



ECDC **CORPORATE**

Svarīgāko publikāciju pārskats 2008. gadā

ECDC CORPORATE

Svarīgāko publikāciju pārskats 2008. gadā



Stokholma, 2009. gada jūnijs

© Eiropas Slimību profilakses un kontroles centrs, 2009

Pārpublicēt atļauts tikai ar norādi uz avotu.

Tulkots no oriģinālā dokumenta "Summary of key publications 2008". Lai gan maksimāli centāties nodrošināt šā tulkojuma precizitāti, neatbilstības gadījumā par pamatu ņemams teksts angļu valodā.

Satura rādītājs

Ievads	1
Tehniskais ziņojums	2
1. Pārskats par hlamidiozes kontroli ES valstīs	2
Eiropas Slimību profilakses un kontroles centra (ECDC) norādījumi	4
2. Norādījumi par HPV vakcīnu ieviešanu ES valstīs	4
3. Gripas vakcinācijas prioritārās riska grupas	6
Uzraudzības ziņojumi	8
4. Epidemioloģiskais gada ziņojums par infekcijas slimībām Eiropā 2008. gadā – Ziņojums par infekcijas slimību situāciju ES un EEZ/EBTA valstīs	8
5. HIV/AIDS uzraudzība Eiropā	11
Īpašie ziņojumi	13
6. Pamatrīcības plāns cīņai pret tuberkulozi Eiropas Savienībā	13
7. Infekcijas slimību uzraudzība Eiropas Savienībā, 2008–2013. gada ilgtermiņa stratēģija	14
Apspriežu ziņojumi	16
8. Infekciju slimības un sociālie faktori	16
9. Darba seminārs par apkārtējās vides pārmaiņām un infekcijas slimībām	17
Pielikums: ECDC 2008.gada publikācijas	19

Ievads

2008. gadā Eiropas Slimību profilakses un kontroles centrs (*ECDC*) publicēja 21 zinātnisku dokumentu. Būtiskākie to aspekti ir *Pamatrīcības plāns cīņai pret tuberkulozi Eiropas Savienībā*, politikas risinājumu vadlīnijas cilvēku papilomas vīrusa (HPV) vakcīnas ieviešanai un divi uzraudzības ziņojumi: *Epidemioloģiskais gada ziņojums par infekcijas slimībām Eiropā 2008. gadā* un *HIV/AIDS uzraudzība Eiropā 2007. gadā*. Pēdējais ziņojums pirmo reizi tika sagatavots sadarbībā ar Pasauls Veselības organizācijas Eiropas reģionālo biroju (*WHO EURO*) un iekļauj informāciju par situāciju ES un EEZ valstīs, kā arī pārējās 23 *WHO EURO* reģiona valstīs.

Ir apkopoti atlasīto *ECDC* dokumentu, piemēram, iepriekš minēto, pārskati, lai nodrošinātu to pieejamību politiķiem visās ES valodās. Tie atspoguļo sākotnējo publikāciju idejas, tomēr pārskatu sagatavošanas procesā, iespējams, ir zudušas atsevišķas būtiskas nianšes. Lasītājiem, kuri vēlas gūt precīzāku priekšstatu, iesakām aplūkot pilnu dokumentu tekstu, kas pieejams tiešsaistē: <http://ecdc.europa.eu/en/Publications>

Visu *ECDC* 2008.gada publikāciju saraksts atrodams pielikumā. Tās visas ir pieejamas iepriekš minētajā saitē elektroniskā formātā ar īsu satura aprakstu. Atlasītie pārskati ir pieejami arī drukātā formātā. Lai kādu no tiem iegūtu papīra formātā, lūdzu, rakstiet uz e-pasta adresi publications@ecdc.europa.eu

Tehniskais ziņojums

1. Pārskats par hlamidiozes kontroli ES valstīs

(Publicēts 2008. gada maijā)

Ziņojums raksturo projekta "*Screening for Chlamidia Review in Europe*" (Skrīnings pārskatam par hlamīdijām Eiropā – *SCREEn*) – saturu un rezultātus, kurš šobrīd, neapšaubāmi, ir lielākais pētījums par hlamīdiju kontroles aktivitātēm ES -. Projekts tika veikts laikā no 2006. gada novembra līdz 2007. gada augustam un tajā tika iegūti dati no ES dalībvalstīm, ES kandidātvalstīm, EBTA dalībvalstīm un ASV.

Izmantojot pa pastu veiktas aptaujas, pētījumu visās ES dalībvalstīs un kandidātvalstīs, kā arī izvēlētajās dalībvalstīs uz vietas apmeklējot veselības aizsardzības ierēdņus un veselības aprūpes darbiniekus, ar *SCREEn* ieguva plašu informāciju par hlamīdiju diagnosticēšanu, skrīningu, saslimšanas gadījumu pārzināšanu, hlamīdiju izplatības pētījumiem un vēl daudziem citiem ar to saistītiem veselības aizsardzības jautājumiem. Projekts sniedz padziļinātu ieskatu stratēģijās, ko valstu veselības aizsardzības sistēmas izmanto, lai apturētu hlamīdiju infekcijas izplatību.

Projekta vispārējais mērķis bija veikt hlamīdiju kontroles programmu un aktivitāšu pārskatu dalībvalstīs un sagatavot ieteikumus hlamīdiju izplatības novēršanas pasākumu uzlabošanai un kontrolei reģionā. Projektam tika noteikti šādi uzdevumi:

- iegūt sistemātisku informāciju par veselības aizsardzības aktivitātēm, kas saistītas ar *C. trachomatis* kontroli ES dalībvalstīs un kandidātvalstīs, Eiropas kaimiņvalstīs un ASV;
- salīdzināt informāciju par šo valstu demogrāfiskajiem un ekonomiskajiem rādītājiem, veselības sistēmām, hlamīdiju izplatību un seksuālās uzvedības pētījumiem;
- izveidot elektronisku datu bāzi informācijas glabāšanai;
- iegūt izmērojošu informāciju par hlamīdiju kontroles aktivitātēm no izvēlētajām dalībvalstīm, un
- sagatavot ieteikumus *ECDC* veselības aizsardzības pasākumiem un turpmākajiem pētījumiem.

No 34 izvēlētajām valstīm atbildes tika saņemtas no 29 Eiropas valstīm un ASV (vispārējais atbilžu koeficients bija 88 %). Netika saņemti dati no Kipras, Slovērijas, Polijas un Horvātijas. Starp pētījuma nozīmīgākajiem rezultātiem jāatzīmē:

- 17 no 29 Eiropas valstīm, kas piedalījās pētījumā, bija publicēts vismaz viens valsts iestādes ieteikts klīniskās prakses norādījums, kas apskatīja dažus saslimšanas gadījumu pārzināšanas aspektus ar hlamīdijām inficētiem cilvēkiem . Trīs ES dalībvalstīs (Bulgārijā, Grieķijā un Somijā) vadlīniju publicēšana vai sagatavošana vēl bija izstrādes procesā;
- visās valstīs bija pieejama hlamīdiju pārbaude ginekoloģijas praksēs vai klīnikās, 23 valstīs tā bija primārās aprūpes daļa. Piecās valstīs hlamīdiju pārbaudi bija iespējams veikt aptiekās vai citās vietās visā valstī;
- vietās, kur tika veikta partnera brīdināšana, tika ziņots, ka to visbiežāk ierosināja praktizējošie ārsti vai arī, vēršoties pēc palīdzības specializētā klīnikā;
- visās valstīs, izņemot vienu, bija pieejami nukleīnskābes amplifikācijas testi. Deviņās valstīs mazāk nekā 50 % paraugu tika pārbaudīti, izmantojot nukleīnskābes amplifikācijas testus;
- lielākajā daļā valstu darbojas sistēma, ka par diagnosticēto hlamīdiju infekciju ziņo veselības aizsardzības iestādēm, tomēr apmēram trešdaļa valstu šos datus publicē neregulāri;
- 13 valstīs regulāri ir pieejami dati par klīniskām komplikācijām, ko var izraisīt hlamīdijas;
- astoņās valstīs veikti seksuālās uzvedības un hlamīdiju izplatības pētījumi, un septiņās valstīs veikti pētījumi par hlamīdiju populācijas izplatību.

