esetben megállíthatják a rezisztencia kialakulását, vagy akár meg is fordíthatják a rezisztencia nemkívánatos tendenciáit; példa erre a meticillin-rezisztens *Staphylococcus aureus* (MRSA) helyzetének alakulása. Annak ellenére, hogy a *Staphylococcus aureus* tekintetében az MRSA aránya a 28 ország közül 10-ben még mindig jóval meghaladja a 25%-ot, az MRSA előfordulása néhány országban stabilizálódik vagy csökken, és Ausztriában, Franciaországban, Írországban, Lettországban és az Egyesült Királyságban tartós csökkenést figyeltek meg.

Az Egyesült Királyságban ezenfelül a rezisztens *K. pneumoniae* arányának következetes csökkenése volt megfigyelhető a felügyelet alá tartozó összes antibiotikum-csoportban, továbbá néhány országban (Görögország, Németország, Olaszország és Franciaország) a glikopeptid-rezisztens *Enterococcus faecium* megfékezésére irányuló erőfeszítések sikeresnek bizonyulnak, és azok a rezisztens izolátumok arányának folyamatos csökkenését eredményezik. Mindeközben az *Enterococcus faecalis* esetében megfigyelhető nagyfokú aminoglikozid-rezisztencia a jelek szerint viszonylag magas szinten stabilizálódik. Az országok többsége a rezisztens izolátumok 30% és 50% közötti arányáról számolt be.

A *Streptococcus pneumoniae* esetében a penicillinnel szembeni fogékonyság hiánya általában változatlan szintet mutat Európában, míg a makrolidokkal szembeni fogékonyság hiánya hat országban csökkent, ugyanakkor egy ország sem jelentett növekvő tendenciát. Sok országból – különösen Dél- és Kelet-Európából – a *Pseudomonas aeruginosa* nagyarányú rezisztenciáját jelentették a fluoorkinolonokkal és karbapenemekkel szemben, illetve annak kombinált rezisztenciájáról számoltak be.

Több antimikrobiális szer és kórokozó kombinációját illetően egyértelmű észak-déli gradiens figyelhető meg Európában; ilyen például a helyzet az *E. coli*, a *K. pneumoniae*, a *P. aeruginosa* fluorokinolon-rezisztenciájának és az MRSA-nak az esetében. Általánosságban elmondható, hogy Európa északi részén kisebb arányú, déli részén

pedig nagyobb arányú rezisztenciát jelentenek, ami valószínűleg a fertőzések elleni védekezés napi gyakorlatában mutatkozó eltéréseket, az antimikrobiális szerek felírására vonatkozó jogszabályok meglétét vagy hiányát, valamint a rezisztencia előfordulását ismerten befolyásoló egyéb tényezőket tükrözi.

A *K. pneumoniae* esetében azonban az észak-európai országokban, így az antibiotikumok alkalmazására hagyományosan megfontolt megközelítést alkalmazó Dániában és Norvégiában is növekvő tendencia észlelhető a specifikus antibiotikum-osztályok és a több szerrel szembeni rezisztencia terén.

A tendenciák szokásos elemzésén és a helyzet áttekintésén felül az EARS-Net 2009-es jelentésében szerepel egy új, hangsúlyos fejezet, amely mélyreható elemzést ad az *E. coli* és az MRSA témájában. Ezek az elemzések kizárólag több éve következetesen jelentő laboratóriumoktól kapott adatokon alapulnak. A mélyreható elemzés megerősíti a több szerrel szembeni rezisztencia folyamatos emelkedését, és feltárja, hogy az *E. coli* antimikrobiális fogékonysága több év leforgása alatt állandó és jelentős csökkenést mutatott. Az MRSA tekintetében a megfigyelt csökkenés valószínűleg a fertőzés elleni védekezés terén kórházi szinten hozott intézkedések hatásosságát mutatja, és akár némi reményt is adhat a más területeken végzett megfélekezési stratégiák sikerét illetően.

Végezetül a részt vevő országok által az EARS-Net-nek 2009-ben jelentett adatok tudásbázist biztosítanak az antimikrobiális rezisztencia európai előfordulásáról, és dokumentálják a jelentős bakteriális kórokozók ellen bevezethető, sajnálatos módon és folyamatosan szűkülő antimikrobiális kezelési lehetőségeket.

10 A HIV/AIDS európai felügyeletének 2009. évi adatai

(Közzététel: 2010. november)

Fontosabb szempontok

A HIV-fertőzésnek továbbra is komoly a közegészségügyi jelentősége Európában, és bizonyított, hogy a HIV Európában tovább terjed. Összességében – a nem teljes körűen jelentett esetek ellenére – semmi nem utal egyértelműen az évente diagnosztizált esetek számának csökkenésére. 2004 óta az újonnan diagnosztizált és jelentett HIV-esetek 100 000 lakosra számított gyakorisága közel 30%-kal nőtt, a 2004. évi 100 000 lakosra jutó 6,6 esetről a 2009-ben 100 000 lakosonként észlelt 8,5 esetre. A diagnosztizált AIDS-esetek száma tovább csökkent a WHO Európai Régiójában, kivéve keleten, ahol nőtt a számuk. A 2004–2009 közötti időszakban AIDS-re vonatkozó adatokat folyamatosan jelentő 48 ország körében a regisztrált AIDS-esetek száma a 100 000 lakosra számított 2,0 esetről 100 000 lakosra vonatkoztatva 1,0 esetre csökkent.