SCREEn projektā ir izveidota arī hlamīdiju kontroles pasākumu tipoloģija, kuras pamatā ir seksuāli pārnēsājamo infekciju kontroles principi, saskaņā ar kuru valstis iedala kategorijās. Tika noteiktas šādas hlamīdiju kontroles pasākumu kategorijas: nav organizētu pasākumu (13 valstis: Bulgārija, Somija, Grieķija, Īrija, Lihtenšteina, Luksemburga, Malta, Portugāle, Rumānija, Slovēnija, Spānija, Šveice un Turcija); saslimšanas gadījumu pārzināšana (piecas valstis: Austrija, Čehijas Republika, Vācija, Itālija un Lietuva); saslimšanas gadījumu atklāšana (trīs valstis: Beļģija, Francija un Ungārija); nosacīti patogēno mikroorganismu pārbaudes (sešas valstis: Dānija, Igaunija, Islande, Latvija, Norvēģija un Zviedrija); organizēts skrīnings (divas valstis: Nīderlande un Apvienotā Karaliste (tikai Anglija)).

Rezultāti parādīja, ka divās Eiropas valstīs darbojas pastāvīgas hlamīdiju skrīninga programmas – nepārtraukta (Anglijā, Apvienotajā Karalistē, nosacīti patogēniem mikroorganismiem) vai izmēģinājuma (Nīderlandē, profilaktiska). Vēl deviņas valstis gatavojas ieviest skrīninga programmu nosacīti patogēniem mikroorganismiem,

profilaksei vai arī vēl nav izlēmušas par ieviešamo programmas veidu. Piecās no šīm valstīm šobrīd vēl nav vadlīniju, lai pārzinātu gadījumus, kad notikusi saslimšana ar hlamīdijām. Turklāt Igaunijā un Latvijā ir ierobežots hlamīdiju skrīnings grūtniecēm un divos Dānijas reģionos katru gadu pa pastu tiek izsūtīti uzaicinājumi uz skrīningu 18–19 vai 21–22 gadus veciem jauniešiem.

Šo *SCREen* projekta izveidoto tipoloģiju nākotnē var izmantot, lai pārbaudītu hlamīdiju kontroles intensitāti valstu līmenī un atbalstītu lēmumu pieņemšanu veicamo pasākumu uzlabošanai un ieviešanai.

Eiropas Slimību profilakses un kontroles centra (ECDC) norādījumi

2. Norādījumi par HPV vakcīnu ieviešanu ES valstīs

(Publicēts 2008. gada janvārī)

Šajā dokumentā izklāstīts cilvēka papilomas vīrusa (HPV) vakcīnas ieviešanas zinātniskais pamatojums, kas ļauj Eiropas Savienības (ES) dalībvalstīm rast politikas risinājumus. Šos norādījumus ir izstrādājusi ekspertu zinātniskā padome, ierosinājis un koordinējis ECDC un pārskatījis ECDC konsultatīvā padome.

Dzemes kakla vēzis un cilvēka papilomas vīrusa (HPV) infekcijas Eiropas Savienībā

Dzemes kakla vēzis Eiropas Savienībā (ES) ir otrs biežāk sastopamais vēža veids pēc krūts vēža, ar kuru slimo sievietes vecumā no 15 līdz 44 gadiem. Katru gadu Eiropas Savienībā diagnosticē aptuveni 33 000 saslimšanas gadījumu ar dzemes kakla vēzi un 15 000 nāves gadījumu. Galvenais iemesls saslimstībai ar dzemes kakla vēzi ir dzimumceļu hroniskā infekcija ar augsta riska cilvēka papilomas (HPV) vīrusa tipu.

Dzimumorgānu HPV infekcijas ir ļoti izplatītas un tās iegūst drīz pēc dzimumattiecību uzsākšanas. Lielākā daļa šo infekciju izzūd pašas. Tomēr hroniskās HPV infekcijas ar augsta riska HPV vīrusa tipu var veicināt šūnu izmaiņas dzemes kaklā, kas var izraisīt dzemes kakla vēzi. Augsta riska HPV vīrusu tipi ir arī saistīti ar anoģenitālo vēzi un galvas un kakla vēzi gan vīriešiem, gan sievietēm. Daži zema riska HPV vīrusa tipi izraisa dzimumorgānu kārpas gan vīriešiem, gan sievietēm.

Cilvēka papilomas vīrusa vakcīna

Eiropā ir licencētas divas profilaktiskās HPV vakcīnas: četrvērtīgā vakcīna *Gardasil*[®] (*Sanofi Pasteur MSD*) un divvērtīgā vakcīna *Cervarix*[®] (*GlaxoSmithKline Biologicals*). Abas vakcīnas ir izgatavotas no vīrusam līdzīgām daļiņām un nav infekciozas. Abām vakcīnām rādītāji par to nekaitīgumu ir labi. Tās abas ir vakcīnas pret augsta riska 16. un 18. HPV vīrusa tipu, kas Eiropā 73 % gadījumu izraisa dzemes kakla vēzi. *Gardasil* pasargā arī pret HPV vīrusa 6. un 11. tipu, kas lielākajā daļā gadījumu izraisa dzimumorgānu kārpas. Lielos III fāzes pētījumos abas vakcīnas uzrādīja spēju novērst vairāk par 90 % pirmsvēža bojājumus, kas saistīti ar 16. vai 18. tipu sievietēm, kuras nav iepriekš bijušas inficējušas ar HPV. Vakcīnas deva sadalīta trīs daļās un to ievada sešu mēnešu ilgā periodā.

HPV vakcīnas un dzemes kakla vēža skrīnings

Ir pierādīts, ka labi organizētas dzemes kakla vēža skrīninga programmas, kas tiek plaši īstenotas un ietver sieviešu ar patoloģisko citoloģiju efektīvu novērošanu un ārstēšanu, samazina dzemes kakla vēža attīstības risku par vairāk nekā 80 %. Organizētās skrīninga programmas ir veiksmīgākas par gadījumu skrīningu, palīdzot sievietēm ar paaugstinātu risku, izveidojot kvalitātes kontroles mehānismus un kontrolējot standartizētos aktivitātes pasākumus un ietekmi.

HPV vakcīnas piedāvā jaunu papildu līdzekli dzemes kakla vēža kontroles uzlabošanai. Tomēr tās neizslēdz nepieciešamību veikt dzemes kakla vēža skrīningu pat sievietēm, kuras ir vakcinētas pret HPV vīrusa 16. un 18. tipu, un kurām joprojām var būt paaugstināts risks pret citiem augsta riska vīrusa tipiem. Neatkarīgi no vakcīnas ieviešanas valsts atbildīgajām iestādēm ir jāturpina organizēt un uzlabot skrīninga programmu darbības zonu un kvalitāti. Skrīninga programmu organizēšana ir prioritāte vietās, kur to nav.

HPV vakcīnām būs ietekme uz esošo skrīninga programmu efektivitāti. Šīs programmas ir uzmanīgi jākontrolē. Plaši izplatītā vakcinācija veicinās daļēju ar HPV saistīto citoloģisko noviržu samazināšanu. Vakcinētām sievietēm varētu arī rasties maldīga drošības sajūta, kas izraisītu retākus skrīninga apmeklējumus. Sievietes ir jāinformē par skrīninga programmām un jārosina tās apmeklēt pat tad, ja viņas ir vakcinētas. Viena no vissvarīgākajām problēmām ir panākt sinerģiju starp vakcināciju un skrīningu rentablā veidā, sniedzot sievietēm maksimālu ieguvumu.

Kam ir jāvakcinējas? HPV vakcinācijas mērķa grupu noteikšana

Lai iegūtu optimālos rezultātus jauno vakcīnu ietekmei uz slimībām, kas ir saistītas ar HPV, galvenā rutīnas vakcinācijas mērķa grupa ir meitenes vecumā pirms dzimumdzīves uzsākšanas (līdz ar to arī pirms HPV infekciju rašanās). Vakcinācijas vecuma noteikšana agrāk par šo vecumu nenovērstu daudzas infekcijas un no tā ir

jāizvairās, kamēr nav atrasti pierādījumi, ka vakcinācijai ir ilgs aizsardzības laiks (vairāk par 15–20 gadiem). Lai paātrinātu vakcinācijas programmas ietekmi un palielinātu vakcinācijas ieguvumu īsā laikā, ir ieteicams rutīnas vakcinācijas programmas sākumā, kā mērķa grupu ar paātrināto vakcināciju, noteikt nedaudz vecākas meitenes un jaunas sievietes.

Lai noteiktu precīzu vecumu rutīnas vakcinācijai un vecumu paātrinātajai vakcinācijai, noteikti ir jāņem vērā vietējie valsts apstākļi un faktori. Šie faktori ietver: dzimumdzīves uzsākšanas vidējo vecumu; *HPV* infekciju vecumgrupu pārsvaru (ja pieejams); vakcīnas piegādes stratēģiju un vakcinācijas atbalstīšanu mērķa grupās (tostarp arī aizbildņu vidū).

Ir maz ticams, ka tikai selektīva "augsta riska" grupu vakcinācija būs praktiskāka vai iedarbīgāka nekā visu meiteņu vakcinācija. Tomēr, potenciālā selektīvās/gadījumu vakcinācijas nozīme augsta riska indivīdiem papildus rutīnas vakcinācijai turpmāk var tikt pārskatīta.

Stratēģijas iespējas HPV vakcīnas piegādei Eiropas Savienības valstīs

Vakcinācija skolās varētu būt vislētākā iespēja *HPV* vakcīnu piegādei meitenēm pirms pusaudžu vecuma. Tomēr vietējās problēmas, piemēram, vai skolā ir medicīniskā aprūpe, finansēšanas plāns vakcīnas iegādei, administrēšana un vecāku atļaujas iegūšana, var ietekmēt šo iespējamību.

Klīniskā vai praktiskā vakcinācija ir pieejama visur papildu vai alternatīvā iespēja *HPV* vakcīnas piegādei. Tā var būt dārgāka nekā vakcinācija skolās un šajā gadījumā varētu būt sarežģītāka vakcīnas ieviešanas kontrole.

Svarīgas vakcinācijas vietas varētu būt seksuālās un reproduktīvās veselības un citas medicīnas klīnikas, kas ir paredzētas īpaši sievietēm. Tomēr meitenes var neapmeklēt šīs klīnikas pirms dzimumdzīves uzsākšanas un tāpēc tās varētu būt noderīgas galvenokārt tikai paātrinātajām programmām gados vecākām pusaudzēm un sievietēm. *HPV* vakcīnu nodrošināšanai meitenēm "grūti pieejamās" apdzīvotās vietās un gadījumu vakcinācijai, kad meitenes meklē medicīniskos pakalpojumus citu iemeslu dēļ, var būt citi rādītāji. Šo rādītāju izmantošana var palīdzēt uzlabot vispārējo vakcinācijas izplatību.

Plānojot *HPV* vakcīnas piegādes stratēģijas, jāņem vērā esošās vakcinācijas programmas pusaudžiem un citi organizētie veselības veicināšanas pasākumi. Vietās, kur tiek nodrošināta vakcinācija, ir svarīgi izplatīt ziņojumu par to, ka vakcinācija ir dzemdes kakla skrīninga papildinājums, nevis aizvietojums.

HPV vakcinācijas modelēšanas izmaksas un rezultāti

HPV vakcinācija jānovērtē ne tikai no tās iedarbības, bet arī no ekonomiskā viedokļa. Ekonomiskā novērtējuma mērķis ir noteikt, vai sabiedrībai radušās izmaksas glābt vienu dzīves gadu ir atbilstošas tā kvalitātei (kvalitatīvs dzīves gads vai *QALY*), jo *HPV* vakcinācija ir līdzīga citām vispārpieņemtajām intervencēm medicīniskās aprūpes jomā.

Ekonomiskie novērtējumi nav pilnībā pārņemami visām valstīm, ņemot vērā izmaksu un veselības aprūpes sistēmu mainīgumu dažādās valstīs. Tāpēc katrai valstij pirms lēmuma pieņemšanas par vislabāko stratēģiju dzemdes kakla vēža novēršanai, ir jāveic šāds novērtējums (ņemot vērā arī dzemdes kakla skrīninga veidu katrā vietā).

Šķiet, ka līdz šim veiktie ekonomiskie novērtējumi norāda, ka *HPV* vakcinācijai meitenēm pirms pusaudžu vecuma (ar vai bez vecāko vecumu grupu paātrināto vakcināciju) ir pieņemams rentabilitātes profils. Rezultāti ir labvēlīgāki, ja tiek izmantoti dinamiskās simulācijas modeļi, kur tiek ņemta vērā arī vakcinācijas iedarbība uz izplatīšanas ātrumu.

HPV vakcinācijas ietekmes kontrole un novērtēšana

HPV vakcīnas pēcreģistrācijas novērtējumā būs jānosaka vakcīnas pieņemamība un līdzestība tās lietošanai, vakcīnu ilgtermiņa efektivitāte un iedarbīgums, vakcīnas apvienošana ar citām stratēģijām, piemēram, organizētu dzemdes kakla skrīningu un vakcīnas nekaitīgumu. Lai novērtētu vakcīnas ietekmi un tās ieguvumus salīdzinājumā ar citām ieviestajiem profilakses pasākumiem, piemēram, skrīningu, ir svarīgi saskaņot vakcīnas uzraudzības un vēža kontroles programmu.

Metodes, kas novērtē vakcīnu ietekmi uz klīniski svarīgiem slimības gaidāmajiem rezultātiem, varētu ietvert ar vakcīnu saistītās *HPV* infekcijas, pirmsvēža stāvokļa vai vēža novērošanu izveidotajās vai tikko atklātajās laboratorijās vai citoloģijas vai vēža reģistros.