- 2009-ben a WHO európai régiójában 53 ország közül 49-ben 53 427 HIV-fertőzést diagnosztizáltak és jelentettek (nem állnak rendelkezésre adatok Ausztriából, Monacóból, Oroszországból, illetve Törökországból). A legnagyobb gyakoriságot Észtországból, Moldovából, Ukrajnából és Üzbegisztánból jelezték.
- 48 országból 6 568 AIDS-esetről érkezett jelentés (nem állnak rendelkezésre adatok Ausztriából, Svédországból, Monacóból, Oroszországból és Törökországból).
- 2009-ben az Európai Unió és az Európai Gazdasági Térség (EU/EGT) országai 25 917 újonnan diagnosztizált HIV-fertőzést jelentettek (Ausztriából nem állnak rendelkezésre adatok). Az EU/EGT-országokban a legmagasabb előfordulási gyakoriságot Észtországban, Lettországban, Portugáliában és az Egyesült Királyságban regisztrálták.
- Az EU/EGT-országokban a HIV-fertőzés terjedésének leggyakoribb módja a férfiak közötti nemi kapcsolat, ezt követi a heteroszexuális kapcsolat. A heteroszexuális úton szerzett fertőzésként jelentett esetek körülbelül 38%-át olyan személyeknél diagnosztizálták, akik kiterjedt HIV-járványok által sújtott országokból származnak.
- A három, földrajzilag és járványügyi jellemzőit tekintve is elkülönülő területen a leggyakoribb terjedési mód területenként változik, ami a HIV európai epidemiológiájának sokszínűségét jelzi. Bár a jelentett adatok arra utalnak, hogy keleten a heteroszexuális átvitel vált a domináns átviteli móddá, az oroszországi esetek szerezhetősége – amelyek e jelentéshez nem álltak rendelkezésre – számottevően növelné az intravénáskábítószer-használat által képviselt arányt. Ebben az esetben az intravénáskábítószer-használat az egész régióban és különösen keleten több fertőzésért lenne felelős. A középső régióban a HIV-fertőzés terjedésének leggyakoribb módja a férfiak közötti nemi kapcsolat, ezt követi a heteroszexuális kapcsolat. Ehhez hasonlóan nyugaton – amennyiben a kiterjedt járványokkal küzdő országokból származó eseteket kizárjuk az elemzésből – az elsődleges átviteli mód a férfiak közötti nemi kapcsolat, ezt követi a heteroszexuális kapcsolat.
- Az itt ismertetett adatok bizonyos korlátokkal rendelkeznek, mivel több ország esetében nem teljes a jelentés és hiányoznak is adatok, továbbá az adatokat késve jelentik. Ez korlátozza az európai HIV- és AIDS-járványok nagyságára és kiterjedésére vonatkozóan levonható következtetéseket. Ha az adatokat e korlátokra nézve korrigálnák, a HIV-fertőzések 2009-re vonatkozó összesített száma minden valószínűség szerint megduplázódna.

Ajánlások a HIV/AIDS felügyeletére

A HIV/AIDS felügyeletének adatai elengedhetetlenek ahhoz, hogy a HIV-járvány tendenciái nyomon követhetőek legyenek, és iránymutatást lehessen szabni a közegészségügyi intézkedéseknek. Ezért Európában minden országnak a következőket kellene tennie:

- a HIV-fertőzésekre és AIDS-megbetegedésekre vonatkozóan bevezetendő az esetalapú nemzeti jelentési rendszer, és biztosítandó az adatok teljessége és időbelisége; valamint
- javítandó a jelentett adatok minősége, különösen a fertőződés lehetséges módjait és a CD4 sejtszámot illetően.

Ajánlások a közegészségügy számára

A járvány elleni védekezésre vonatkozó beavatkozásoknak bizonyítékokon kell alapulniuk, és az adott országhoz és járványügyi helyzethez kell igazítani őket. A rendelkezésre álló felügyeleti adatok alapján a következő ajánlásokat ésszerű tenni:

- A keleti országokra vonatkozóan: a HIV-megelőzési stratégiák központi elemét az intravénáskábítószer-használók körében kezdeményezett, a HIV elleni védekezést szolgáló beavatkozásoknak kell képezniük,

beleértve a kárenyhítő programokat. A heteroszexuális átvitel megelőzését szolgáló intézkedéseket szintén meg kell erősíteni, a nagy kockázatú partnerekkel kapcsolatot létesítő személyeket célozva meg.

- A középső területen fekvő országokra vonatkozóan: a megelőzést az egyes országok körülményeihez kell igazítani annak érdekében, hogy a járványt a jelenlegi alacsony szinten korlátozzák. Tekintettel azonban arra, hogy a járvány a férfikkal szexuális kapcsolatot fenntartó férfiak körében növekszik, ebben a csoportban a HIV elleni védekezést szolgáló beavatkozásokat prioritásnak tekintve, meg kell erősíteni.
- A nyugati országokra vonatkozóan: a férfikkal szexuális kapcsolatot fenntartó férfiak körében a HIV elleni védekezés érdekében tett intézkedéseknek kell a HIV-megelőzési stratégiák központi elemét képezniük, beleértve az e csoportot célzó innovatív programokat. A megelőzési, kezelési és ellátási beavatkozásokat a migráns népesség elérése érdekében módosítani kell.
- Összességében a korai diagnózis, a kezeléshez jutás és tanácsadás biztosítása érdekében támogatni kell a HIV-vel kapcsolatos tanácsadást és laboratóriumi vizsgálatot, hogy a későn jelentkező személyek számának csökkentése érdekében elősegítsék a továbbterjedés megelőzését vagy mérséklését, és az érintett személyek körében javítani lehessen a hosszabb távú kezelési eredményeket. Biztosítani kell a HIV kezeléséhez és ellátásához való egyenlő hozzáférést a népesség minden olyan csoportja számára, amelyek erre szüksége van, hogy az országok elérhessék a megelőzéshez, kezeléshez és ellátáshoz való egyetemes hozzáférés globális célját, és elérjék „A HIV/AIDS elleni küzdelem az Európai Unióban és a szomszédos országokban (2009–2013)” című uniós bizottsági közleményben és cselekvési tervben kitűzött célokat.