Lai novērtētu *HPV* vakcīnas ietekmi uz sabiedrības veselību, ir ierosināti arī IV fāzes pētījumi. Tie var sniegt turpmāku informāciju par patoloģisko vai pirmsvēža šūnu izplatību, kā arī par vēža izplatību un izraisīto mirstību. Tie varētu būt noderīgi, lai novērtētu potenciālo dzemdes kakla skrīninga un vakcinācijas programmu apvienošanu. Lai novērtētu vakcīnas iedarbīgumu reālos izmantošanas apstākļos, var izmantot kontroli, kas pamatojas uz sistemātisku *HPV* vakcinācijas reģistrāciju un saistības pētījumiem, izmantojot attiecīgos veselības aprūpes reģistrus.

Minimālajam informācijas apkopojumam, lai kontrolētu *HPV* vakcināciju, vajadzētu ietvert datus par vakcīnas darbības zonu, pēcvakcinācijas blakusparādību uzraudzību un, vismaz, ietekmes uz pirmsvēža stāvokli kontroles uzraudzību.

3. Gripas vakcinācijas prioritārās riska grupas

(Publicēts 2008. gada augustā)

Pēc Eiropas Komisijas lūguma *ECDC* veica zinātnisku sabiedrības veselības apskatu par gripas riska grupām¹ un citām, kam Eiropā tiek piedāvāta vakcinācija pret sezonālo gripu. Šā pētījuma specifiskie mērķi bija:

- raksturot riska grupas, kurām ir ieteicama vakcinācija ES/EEZ valstīs, kā arī sniegt informāciju par citām riska grupām, kurām ir piedāvāta vakcinācija;
- apkopot datus par riska grupām, kurām ir ieteicama vakcinācija;
- ierosināt prioritāro riska grupu noteikšanu Eiropas Savienībā, pamatojoties uz skaidriem kritērijiem;
- noteikt aptuveno cilvēku skaitu prioritārajās riska grupās Eiropas Savienības valstīs un
- noteikt turpmākās darbības jomas, tostarp pētniecību un izstrādi.

Gripas riska grupu un citu apraksts, kurām šobrīd tiek piedāvāta vakcinācija, tika ņemts no 2008. gadā veiktā *VENICE* projekta apsekojuma, kas veikts sadarbībā ar *ECDC*. Saskaņā ar *ECDC/VENICE* izstrādātajiem kritērijiem riska grupām ir jābūt skaidri noteiktām grupām, kas ir vairāk pakļautas saslimšanai ar smagām slimībām nekā citas. Turklāt ir jābūt publicētiem datiem par to, ka inficēšanās risku šo grupu cilvēkiem var samazināt ar vakcinācijas palīdzību. Pirmā kritērija gadījumā darbam traucēja fakts, ka šobrīd Eiropā netiek veikta ar smagu gripas formu saistītas saslimstības un mirstības uzraudzība. Tika atzīmēts, ka arodveselības kritērijs (galvenokārt medicīnas darbinieku vakcinācija) nedeva pacientiem ieguvumu, bet tam tika piešķirta mazāka nozīme, izņemot vienu darbinieku grupu: darbinieki, kuri rūpējās par veciem cilvēkiem veco jaužu namā. Tas bija labs pierādījums pacientu aizsardzībai. Visbeidzot tika atzīmēta Eiropas Savienības dalībvalstu vienprātība.

Literatūras analīze liecina, ka ir divas riska grupas, kurām parastā ikgadējā vakcinācija Eiropā ar sezonālo gripas vakcīnu ir attaisnojama, pamatojoties uz zinātniskiem un sabiedrības veselības argumentiem. Tās ir:

- gados vecāku cilvēku grupas – parasti 65 gadus un vecāki cilvēki; un
- cilvēki ar hroniskām slimībām galvenokārt šādās kategorijās:
 - hroniskas elpceļu slimības;
 - hroniskas sirds un asinsvadu slimības;
 - hroniski vielmaiņas traucējumi;
 - hroniskas nieru un aknu slimības;
 - cilvēki ar vāju imunitāti (iedzimtu vai iegūtu);
 - jaunieši, kuri ilgstoši lieto salicilātus un
 - cilvēki ar slimībām, kas ietekmē elpošanas funkciju.

Šīs ir vienīgās riska grupas, par kurām ir vienprātība visās Eiropas Savienības valstīs. Precīza vecuma definīcija vecāko cilvēku grupai ir diezgan aptuvena (vecumā virs 64 gadiem, virs 59 gadiem utt.), turklāt dažās valstīs – atkarībā no vietējiem apstākļiem un analīzes – jau ir redzama novirze no kritērija: piemēram, vecumā virs 64 gadiem.

Ir vairāki labi argumenti, lai piedāvātu vakcināciju divām citām riska grupām: grūtniecēm un bērniem (kas ir atšķirīgi definēti, kā "jaunāki par diviem gadiem" vai "jaunāki par pieciem gadiem"). Tomēr par šīm abām grupām Eiropā ir pieejama tikai ierobežota informācija: vēl joprojām nav vienprātības gan par risku, gan par iedarbīgumu. Pieejamie dati par šīm grupām nav pietiekami, lai tās uzskatītu par riska grupām Eiropas Savienības līmenī. Tiklīdz būs pieejama papildu informācija un dati, šīs grupas ir jāizvērtē vēlreiz. Ir jo īpaši svarīgi iegūt datus par vakcinācijas ietekmi šajās grupās, lai pēc turpmākās novērtēšanas panāktu vienprātību.

Ir arī grupas, kurām vakcinācija tiek bieži piedāvāta, bet tās nav riska grupu vidū un par tām nav zināmi būtiski veselības aizsardzības fakti. Piemēram, ievērojama vienprātība Eiropas Savienības valstu vidū valda uzskatā, ka visi medicīnas darbinieki, kuriem ir tiešs kontakts ar pacientu, ir jāvakcinē arodveselības (darbinieku aizsardzības) nolūkā. Ir ar pētījumiem pamatoti, spēcīgi pierādījumi, ka darbinieku vakcinēšana, kas aprūpē vecus cilvēkus veco jaužu namos, netieši dod labumu pacientiem, aizsargājot viņus pret gripas infekcijas nopietno ietekmi. Tomēr, ir zināms, ka lielākā daļa medicīnas darbinieku Eiropā atsakās no šādiem vakcinācijas piedāvājumiem. Nav pārlicinošu pierādījumu par ieguvumiem no vakcinācijas piedāvāšanas cilvēkiem, kas dzīvo vienā māsasaimniecībā ar cilvēkiem, kas pārstāv divas galvenās riska grupas.

¹ Kā gripas riska grupas šeit ir definētas cilvēku grupas, kurām inficēšanās gadījumā biežāk var attīstīties smaga slimības forma un par kurām arī zināms, ka tās gūst labumu no vakcinācijas, samazinot infekcijas risku.

Ir veikti plaši aprēķini par to cilvēku skaitu un procentuālo īpatsvaru, kas pārstāv divas galvenās riska grupas Eiropas Savienības valstīs. Pētījumā tika izmantota metode, kas ierosināja, ka katru gadu ES valstīs jāvakcinē aptuveni 25 % iedzīvotāju, jo tie pārstāv vismaz vienu no divām galvenajām riska grupām. Citas vietējās aplēses sniedza līdzīgu procentuālo attiecību aprēķinu. Nacionālais diapazons ir no 19 % līdz 28 %, atkarībā no katras valsts gados vecāko cilvēku īpatsvara iedzīvotāju vidū. Eiropas Savienībā dzīvo aptuveni 125 miljoni cilvēku, kuri ir iedalīti divās trešdaļās (aptuveni 84 miljoni cilvēku, kuri ir 65 gadus veci vai vecāki) un vienā trešdaļā (aptuveni 41 miljons jaunāku cilvēku ar hroniskām slimībām). Šie skaitļi ar laiku nenovēršami pieaugs, ņemot vērā iedzīvotāju novecošanu un modernās medicīnas sasniegumus, kas ļauj cilvēkiem ar hroniskām slimībām ilgāk dzīvot produktīvu dzīvi.