Különjelentések

11 A HIV/AIDS ellen Európában és Közép-Ázsiában folytatott küzdelem keretében kialakított partnerségről szóló dublini nyilatkozat végrehajtása: 2010. évi haladási jelentés

(Közzététel: 2010. szeptember)

2004 februárjában az európai és közép-ázsiai országok vezetői Dublinban találkoztak és nyilatkozatot adtak ki, amely az ENSZ Közgyűlésének a HIV/AIDS témájával foglalkozó 2001. évi különleges ülésén (UNGASS) az országok által tett kötelezettségvállalási nyilatkozat végrehajtásának felgyorsítására összpontosít.

Milyen haladás valósult hát meg? Erre összpontosít ez a jelentés. Az egyes országok jelentéseinek felhasználásával, meghatározott számú, a régió országaira nézve mérhető mutató alapján, az elért eredmények dokumentálására törekszik. Ahol lehetséges, a meglévő adatokat használja fel, és általában véve a korábbi munkára, különösen pedig a WHO Európai Regionális Irodája és az UNAIDS által 2008-ban kiadott jelentésre épül. 55 országnak küldtek ki az adott helyzethez igazított kérdőíveket, és 49 országtól érkezett válasz.

Politikai vezetés és partnerség

Szinte az összes ország arról számol be, hogy rendelkezik a HIV-vel kapcsolatos válaszadás terén stratégiai kerettel (92%) és irányító/koordináló testülettel (84%). Nyolc ország jelentette, hogy az elmúlt öt évben, azaz a Dublini Nyilatkozat óta stratégiai keretet alakított ki. Mindazonáltal nem világos, hogy ezek az általános intézkedések a régióban megfelelő mutatóként szolgálnak-e a politikai vezetés számára a HIV-vel kapcsolatban. A haladás helyénvalóbb fokmérői lehetnének az alábbiak:

- milyen mértékben célozzák a HIV megelőzését szolgáló pénzügyi források a kiemelt csoportokat, például az intravénáskábítószer-használókat, a férfiakkal szexuális kapcsolatban fenntartó férfiakat és a szexmunkásokat;
- mennyire kielégítően hajtják végre az országok a fontos beavatkozásokat, például az intravénáskábítószer-használókra irányuló kárenyhítő programokat és a férfiakkal szexuális kapcsolatot fenntartó férfiakat célzó megelőző programokat; és
- milyen átfogóan kezelték az országok a peremre szorult és leginkább kockázatnak kitett csoportokkal kapcsolatos nehéz, de alapvetően fontos szakpolitikai kérdéseket, mint például a büntetés-végrehajtási intézményekben az intravénáskábítószer-használókra vonatkozó kárenyhítő programok biztosítását, valamint a kiterjedt HIV-járványok által sújtott országokból származó migránsok szolgáltatásokhoz való hozzáférését.

Általában véve az adatok határozottan alátámasztják, hogy a civil társadalmat az egész régióban széles körben a HIV-re adandó válasz kulcsfontosságú szereplőjeként ismerik el, és a civil társadalom nagymértékben közreműködik ebben a válaszadásban. Ezt példázza, hogy szinte az összes ország (98%) arról számolt be, hogy bizonyos mértékig bevonja a civil társadalmat a stratégiai kereteinek kialakításába. A Dublini Nyilatkozatról szóló első haladási jelentés megállapításaival összhangban a civil társadalomnak a HIV-vel kapcsolatos intézkedésekbe történő bevonása mind a kormány, mind a civil társadalom jelzése szerint konkrét előnyökkel jár, és a civil társadalom észrevételei szerint 2005 és 2007 között a válaszadásba történő bevonásuk körülményei javultak. A jelek szerint a magánszektor formális bevonása a HIV-vel kapcsolatos válaszadásba jóval korlátozottabb.

Európában és Ázsiában a HIV-járvány nagyrészt meghatározott csoportok köré koncentrálódik. Vannak arra utaló bizonyítékok, hogy a régió néhány országa hatékonyan összpontosítja a megelőzési törekvésekhez nyújtott finanszírozását a leginkább érintett csoportokra. Ennek fokozása nemcsak jobb ár-érték arányt biztosítana, hanem összességében hatékonyabb válasz elérésével kecsegtet. Noha a régióban a HIV-vel kapcsolatos nemzeti intézkedések finanszírozása egyre inkább hazai forrásokra támaszkodik, égető szükség van a régió alacsony és közepes jövedelmű országaiban végzett, HIV-vel kapcsolatos intézkedések folyamatos pénzügyi támogatására. Az e pénzügyi támogatás biztosítását szolgáló, fenntartható mechanizmusok létrehozását a régió valamennyi országában prioritásnak kell tekinteni.

A HIV-vel kapcsolatos globális válaszadáshoz rendelkezésre álló pénzeszközök drámai növekedést mutattak a Dublini Nyilatkozat óta. A nyilatkozat előtt, 2002-ben a HIV-vel kapcsolatos globális intézkedésekhez rendelkezésre álló források 1,2 milliárd dollárt tettek ki – ez 2008-ra több mint hatszorosára, 7,7 milliárd dollárra növekedett. E

növekedésben az Egyesült Államok és néhány európai ország vállalt vezető szerepet, kétoldalú és többoldalú kezdeményezések révén egyaránt. 2008-ban az AIDS-szel kapcsolatos nemzetközi segítségnyújtásra fordított, és az adományozó országok által fedezett összes kiadás 40%-át az Európai Unió (EU) tagállamai, az Európai Szabadkereskedelmi Társulás (EFTA) országai és az Európai Bizottság állták. Figyelembe véve a globális pénzügyi válságot és a finanszírozásért versengő prioritásokat, fontos, hogy a régió országai megfeleljenek a finanszírozás mértékének fenntartásával és további növelésével kapcsolatos kihívásnak, és biztosítsák a finanszírozás leghatékonyabb felhasználását.

Megelőzés

Erős bizonyítékok támasztják alá, hogy Európában és Közép-Ázsiában a HIV bizonyos kulcsfontosságú csoportokat különösen érint. Folyamatos kihívást jelent annak biztosítása, hogy e csoportok kielégítő mértékben hozzáférjenek a szükséges HIV-megelőző szolgáltatásokhoz. A Dublini Nyilatkozatról szóló első haladási jelentés hangsúlyozta a HIV-vel kapcsolatos célzott erőfeszítések intenzívebbé tételének és fokozásának fontosságát az egyenlőtlenségek csökkentése terén, és ez változatlanul jelentős kérdés ebben a régióban.

Jól ismert, hogy az intravénáskábítószer-használók különösen ki vannak téve a HIV-fertőzésnek, és régiószerte biztosan ez a helyzet. Az is világos, hogy a HIV átvitelét az intravénáskábítószer-használók körében meg lehet fékezni, ha a változás elérése érdekében elegendő nagyságrendben, hatékony szolgáltatásokat nyújtanak. A kulcsfontosságú intézkedések nagyságrendjét mutatja a kábítószer-használók körében évente kiosztott tűk/fecskendők száma, valamint az opioid-helyettesítő kezelésben részesülő intravénáskábítószer-használók százalékos aránya. Minden ország arra kell hogy törekedjen, hogy a programjába a rászorulóknak többségét be tudja vonni, és ezt néhányuk már el is érte.

Az is jól ismert, hogy a HIV - bizonyos országokban és régiókban, ezen belül Európa egyes részein - különösen érinti a férfakkal szexuális kapcsolatot fenntartó férfiakat. Őket a HIV nemcsak a régió nyugati felében érinti különösen, hanem adatok támasztják alá azt is, hogy a régió más részein a korábban felismertnél nagyobb mértékben érintettek. Ezek a bizonyítékok igazolják az első haladási jelentés azon megállapítását, hogy a férfakkal szexuális kapcsolatot fenntartó férfiak körében rejtett HIV-járvány zajlik. Néhány országban ebben a csoportban a fertőzési gyakoriság tovább emelkedik. Ennek okai azonban nem tisztázottak, és országról országra változhatnak. Ezekről az okokról további ismeretekre van szükség, és ezeket a férfakkal szexuális kapcsolatot fenntartó férfiakról szóló, folyamatban levő európai internetes felmérés (EMIS) keretében kell közölni. Bár nem egyértelmű, hogyan mérhető pontosan, hogy a férfakkal szexuális kapcsolatot fenntartó férfiakat célzó programok a rászorulókat milyen arányban érik el, ennek ellenére látható, hogy az elért rászorulóknak aránya néhány országban továbbra is alacsony, és a védekezés nélküli anális szex gyakorisága változatlanul elfogadhatatlanul magas. Néhány országban arra is utalnak bizonyítékok, hogy a férfakkal szexuális kapcsolatot fenntartó férfiak meghatározott csoportjai – a fiatalok, a fővárosokon kívül élők, a kevésbé iskolázottak és a magukat biszexuálisnak meghatározók – esetében kevésbé valószínű, hogy a HIV-programok elérik őket.

Habár a szexmunkásokra világszerte úgy tekintenek, hogy náluk különösen fennáll a HIV-fertőzés kockázata, kevés adat áll rendelkezésre arról, hogy ebben a régióban is ez a helyzet. Például a szexmunkások körében a HIV prevalenciája a régió számos országában viszonylag alacsony, ez azonban nem érvényes az összes szexmunkásra. A szexmunkások néhány csoportjában azonban nagyobb a HIV-fertőzés gyakorisága; ide tartoznak az egyidejűleg intravénáskábítószer-használók, a férfi és transznemű szexmunkások, a kiterjedt járvánnyal küzdő országokból származók és az utcán dolgozók. A szexmunkások egészét tekintve viszonylag magas az ellenszolgáltatásért nyújtott szexuális szolgáltatások során történő óvszerhasználat jelentett gyakorisága, és valószínűleg nagyobb jelentőséggel bír, mint a szexmunkások által ismert egyéb, általános intézkedések.

A kiterjedt HIV-járvány által sújtott országokból érkező migránsokat a HIV különösen érinti. Bár néhány ország aggódik a migránsok más csoportjai miatt, kevés meggyőző bizonyíték áll rendelkezésre arról, hogy a HIV ezeket a csoportokat aránytalan mértékben érintené, függetlenül az egyéb kockázati magatartásoktól, mint például az intravénás kábítószer-használat. A migránsokkal kapcsolatos kérdések nemcsak a HIV megelőzésére, hanem a kezelés és ellátás biztosítására is vonatkoznak. Ezek a kérdések sok országban különösen az okmányokkal nem rendelkező migránsok alapvető fontosságú szolgáltatásokhoz, például antiretrovirális kezeléshez való hozzáférésehez kapcsolódnak.

A régióban a fogvatartottak, különösen az intravénás kábítószereket használók, szintén nagymértékben ki vannak téve a HIV-fertőzésnek. Noha elismert, hogy szükség van arra, hogy a büntetés-végrehajtási intézményekben és azon kívül, a lakosság körében ugyanolyan HIV-vel kapcsolatos szolgáltatások álljanak rendelkezésre, a régió számos országában nem ez a helyzet. Az EU/EFTA-országok határozott vezető szerepet töltenek be a büntetés-végrehajtási intézményekben nyújtott opioid-helyettesítő kezelés biztosítása terén, ám ezt a megközelítést a régió sok más országa eddig még nem követte. Ez a vezető szerep a steril injekciós eszközök büntetés-végrehajtási intézményekben történő biztosítását illetően nem volt ilyen következetes.

Ezen áttekintés kapcsán vitás kérdésnek bizonyult, hogy a régió országaiban a fiataloknak mekkora része van különösen kitéve a HIV-fertőzésnek. Egyértelmű, hogy a fiatalokat nem lehet egységes csoportnak tekinteni a HIV

kockázata szempontjából. Mindazonáltal néhányuk esetében jelentős kockázat áll fenn, például a fiatal intravénás kábítószer-használók és a férfiakkal szexuális kapcsolatban fenntartó fiatal férfiak körében, és van némi bizonyíték arra nézve, hogy a programszerű intézkedések ezeket a csoportokat kevésbé tudják elérni, mint az idősebb korcsoportokat. Ugyan az országok több mint háromnegyede jelentette, hogy a HIV-vel kapcsolatos oktatás a középiskolák tananyagának részét képezi, aggályos, hogy a szexuális egészséggel kapcsolatos átfogó oktatás nem áll a régió összes fiataljának rendelkezésére, különösen a legfiatalabbak, azaz az általános iskolások esetében.