Pētījums iesaka vairākas prioritātes izstrādei un pētniecībai Eiropā:

- uzraudzības attīstība: rutīnas uzraudzība smagām gripas izpausmēm Eiropā (hospitalizācijas un nāves gadījumi);
- gripas vakcinācijas iedarbīguma rutīnas kontrole, jo īpaši attiecībā uz smago slimību riska un gripas izraisīto nāves gadījumu samazināšanu;
- gripas radītā sloga novērtējums grūtniecēm un bērniem un grūtnieču un visu vecumu bērnu vakcinācijas ietekmes novērtējums Eiropā;
- turpmāki pētījumi, lai noteiktu, vai medicīnas darbinieku un māsaiņniecībā dzīvojošo vakcinācija samazina risku neaizsargātajiem cilvēkiem divās galvenajās riska grupās;
- projektu izstrādāšana, lai vairāk sekmētu gripas vakcināciju medicīnas darbiniekiem gan viņu pašu, gan pacientu ieguvumam;
- konkrēti pētījumi par to, vai ir lielāks gripas infekcijas smago slimību riska līmenis HIV inficētām personām Eiropā un līdzīgi pētījumi par citām biežāk sastopamām slimībām, piemēram, viegli izteiktu astmu;
- ietekme uz veselību un veselības ekonomiskie pētījumi attiecībā uz gripas vakcināciju, piemēram, par personām, kas ir vīrs vakcinācijas vecuma sliekšņa, apzinoties, ka dažādām valstīm jānosaka atšķirīgi vecuma sliekšņi;
- visaptverošās vakcinācijas ietekmes izpēte, lai noteiktu visus netiešos ieguvumus no kopējā slimības pārnesšanas līmeņa samazināšanas.

Uzraudzības ziņojumi

4. Epidemioloģiskais gada ziņojums par infekcijas slimībām Eiropā 2008. gadā – Ziņojums par infekcijas slimību situāciju ES un EEZ/EBTA valstīs

(Publicēts 2008. gada decembrī)

ECDC reizi gadā publicē Eiropas Epidemioloģisko gada ziņojumu (*AER*). 2008. gadā publicētajā otrajā redakcijā tabulu formā sagatavots pārskats par infekcijas slimību kontroli 2006. gadā ar īsiem komentāriem, kā arī sniegts raksturojums par akūtiem draudiem cilvēka veselībai 2007. gadā. Turklāt ziņojums ir balstīts uz vispusīgu veselības aprūpē iegūtu infekciju (*HCAI*), tostarp mikrobu rezistences (*AMR*), raksturojumu.

Galvenie draudi saistībā ar infekcijas slimībām ES kopš šā ziņojuma iepriekšējās redakcijas nav mainījušies un tie iekļauj:

- mikrobu rezistenci;
- veselības aprūpē iegūtās infekcijas;
- HIV infekciju;
- pneimokoku infekciju;
- gripu (pandēmijas potenciālu, kā arī ikgadējas sezonālās epidēmijas);
- tuberkulozi.

ŠĪS REDAKCIJAS GALVENAIS TEMATS

Veselības aprūpē iegūtās infekcijas (HCAI)

Veselības aprūpē iegūto infekciju (*HCAI*) uzraudzība Eiropā tiek īstenota ar *IPSE* ("Pacientu drošības uzlabošana Eiropā") tīkla starpniecību (2005.–2008. gada jūnijs), kas iekļauj operāciju bloka infekciju uzraudzību (Eiropas Slimnīcu ķēde infekciju uzraudzības kontrolei, *HELICS-SSI*) un intensīvās terapijas nodaļu uzraudzību (*HELICS-ICU*).

Operāciju bloka infekciju skaits 2006. gadā, salīdzinot ar 2004. gada maiju, palika nemainīgs, izņemot gūžu protezēšanas operācijas, kur tika novērota ievērojama infekcijas gadījumu samazināšanās no 2,2 % 2004. gadā līdz 1,6 % 2005. gadā un 1,3 % 2006. gadā ($p = 0,039$).

6,8 % no 51621 pacientiem, kas ilgāk nekā divas dienas uzturējās intensīvās terapijas nodaļā, saslima ar pneimoniju. Infekciju gadījumu skaits variēja no 1,5% pacientiem, kuri nebija pieslēgti plaušu ventilācijas ierīcēm, līdz 22,2 % pacientiem, kuri tika mākslīgi elpināti vienu nedēļu vai ilgāk. Visbiežāk sastopamais mikroorganisms, kas tika izolēts intensīvās terapijas nodaļās iegūtās pneimonijas gadījumos, bija *Pseudomonas aeruginosa*, bet *ICU* iegūtās asinsrites infekciju gadījumā – koagulāzes negatīvais stafilokoks.

HCAI uzraudzība tika turpināta līdz 2006. gadam, un paplašināšanas process tiek turpināts arī pēc *IPSE* tīkla uzraudzības komponentu nodošanas ECDC 2008. gadā.

Kopumā *HCAI* infekciju rādītāji Eiropā 2006. gadā palika nemainīgi. Tomēr pastāv vēlā ņemamas atšķirības uzraudzībā starp valstīm, tādēļ īpaša uzmanība jāvelti uzraudzības metožu saskaņošanai.

Mikrobu rezistence (AMR)

Dati par mikrobu rezistenci ir iegūti Eiropas Mikrobu rezistences uzraudzības sistēmā (*EARSS*), kas ir *AMR* uzraudzības tīkls Eiropā.

Streptococcus pneumoniae

2006. gadā lielākajā daļā Ziemeļeiropas valstu *S. pneumoniae* neuzņēmības (*PNSP*) līmenis bija zemāks par 5 %, bet Dienvideiropā un Vidusjūras reģiona valstīs *PNSP* proporcija svārstījās no 7 % līdz > 25 %.

Staphylococcus aureus

2006. gadā Eiropas valstīs ar augstu, vidēju un zemu endēmiju turpināja izplatīties pret meticilīnu rezistents *Staphylococcus aureus* (*MRSA*). Piecpadsmit valstīs no 31 (galvenokārt Dienvideiropas valstis, Apvienotā Karaliste

un Īrija) ziņoja par 25 % vai lielāku visu pret meticilīnu rezistentu *Staphylococcus aureus* izolātu proporciju, kas dažās valstīs ar augstu endēmijas līmeni stabilizējās. Ziemeļeiropā *MRSA* proporcija saglabājās < 4 % līmenī.

Escherichia coli

Īpaši satraucošs bija pieaugošais rezistences līmenis pret fluorhinolonu Eiropā.

Pseudomonas aeruginosa

2006. gadā, jo īpaši Dienvideiropas valstīs, gandrīz viena piektā daļa invazīvo *P. aeruginosa* izolātu bija rezistenti pret trīs vai vairākām antibiotikām.