HIV-vel élők

A tendenciákról adatokkal rendelkező összes ország arról számolt be, hogy a Dublini Nyilatkozat elfogadása óta nőtt az antiretrovirális kezelés alatt álló személyek száma. Vannak azonban olyan aggályok, amelyek szerint ezen országok közül sok kezdetben nagyon alacsony szinten biztosította a kezelést, és kérdéses, hogy a kezelést igénylők mindegyike azonnal megkapja-e azt. A kezelésnek az ezt igénylők számára történő azonnali biztosításával kapcsolatban a fő kérdés nem az, hogy azok számára biztosítsák a kezelést, akiknek ismerten szükségük van rá, például a 350 sejt/mm³ alatti CD4-sejtszámú személyeknek. A kérdést sokkal inkább az jelenti, hogy milyen arányban vannak a régióban azok a HIV-vel élő, kezelést igénylő személyek, akik nincsenek tisztában HIV-státuszukkal, azaz nem diagnosztizáltak fertőzöttségüket. Az ECDC 2008-ra vonatkozó adatai azt mutatják, hogy a diagnózis időpontjában fennálló CD4-sejtszámról adatokat jelentő 21 országban a CD4-sejtszám vizsgálatán átesett személyek több mint felénél a CD4-sejtszám 350 sejt/mm³ alatt volt a diagnózis megállapításakor. Ezek a számadatok komoly aggodalomra adnak okot, mivel azt jelzik, hogy a régióban jelentős azok száma, akiknél az ajánlatosnál később kezdik meg az antiretrovirális kezelést.

Szinte az összes ország (84%) arról számol be, hogy a HIV-vel és AIDS-szel kapcsolatos nemzeti stratégiák vagy cselekvési keretek foglalkoznak a megőrzéssel és a megkülönböztetéssel, de ez nem tükröződik következetesen a szakpolitikákban és programokban. A régió országaiban határozottan arra utalnak az adatok, hogy a megőrző és megkülönböztető hozzáállás fennmarad, és nem világos, milyen mértékben alkalmazzák a rendelkezésre álló módszereket a megőrzés és a megkülönböztetés elleni küzdelem céljára. Ez a helyzet a Dublini Nyilatkozatról szóló első haladási jelentés óta nem javult jelentős mértékben.

A Dublini Nyilatkozat nyomon követése

A Dublini Nyilatkozat egyik kötelezettségvállalása a végrehajtásának nyomon követése volt. Az Európai Bizottság ezt a feladatot az ECDC-re bízta. Ez a jelentés az ECDC által a fenti feladat teljesítése érdekében elindított folyamat eredménye. Személyek és szervezetek széles körének közreműködésén alapul. A jelentésben szereplő adatokat az ezen áttekintésben részt vett 49 ország szolgáltatta.

Az áttekintés során alkalmazottak két elv az volt, hogy a meglévő adatok és mutatók – amikor csak lehetséges – felhasználásra kerüljenek, és biztosított legyen, hogy a nyomon követett mutatók az európai és közép-ázsiai országok tekintetében mérvadók legyenek. Néha feszültség jelentkezett ezen elvek között, különösen a tekintetben, hogy az UNGASS mutatóit és adatait milyen mértékben lehet a folyamathoz felhasználni. Az UNGASS mutatóit minden lehetséges esetben felhasználták. Amennyiben az országok korábban adatokat szolgáltatottak az UNGASS-nak, ezeket felhasználták. 12 olyan országtól érkeztek adatok, amelyek 2008-ban nem küldték az UNGASS-nak jelentést. Az áttekintés különösen azt tette lehetővé az országok számára, hogy jelentsék a konkrét témákban rendelkezésre álló adataikat, még akkor is, ha ezek nem feleltek meg teljes mértékben az UNGASS mutatóinak. Ezenfelül információt gyűjtöttek a népesség néhány olyan csoportjáról, amelyekre vonatkozóan nem léteznek célzott UNGASS-mutatók, ilyenek pl. a fogvatartottak és a kiterjedt járványok által sújtott országokból származó migránsok. Ez az áttekintés azt a következtetést vonja le, hogy az UNGASS-nak címzett jelentés terén nagyobb arányú válaszadást lehetne elérni a régió országaitól, ha:

- a mutatók mérvadóbbak lennének a régióra nézve;
- jobban kihangsúlyoznák a nemzetközi jelentéstételi előnyeit;
- a jelentéstételnek az országokra nehezedő terhét egyetlen összehangolt nemzetközi jelentéstételi folyamat kialakításával csökkentenék.

A régiós áttekintésben részt vevő országok számára sürgős problémaként merült fel e kérdések gyors rendezése. Az ECDC elkötelezett arra nézve, hogy vezető szerepet töltsön be egy ilyen regionális folyamatban.

12 A 2009-es A(H1N1) influenza világvírány Európában – a tapasztalatok áttekintése

(Közzététel: 2010. november)

E kibővített jelentés célja, hogy széles körű áttekintést adjon az Európai Unió és az Európai Gazdasági Térség (EU/EGT) országaiban (27 uniós tagállam, valamint Norvégia és Izland) 2009-ben lezajlott világvírány járványügyi és virológiai jellemzőiről. Mérvadó háttér-információval szolgál az influenzajárványról és -világvírányról, különösen a járványok változékonyságáról és kiszámíthatatlanságáról. A fő tendenciák és információk az influenza európai felügyeleti hálózatán (EISN) keresztül az Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ (ECDC) európai felügyeleti rendszerébe (TESSy) továbbított járványügyi és virológiai adatok és egyéb információk elemzéséből és értelmezéséből származnak.

Ezek az adatok és elemzések azt mutatják, hogy a világméretű járványt okozó (pandémiás) vírus észak-amerikai megjelenése után, 2009. 16. hete táján kezdett Európában terjedni. A vírus Európában – akárcsak másutt – megfelelt a világméretű járványra vonatkozó, előzetesen meghatározott kritériumoknak. Az ECDC és az EU/EGT-országok az Egészségügyi Világszervezet (WHO) és az Európán kívül már érintett országok közreműködésével gyorsan kidolgozták és elfogadták a világvírány esetére alkalmazható felügyeletet. Ez az eleve meglévő rendszerekre épült, de új elemeket is tartalmazott a pandémiás vírus által súlyosan érintettek helyzetének nyomon követésére. Ezenfelül járványügyi felderítő és célzott tudományos megfigyelő módszereket alkalmaztak a tájékozott kockázatértékeléshez, az előrejelzések kiigazításához és az intézkedésekhez nyújtott tájékoztatáshoz szükséges fontos paraméterek lehető legkorábbi meghatározása érdekében.

Az influenza európai felügyeleti hálózata a legtöbb országban észlelhető kezdeti, tavaszi/nyári járványhullámról adott jelentést, amely csak néhány országban, különösen az Egyesült Királyságban volt erőteljes. A fertőzés terjedési üteme a nyár előrehaladtával rövid ideig csökkent, majd kora ősszel, röviddel az iskolák megnyitása után ismét felgyorsult. Ekkor az összes országot érintette, mivel az őszi/téli járványhullám nyugatról keletre történő haladása volt észlelhető a kontinensen. Az Egészségügyi Világszervezet 2010. 32. hetében jelentette be hivatalosan a világvírány végét.

Az influenza megbetegedések őszi/téli járványhulláma a legtöbb országban meredeken emelkedett, körülbelül 14 hétig tartott, és a kórházi kezelések és halálesetek hasonló hulláma kísérte. A betegség súlyossága azonban nem volt egységes, helyenként változott, még országokon belül is. Az EU/EGT-országok hivatalosan összesen 2 900 halálesetet jelentettek az első 12 hónap során, amikor a tagállamok rendkívüli erőfeszítéseket tettek az említett adatok összegyűjtésére. El kell ismerni azonban, hogy ez a világméretű járvány okozta halálesetek valódi terhének csupán egy része. Iskoláskorú gyermekek körében megemelkedett összhalálozást észleltek. Noha korábban sosem látott influenzavírusról volt szó, az 1950-es évek közepe előtt cirkuláló, antigének szempontjából feltehetőleg hasonló influenzavírussal való korábbi találkozás biztosította, hogy Európában sok idős személy eleve fennálló védettséggel rendelkezett. Ez a tény – amely nem egyedül a 2009-es világvírányra jellemző – magyarázatot ad a világvírányok közti avagy szezonális influenzát illetően fennálló két jelentős eltérésre: az összességében alacsonyabb halálozási arányra, valamint a fiatalok körében a várt szintet meghaladó betegségteherre és magasabb halálozási arányra. Bár a jelek szerint sok idős személy védett volt, a legnagyobb halálozási arány korcsoporttól függetlenül azoknál jelentkezett, akiknél nem állt fenn korábbi védettség.

A pandémiás vírus az Európában korábban domináló szezonális influenza A vírusok helyét vette át; influenza B vírusok ugyanakkor kis gyakorisággal továbbra is megjelentek a szezon vége felé. A pandémiás vírusoknak csak kis részéről állapítottak meg oseltamivirrel szembeni rezisztenciát, és ezek közül nagyon kevés bizonyult képesnek arra, hogy emberről emberre terjedjen. Bár a pandémiás vírusok nem egyeznek meg, máig kevés bizonyíték utal a felszíni antigének jelentős változására (drift) vagy domináns új változatok megjelenésére. Egy változat – az A(H1N1)-D222G – esetében felmerült, hogy súlyosabb betegség társul hozzá, jöllehet az ok-okozati kapcsolatot nem igazolták.

Bár szóbeli beszámolók adatai arra utalnak, hogy a szezonális influenzához képest több enyhe és tünetmentes eset fordult elő, a szezonális influenza esetében ritkán látott klinikai kép, az akut légzési distressz szindróma (ARDS) eseteinek száma elegendő volt ahhoz, hogy sok helyen leterhelje az intenzív terápiás szolgálatokat. A betegség legnagyobb arányban kisgyermekeknél fordult elő, és az országjelentések rámutatnak, hogy a fertőzések gyakorisága az iskoláskorú gyermekekénél volt a legmagasabb. A betegség ilyen nagy gyakorisága bizonyos helyeken komoly terhet jelentett a háziorvosi szolgálatok, a kórházak gyermekgyógyászati szolgálati és különösen az intenzív terápiás osztályok számára.

Szerológiai vizsgálatokból most válnak hozzáférhetővé bizonyos, korlátozott adatok, és ezek alátámasztják a klinikai jelek alapján feltételezhetőnél nagyobb átviteli gyakoriságot jelző felügyeleti adatokat. Ezek azonban még nem elegendők ahhoz, hogy megbízható előrejelzést lehessen adni a jövő télen (2010/2011) bekövetkező

eseményekről, erre a célra a déli félteke mérsékelt övi országaiban a 2010-es európai nyári időszakban szerzett tapasztalatok igen informatívnak bizonyultak.

A korai szakaszban a világgjárvány jóval kevésbé volt súlyos, mint amitől tartottak. Ezt emelték ki az ECDC korai kockázateértékelései⁶, a WHO jelentései, valamint az ECDC nemzeti és európai hatóságoknak adott tájékoztatásai. A kis arányú hiányzások miatt az egészségügyi ágazaton kívül eső szolgáltatásokat is kis hatás érte. A fentiek és az egyéb jellemzők azt jelentették, hogy ez minden bizonnyal a legenyhébb világgjárvány volt, amelyet Európa remélhetett.