INFEKCIJAS SLIMĪBU UZRAUDZĪBAS KOPSAVILKUMS PAR 2006. GADU

HIV, seksuāli transmisīvās infekcijas, B un C hepatīts un HIV

2006. gadā HIV infekcija saglabāja nozīmīgākās problēmas statusu saistībā ar sabiedrības veselības jautājumiem Eiropā. 29 valstīs (izņemot Itāliju, Spāniju un Lihtenšteinu) ziņoja par 25000 jauniem diagnosticētiem gadījumiem, kā rezultātā slimības sastopamības biežums bija seši gadījumi uz 100000. Valstīs novērojama HIV infekcijas epidemioloģiskā dažādība. Atsevišķas Eiropas valstis ir ziņojušas par HIV gadījumu skaita palielināšanos: galvenokārt Igaunija, Latvija, Luksemburga, Portugāle un Apvienotā Karaliste. Turpretim jaunu AIDS gadījumu skaits ES un EEZ/EBTA valstīs bija 7035, t. i., 1,4 gadījumi uz 100000, kas atbilst samazinājumam par vairāk nekā vienu trešo daļu kopš 1999. gada.

Galvenais HIV infekcijas iegūšanas veids bija heteroseksuāli kontakti (53 %), tomēr aptuveni 40 % no tiem tika diagnosticēti personām, kuru izcelsmes valstīs ir vispārēja epidēmija. Izslēdzot šos gadījumus, dominējošais infekcijas iegūšanas veids ir dzimumattiecības starp vīriešiem (37%).

ES daudzas HIV pozitīvas personas joprojām neapzinās savu infekciju. Tas norāda uz nepieciešamību palielināt HIV analīžu veikšanas apjomus.

Seksuāli transmisīvās slimības

2006. gadā *Chlamydia trachomatis* infekcijas joprojām bija visbiežāk sastopamā *STI* (un visbiežāk reģistrētā slimība Eiropā), kas veidoja ceturtdaļu miljona gadījumu, par kuriem ziņoja 22 ES un EEZ/EBTA dalībvalstīs, kuras veica šīs slimības uzskaiti. Ziņojumu rādītāji bija 92 gadījumi uz 100000 cilvēku.

2006. gadā Zviedrijā konstatēja jaunu *Chlamydia trachomatis* veidu, ko nebija iespējams noteikt, veicot ierastās analīzes. Tas rosināja uzsākt pētījumu, lai atklātu šo jauno infekcijas veidu arī citās dalībvalstīs, tomēr līdz šim ārpus Zviedrijas tas nav atklāts.

2006. gadā apstiprināja pirmo vakcīnu pret cilvēku papilomas vīrusa infekciju.

Gripa

2006. gadā Eiropas Savienībā savvaļas putniem un mājlopiem novēroja pirmos īpaši patogēnās putnu gripas gadījumus (A(H5N1)). Tomēr 2006. gadā ES netika ziņots par cilvēku inficēšanos ar A(H5N1); tikai Apvienotajā Karalistē kādam mājputnu fermas strādniekam konstatēja inficēšanos ar zemas patogenitātes H7 putnu gripu. Tomēr, ar dzīvnieku veselību saistītās likumdošanas pilnveidošana nodrošināja atbilstošu reakciju uz A(H5N1) vīrusa radīto draudu palielināšanos ES dalībvalstīs. Tā kā primāri tas bija putnu vīruss, infekcijas ātra noteikšana un izskaušana putniem, jo īpaši mājputniem, bija būtiskākais cilvēku veselības aprūpes pasākums.

Tuberkuloze

Tuberkulozes (TB) sastopamība turpināja samazināties gandrīz visu to ES dalībvalstu pamatiedzīvotāju vidū, kur tā galvenokārt uzskatāma par gados vecāku cilvēku saslimšanu, kas tagad, pēc primārās infekcijas pirms vairākām dekādēm, atkal ir kļuvusi aktīva. Tomēr, šo situāciju ietekmē pašreizējās demogrāfiskās, politiskās un sociālekonomiskās izmaiņas Eiropā, piemēram, migrācijas palielināšanās. Tā rezultātā Eiropas Savienībā TB kļūst izplatītāka ieceļotāju, bezpajumtnieku, pilsētās dzīvojošu nabadzīgu cilvēku, ieslodzīto, HIV inficētu personu un narkotiku lietotāju vidū.

Turklāt ir teritorijas, kurās ir novērots augsts pret zālēm rezistentas tuberkulozes līmenis, kas lielākajā daļā gadījumu izveidojusies nepilnīgas vai nepareizas ārstēšanas rezultātā.

Ar vakcīnām regulējamas slimības (VPD)

Kopš tika uzsākta bērnu vispārējā vakcinācija, izmantojot *Haemophilus influenzae* B tipa (Hib) vakcīnu, ES valstīs ir sarucis invazīvās Hib slimības gadījumu skaits, turklāt tās proporcija visās ES valstīs joprojām ir zema (2006. gadā tā bija zemāka nekā viens gadījums uz 100000 cilvēku).

Dažas Eiropas valstis riska grupas pacientu vakcinācijas kalendārā ieviešas arī pneimokoku komplekso 7 (PCV7) vakcīnu. Tas rada bažas, ka zināmie serotipi pamazām varētu pārvērsties par serotipiem, kurus neaptver PCV7 vakcīna, bet kas jau ir novēroti Amerikas Savienotajās Valstīs. Tas paplašina uzraudzības sistēmu nozīmi, iekļaujot ne vien pašas slimības, bet arī serotipa izplatību.

Neraugoties uz to, ka pēdējās desmitgadēs saslimstībā ar masalām bija vērojama vispārēja samazināšanās tendence, tā joprojām bija sabiedrības veselības prioritāte 2006.gadā, kad tika ziņots par 7000 saslimšanas gadījumiem un sešiem nāves gadījumiem. Atsevišķi gadījumi skaidri norādīja uz augstu masalu uzliesmojuma iespējamību.

Lielākā daļa ES valstu 2006.gadā izmantoja *acellular pertussis* (aP) vakcīnu. Kopš 2003.gada pēc zināma stabilitātes perioda ES valstīs tiek novērota neliela rādītāju paaugstināšanās.

Pārtikas un ūdens izraisītas slimības

ES un EEZ/EBTA valstīs visbiežāk sastopamais kuņģa un zarnu patogēns joprojām ir kampilobaktērijas, gandrīz 40 gadījumi uz 100000 cilvēkiem, neskatoties uz to, ka laikā no 2005. gada līdz 2006. gadam tika novērota neliela gadījumu skaita samazināšanās.

Novērojams arī *VTEC/STEC* infekciju skaita sarukums, kur 2006. gadā tika ziņots tikai par vienu gadījumu uz 100000 cilvēku. Tomēr, atsevišķas valstis ziņo par ievērojami lielāku inficēšanās gadījumu skaitu, jo īpaši bērniem.

APDRAUDĒJUMU APKOPOJUMS PAR 2007.GADU

2007. gadā ECDC veica 168 apdraudējumu pārbaudi, no kuriem:

- 142 (85 %) bija jauni gadījumi;
- 21 tika atklāts 2006.gadā, bet 2007.gadā joprojām bija aktīvs;
- pieci tika atklāti 2005.gadā, bet 2007.gadā joprojām bija aktīvi;
- ECDC veica 66 apdraudējumu aktīvu novērošanu;
- 10 no tiem tika veikts detalizēts apdraudējuma novērtējums, kas ar EWRS starpniecību tika izplatīts ES dalībvalstīs un Eiropas Komisijā.