Mivel a 2009. évi világgjárvány kisebb veszélyt jelentett, mint amire a legtöbb ország készült, ez a meglevő tervek rugalmasságának a próbája volt. A járvány olyan időszakban fordult elő, amikor a diagnosztikus vizsgálatok gyorsan rendelkezésre álltak, csakhogy, mint a megelőző gyógyszeres intézkedések – például olyan vírusok elleni szerek, amelyek kis rezisztenciát mutatnak a neuraminidáz-inhibitorokkal szemben, de szinte teljes rezisztenciát a régebbi adamantánokkal szemben –, valamint a minden eddiginél gyorsabban kifejlesztett, megfelelő védőoltások. Ugyanakkor e fejlemények mindegyike sajátos problémákat vetett fel, és új kihívásokkal és meglepetésekkel kellett szembesülni. Ahogy korábban említettük, az ARDS gyakorisága magasabb volt a vártnál, egy olyan időszakban, amikor az intenzív terápiás osztályokra eleve nagy teher nehezedett, míg a kórházak többi részlege nem feltétlenül volt leterhelve. Kellemesebb meglepetés volt, hogy a gyorsan elkészített pandémiás vakcinák jó immunológiai választ eredményeztek, és a készítmények jó része esetében felnőtteknél csak egyetlen adagra volt szükség. Ezek hatásosnak és elfogadhatóan biztonságosnak is bizonyultak, bár a forgalomba hozatal utáni felügyeletüket továbbra is fenn kell tartani biztonságosságuk pontos mértékének meghatározása érdekében. A védőoltások hozzáférhetővé tételekor az egészségügyi szakemberek körében változó lelkesedés övezte az oltások megkezdésének lehetőségét. Egyelőre nem állnak rendelkezésre megbízható adatok az uniós szintű átoltottságról, de a jelek szerint Európa-szerte nagymértékben eltér az átoltottság, és csak néhány országban értek el nagyarányú átoltottságot a teljes lakosság vagy a megcélzott kockázati csoportok körében.

E vakcina széles körű elfogadottságának hiánya részben annak tudható be, hogy nehéz közvetíteni azt az összetett kockázati kommunikációs üzenetet, amely lényegében arról tájékoztatta az embereket, hogy amennyiben nem tartoznak egyik kockázati csoportba sem (kisgyermek, krónikus betegek és várandós nők), a fertőzést követően a súlyos betegség kialakulásának esélye igen kicsi. Mivel azonban a hivatalosan jelentett halálesetek 25–30%-a korábban egészséges, 65 év alatti személyeknél következett be, a második üzenet az volt, hogy a világgjárvány miatt kialakuló súlyos betegségnek és halálozásnak valamennyi felnőttnél és gyermeknél kicsi, de valós kockázata áll fenn. A kockázati kommunikáció jelentette kihívások ezért számottevőek voltak.

Ezzel szemben valószínűleg túlzás nélkül állíthatjuk, hogy az EU/EGT meglehetősen jól kezelte a világgjárvánnyal kapcsolatos válaszadást. Egyik ország sem esett túlzásba az intézkedések terén, ugyanakkor a Bizottság, a WHO és az ECDC által az információk és elemzések megvitatására és megosztására kialakított rendszerek rugalmasnak és hasznosnak bizonyultak. Az EISN virológiai vizsgálatokon és háziorvosi ellátáson alapuló felügyelete jól működött, és az ECDC járványügyi felderítési és célzott tudományos figyelő forrásaiból származó adatok kibővítését szolgálták. Kevésbé volt sikeres az elsőként érintetté vált országokból származó jelentések megosztása, és szerencsésnek volt mondható, hogy Észak-Amerikából és a déli féltekéről gyorsan hozzáférhetővé váltak az adatok és elemzések. A már folyamatban levő számos áttekintés és tapasztalatokon alapuló tevékenység ellenére vannak általános tanulságok, amelyek azonnal nyilvánvalóvá váltak:

- a világgjárvány súlyosságának elfogadott fogalom-meghatározása szükséges a felkészültségi tervek rugalmasságának javításához;
- a világgjárvány előtt létrehozott rutin felügyeleti rendszerek fogják biztosítani, hogy jóval kevesebbet kelljen egy válsághelyzet vagy akár egy világméretű járvány esetén módosítani;
- a kórházi kezelést igénylő betegek és halálozásokra vonatkozóan az ún. „súlyos végkifejletek” jobb rutinfelügyeletét kell megvalósítani;
- a jövőben az elsőként érintetté váló országokból származó korai elemzések megosztásának jobban kell működnie;
- sok munkát – ezen belül kutatást és fejlesztést – kell végezni a szeroepidemiológiai adatok valós idejű rendelkezésre állása érdekében;
- a világméretű járvány során a modellezésnek szorosabban kell kapcsolódnia az Európa-szerte, nem csupán egy vagy két országban működő szakpolitikákhoz és műveletekhez.

A világméretű járvánnyal kapcsolatos tervezést most felül kell vizsgálni, mivel e világgjárvány bekövetkezte nem zárja ki annak lehetőségét, hogy a közeljövőben egy másik világméretű járvány – például H5 vagy H7 világgjárvány – üsse fel a fejét. A tervek következő generációjának nagyobb rugalmasságot kell tanúsítaniuk a súlyosság különböző mértékeire és az ECDC világgjárványra vonatkozó „ismerten ismeretlen” tényezőinek különböző kombinációira adandó válaszokat illetően. Ez jobban megvalósítható lenne, ha a súlyosság értékelésével

⁶ Itt érhető el: http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/H1N1/risk_threat_assessment/Pages/risk_threat_assessment.aspx

kapcsolatos európai álláspontot illetően a különböző mértékekre és jellemzőkre adott válaszok szintjének megfelelően valamilyen egyetértés születne. E következő terveknek a világjárvány – különösen a súlyos légúti fertőzések, az ezeknek tulajdonítható halálozás és végül a szeroepidemiológiai felügyelet – támasztotta szükségletek teljesítése érdekében bevezetett influenzafelügyeleti rendszerek megszilárdítását és fenntarthatóságát is elő kell írniuk. E felügyeleti munkát fontossági szempontból rangsorolni kell, figyelembe véve a források megfelelő szintjét, és ezt követően lehetővé kell tenni a világjárványok közti időszakban végzett fejlesztését és tesztelését, hogy a következő súlyos válsághelyzet megjelenésének idejére rugalmasabbá és hatékonyabbá váljon.