Kopumā 2007. gadā apdraudējumi, kas skar ES, joprojām bija plaši izplatīti. Pārtikas un ūdens izraisītas slimības joprojām bija visizplatītākais ES uzraudzītais apdraudējums. Nozīmīga ir ar tuberkulozi saistītā apdraudējuma palielināšanās 2007. gadā, jo īpaši gadījumi, kas ir saistīti ar multirezistentu un plaši rezistentu (*XDR*) TB, kā arī to pasažieru pakļaušana tuberkulozes apdraudējumam, kuri ceļo vienlaicīgi ar personu, kas ir infekcijas pārnēsātāja.

Par lielāko daļu apdraudējumu, kas 2007. gadā tika atzīti par tādiem, kuri rada potenciālu apdraudējumu ES, tika ziņots EWRS vai īpaši šim nolūkam izveidotajam Eiropas tīklam (leģionāru slimībai - *EWGLI* un pārtikas un ūdens izraisītām slimībām - *ENTERNET*). EWRS pastāvīgi apliecina savu efektivitāti ES dalībvalstu sabiedrības veselības aprūpes pasākumu savlaicīgā koordinēšanā ar mērķi apturēt apdraudējumu izplatību. 2007. gadā ECDC uzsāka epidemioloģiskās informācijas ES komunikācijas platformas izstrādi.

SECINĀJUMI

Infekcijas slimību novēršanas un kontroles prioritātes ES kopš pēdējās AER redakcijas nav būtiski mainījušās.

No vienas puses, jautājumi, kas rada bažas, tostarp nemainīgi augsti saslimstības ar infekcijas slimībām sloga apstākļi, joprojām palikuši tādi paši. Papildus sešiem galvenajiem apdraudējumiem, kas minēti šā kopsavilkuma sākumā, īpaša uzmanība jāpievērš inficēšanās gadījumu ar hlamīdijām un kampilobaktērijām skaita palielinājumam.

No otras puses, atsevišķu slimību, piemēram, dažu VPD (tostarp Hib), jomā tika novērota gadījumu skaita samazināšanās, bet dažu VPD (piemēram, difterijas) saslimšanas gadījumu skaits ir ļoti mazs – aptuveni 0,1 gadījums uz 100000 cilvēku. Tomēr, ES dalībvalstīs joprojām nav sasniegušas slimību likvidācijas programmas noteiktos mērķus, jo īpaši attiecībā uz masalām.

To datu kvalitāte, kas ir ņemti par pamatu šiem secinājumiem, joprojām nav ideāla, tādēļ, lai uzlabotu infekcijas slimību uzraudzību Eiropas Savienības ietvaros, būs jāiegulda daudz darba. Lielas problēmas joprojām rada no dažādām dalībvalstīm iegūto datu salīdzināšana, kas acīmredzami mazina datu vākšanas lietderīgumu Eiropas līmenī.

Nepieciešams atklāt jaunas pieejas datu sniegšanai ar mērķi noteikt prioritātes infekcijas slimību jomā, tostarp esošo un prognozējamo infekcijas slimību sloga aprēķināšanai.

Raugoties nākotnē ir acīmredzams, ka atsevišķas ilgtermiņa tendences ietekmēs infekcijas slimību attīstību Eiropas Savienībā. Piemēram:

- ES iedzīvotāju novecošanās;
- izmaiņas apkārtējā vidē, tostarp klimata izmaiņas;
- ceļošanas un migrācijas palielināšanās; kā arī
- sociālās izmaiņas.

Lai nodrošinātu ticamus datus, kas tiktu ņemti par pamatu vispārējās veselības aprūpes politikas izstrādē, ES nepieciešams veikt infekcijas slimību sloga un tendenču nepārtrauktu kontroli.

5. HIV/AIDS uzraudzība Eiropā

(Publicēts 2008.gada decembrī)

Būtiskākie jautājumi

HIV infekciju joprojām uzskata par galveno sabiedrības veselības problēmu Eiropā, par ko liecina HIV izplatības palielināšanās atsevišķās Eiropas valstīs.

- 2007.gadā diagnosticēja 48892 jaunus HIV infekcijas gadījumus, par kuriem ziņoja 49 no 53 PVO Eiropas reģiona valstīm (nav pieejami dati par Austriju, Itāliju, Monako un Krievijas Federāciju). Augstākos rādītājus iesniedza Igaunija, Ukraina, Portugāle un Moldovas Republika. 48 valstīs ziņoja par 5244 AIDS gadījumiem (nav pieejami dati par Itāliju, Kazahstānu, Monako, Krievijas Federāciju un Ukrainu).
- 2007.gadā diagnosticēja 26279 jaunus HIV infekcijas gadījumus, par kuriem ziņoja Eiropas Savienības un Eiropas Brīvās Tirdzniecības Asociācijas valstīs (šajā ziņojumā "ES/EBTA") (nav pieejami dati par Austriju un Itāliju). ES/EBTA augstākos rādītājus iesniedza Igaunija, Portugāle un Latvija, bet par zemākajiem rādītājiem ziņoja Slovākija, Čehijas Republika un Rumānija.
- ES/EBTA dominējošie HIV inficēšanās ceļi bija dzimumsakari starp vīriešiem, kuriem sekoja heteroseksuāli dzimumkontakti. Aptuveni 40 % visu gadījumu, kad inficēšanās ar HIV ir notikusi heteroseksuālu dzimumkontaktu ceļā, tika diagnosticēti personām, kuru izcelsmes valstīs ir noteikta HIV/AIDS epidēmija.
- Trīs PVO Eiropas reģiona ģeogrāfiskajās zonās, to austrumu daļā galvenais inficēšanās avots joprojām ir intravenozo narkotiku lietošana, bet centrālajā daļā inficēšanās ar HIV notiek galvenokārt heteroseksuālu kontaktu ceļā, lai gan palielinājies ir arī reģistrēto HIV inficēšanās gadījumu skaits to vīriešu vidū, kuri piekopt dzimumattiecības ar sava dzimuma pārstāvjiem. Rietumu daļā, izslēdzot gadījumus ar personām, kuru izcelsmes valstī ir noteikta epidēmija, dominējošais inficēšanās ceļš ir dzimumattiecības starp vīriešiem, kam seko heteroseksuāli dzimumkontakti.
- Kopumā, neraugoties uz nepietiekami izsmelto ziņojumu iesniegšanu, no jauna diagnosticēto HIV inficēšanās gadījumu skaits 2007. gadā ir palielinājies, bet diagnosticēto AIDS gadījumu skaits PVO Eiropas reģionā kopumā turpināja samazināties, lai gan austrumu daļā AIDS gadījumu skaits joprojām palielinājās. Pamatojoties uz 44 valstu sniegto informāciju par HIV uzraudzības datiem, kopš 2000.gada no jauna diagnosticēto HIV inficēšanās gadījumu skaits uz miljonu iedzīvotāju gandrīz dubultojās no 39 gadījumiem uz vienu miljonu 2000.gadā līdz 75 gadījumiem uz vienu miljonu 2007.gadā.
- Kopējais gada laikā diagnostikas nolūkos veikto HIV analīžu skaits, neskaitot anonīmās analīzes un asins nodošanu, laikā no 2003. līdz 2007.gadam lielākajā daļā valstu palielinājās.
- Šeit sniegtie dati nav pilnīgi, jo trūkst informācijas par vairākām valstīm. Tas rada šķēršļus secinājumiem, kas izdarāmi saistībā ar HIV un AIDS epidēmijas apmēriem Eiropā. Ja šie dati tiktu ņemti vērā, kopējais gadījumu skaits 2007. gadā dubultotos.