13 Haladás a tuberkulózis felszámolása terén – az Európai Unióban a tuberkulózis leküzdésére irányuló cselekvési keretterv nyomon követése

(Közzététel: 2010. november)

Bevezetés

Az Európai Unióban a tuberkulózis leküzdésére irányuló cselekvési kerettervet az Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ (ECDC) indította el 2008-ban. Annak alapján, hogy az EU egészségügyi biztosa kérte a tervet támogató, nyomon követést szolgáló keretek kialakítását, az ECDC kidolgozta a cselekvési keretterv nyomon követését. A cselekvési keretterv nyomon követésének célkitűzései a következők: áttekintést adni az EU-ban a tuberkulózis (TB) elleni védekezés jelenlegi stratégiai környezetéről, és ismertetni, hogyan függ ez össze a globális helyzettel; ezenfelül ismertet egy olyan epidemiológiai és stratégiai nyomon követési keretet, amely lehetővé tenné az EU-ban a TB felszámolása irányába tett haladás értékelését.

Stratégiai környezet európai és globális szinten

Az EU-ban a tuberkulózis-járvány jelenlegi aktivitása célzott nyomon követési keretet tesz szükségessé, amely az európai járványügyi helyzetet tekintve közvetlen jelentőséggel bír, és a tagállamok által könnyen alkalmazható. A nyomon követés keretének kidolgozásához ezért a nyomon követendő járványügyi és stratégiai környezet alapos megismerésére van szükség. Ez a nyomon követési jelentés tehát áttekintést ad az EU-ban és világszinten jelenleg észlelhető környezetről, elismerve, hogy a tuberkulózis-járvány globalizált jellegét figyelembe véve átfogó stratégiára van szükség a tuberkulózis elleni védekezés terén.

A cselekvési keretterv nyomon követése

Ez a jelentés a nyomon követés keretének szerves részeként több alapvető járványügyi és műveleti mutatót és célt javasol. Ezek a mutatók és célok összeegyeztethetők a meglévő globális és regionális együttműködések részeként már nyomon követettekkel, és általában véve az országok által eleve gyűjtött és jelentett információkból származtathatók. A nyomon követés alapvető mutatói kifejezetten a cselekvési keretterv nyolc stratégiai területével fűgnek össze, hogy lehetővé váljon az egyes említett területeket illetően elért haladás értékelése.

Járványügyi mutatók

- 1 Az esetek bejelentési gyakoriságának tendenciái
- 2 Az MDR-esetek bejelentési gyakoriságának tendenciái
- 3 A gyermek és felnőtt korú betegek vonatkozó bejelentési gyakoriságok arányainak tendenciái
- 4 A tuberkulózisban szenvedő betegek átlagos életkorának tendenciái

Műveleti mutatók

- 1 A TB elleni védekezést szolgáló nemzeti terv megléte
- 2 A TB elleni védekezést szolgáló nemzeti terv végrehajtására vonatkozó iránymutatások megléte
- 3 A külső minőségbiztosítási rendszerben megfelelő teljesítményt elérő (a TB-vel foglalkozó európai referencialaboratóriumok hálózatához [ERLN-TB] tartozó) nemzeti TB-referencia-laboratóriumok százalékos aránya
- 4 A TB elleni védekezés új eszközeinek bevezetését és végrehajtását szolgáló stratégia megléte
- 5 A tenyésztéssel igazolt, új tüdőtuberkulózis megbetegedések százalékos aránya, valamint az elsővonalbeli készítményekre nézve gyógyszer-érzékenységi vizsgálatnak alávetett betegek százalékos aránya
- 6 A sikeres kezelések arányáról beszámoló tagállamok százalékos aránya
- 7 A sikeres kezelések aránya
- 8 A, tuberkulózisban szenvedő, ismeretlen HIV-státuszú betegek százalékos aránya

Melléklet: ECDC-kiadványok 2010-ben

Szakmai jelentések

Május

Risk assessment on Q fever

Június

Core functions of microbiology reference laboratories for communicable diseases

Szeptember

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

Október

Surveillance and prevention of hepatitis B and C in Europe

November

External quality assurance scheme for Salmonella typing

Evidence synthesis for Guidance on HIV testing

December

Fostering collaboration in public health microbiology in the European Union

ECDC-útmutató

Október

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']

December

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

Felügyeleti jelentések

Március

Tuberculosis surveillance in Europe 2008

Május

Influenza surveillance in Europe 2008/09

Október

Annual Threat Report 2009

Surveillance of invasive bacterial diseases in Europe 2007

November

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

Különjelentések

Július

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

Szeptember

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

November

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

A találkozóról készült jelentések

Január

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

Február

Expert forum on communicable disease outbreaks on cruise ships

Március

Training strategy for intervention epidemiology in the European Union

Április

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

Május

Annual meeting of the European Influenza Surveillance Network (EISN)

Június

First annual meeting of the European Reference Laboratory Network for Tuberculosis

Expert consultation on healthcare-associated infection prevention and control

Július

Surveillance in EU and EEA/EFTA countries

December

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

Kiküldetési jelentések

Február

Nyilvános konzultáció és az egészségügyi rendszer fejlődése Macedónia Volt Jugoszláv Köztársaságban

Október

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

Szakmai dokumentumok

Március

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

⁷ A WHO adta ki.

Szeptember

Conducting health communication activities on MMR vaccination

Intézményi kiadványok

Summary of key publications 2009

Annual Report of the Director 2009

Strategies for disease-specific programmes 2010–2013

ECDC Insight

Executive Science Update

Rendszeres kiadványok

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

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