Ieteikumi HIV/AIDS uzraudzībai

HIV/AIDS uzraudzības dati ir nepieciešami HIV epidēmijas tendenču kontrolei un sabiedrības veselības aprūpes reakcijas izvērtēšanai. Tādēļ visām Eiropas valstīm:

- jāievieš valsts ziņošanas sistēma par HIV un AIDS gadījumiem un jānodrošina tās precīza un savlaicīga darbība;
- jāuzlabo iesniegto datu kvalitāte, jo īpaši saistībā ar inficēšanās ceļiem; kā arī
- jāveicina vispusīga HIV uzraudzība, tostarp regulāra uzvedības kontrole un HIV izplatības izpēte.

Ieteikumi sabiedrības veselības aprūpei

Iesaistīšanās epidēmijas kontroles pasākumos jāpamato ar pierādījumiem un jāpielāgo gan attiecīgajai valstij, gan ģeogrāfiskajai zonai. Ir pamats ieteikt šādus pieejamos uzraudzības datus:

- austrumu daļā: iesaistīšanās HIV kontrolē intravenozo narkotiku lietotāju vidū ir HIV preventīvo pasākumu pamats; jānodrošina stingrāki pasākumi, lai novērstu inficēšanos heteroseksuālu dzimumattiecību ceļā, un tie īpaši vēršami pret personām, kuru partneri ietilpst paaugstināta riska grupā;
- centrālajā daļā: profilakses pasākumi jāpielāgo apstākļiem katrā konkrētā valstī, lai saglabātu to epidemioloģiskās priekšrocības;
- rietumu daļā: iesaistīšanās, lai kontrolētu HIV vīriešu vidū, kuri piekopj dzimumattiecības ar savu dzimumu, ir HIV profilakses pasākumu pamats, piemēram, jaunas kampaņas par drošu dzimumdzīvi, kas vērstas uz vīriešiem, kuri piekopj viendzimuma dzimumattiecības; iesaistīšanās preventīvajos pasākumos, ārstēšanā un aprūpē jāpielāgo iecerotājiem no citām valstīm;
- visos apakšreģionos jāveicina HIV analīžu veikšana, lai nodrošinātu agrīnas ārstēšanas iespējas un palīdzību, lai novērstu vai mazinātu tālāku infekcijas izplatību, kā arī, lai uzlabotu personu ilgtermiņa ārstēšanas rezultātus.

Īpašie ziņojumi

6. Pamatrīcības plāns cīņai pret tuberkulozi Eiropas Savienībā

(Publicēts 2008. gada martā)

TB ir smaga infekcijas slimība cilvēkiem, kas visbiežāk tiek iegūta, ieelpojot baktērijas pilienu veidā no personas, kurai ir plaušu slimība. Lai gan ir iedarbīgi ārstēšanas veidi, neatbilstošas ārstēšanas vai nepietiekamas norādījumu ievērošanas rezultātā atveseļošanās var būt neveiksmīga, var rasties agrīni recidīvi vai izstrādāties TB rezistence pret zālēm.

Pēdējo dekāžu laikā TB inficēšanās biežuma rādītāji ES stabili sarūk. ES 27 valstu rādītāji ir vieni no zemākajiem pasaulē, lai gan tie pārsniedz citu valstu, piemēram, ASV un Austrālijas, rādītājus. Tomēr bezrūpībai nav pamata, jo vairākās valstīs pirms dažiem gadu desmitiem tika novērota līdzīga labvēlīga epidemioloģiskā situācija, kuras rezultātā samazinājās piesardzība un saruka TB profilakses un kontroles pasākumiem atvēlēto resursu un pakalpojumu apjoms. Tam sekoja slimības atkārtotāšanās, ko papildināja HIV epidēmija un multirezistenta TB (*MDR* TB) attīstība. Lai novērstu radušās problēmas, kontroles programmās bija nepieciešams nodrošināt agrīnu diagnostiku, atbilstošas terapijas pieejamību, kā arī ārstēšanas pilnīgu pabeigšanu.

Ņemot vērā šo situāciju, Eiropas Savienības (ES) veselības komisārs *Markos Kyprianou* 2007. gada martā aicināja Eiropas Slimību profilakses un kontroles centru (*ECDC*) izstrādāt rīcības plānu cīņai pret tuberkulozi (TB) Eiropas Savienībā.

Pamatrīcības plāna cīņai pret tuberkulozi ilgtermiņa mērķis ir kontrolēt un samazināt TB ES ietvaros. Lielākā daļa darbību ir vērstas uz tuberkulozes sloga mazināšanu, pamatojoties uz pasākumiem valstu līmenī un ar ES iestāžu atbalstu. Plāna mērķi ir:

- veicināt politisko un sabiedrības izpratni par TB, kā par sabiedrības veselības problēmu Eiropas Savienībā;
- atbalstīt un stiprināt ES dalībvalstu veiktos pasākumus cīņai ar TB atbilstoši epidemioloģiskai situācijai un problēmām valstī;
- veicināt TB kontroli Eiropas Savienībā, atbalstot valstis, kuras ir inficēšanās gadījumu izcelsmes valstis.

Šā piedāvājuma pamatā ir četri principi: nodrošināt ātru un kvalitatīvu aprūpi visiem; stiprināt veselības aprūpes sistēmas iespējas; izstrādāt jaunas iespējas; kā arī veidot attiecības un sadarbību ar valstīm un ieinteresētajām pusēm. Šie principi iekļauj astoņas stratēģijas izstrādes jomas. Turpinājumā minēti ieteicamie mērķi/darbība katrai no astoņām jomām:

1. joma. TB kontroles saistības, TB izpratne un veselības aprūpes sistēmas iespējas

1. Veicināt dalībvalstu politiskās un resursu saistības attiecībā uz TB kontroles plāniem kā daļu no vispārējās veselības aprūpes stratēģijas.
2. Veicināt dalībvalstu veselības aizsardzības sistēmas iespējas veikt TB kontroles un izskaušanas pasākumus.

2. joma. Uzraudzība

1. Izvērtēt gan dalībvalstu, gan Eiropas kopumā TB epidemioloģisko raksturojumu un izplatību iedzīvotāju vidū atkarībā no laika un ģeogrāfiskā stāvokļa viedokļa.
2. Pārraudzīt TB kontroles pasākumus un izmantot šo informāciju lēmumu pieņemšanas procesā, atjaunojot valstu un Eiropas plānus cīņai ar TB.
3. Identificēt un raksturot neaizsargātākās iedzīvotāju grupas, kas pakļautas augstākam TB riskam un nelabvēlīgām prognozēm, uz kuriem vērsti sabiedrības veselības aprūpes pasākumi.

3. joma. Laboratorijas pakalpojumi

1. Izstrādāt un ieviest kvalitatīvus mūsdienīgas laboratorijas pakalpojumus, kas spēj apmierināt klīniskās, sabiedrības veselības aprūpes un izpētes prasības saistībā ar TB.
2. Nodrošināt drošus, precīzus, kvalitatīvus laboratorijas pakalpojumus un veicamajiem darbiem atbilstoši apmācītus darbiniekus.
3. Nodrošināt investīcijas ilgtermiņa laboratorijas pakalpojumos.

4. joma. Ātra un kvalitatīva TB aprūpe visiem

1. Ātri diagnosticēt visus gadījumus un nodrošināt atbilstošu TB ārstēšanu un aprūpi.
2. Iesaistīšanos pielāgot specifiskām epidemioloģiskām situācijām un neaizsargātajām iedzīvotāju grupām, lai nodrošinātu TB kontroles maksimālu efektivitāti visos līmeņos.
3. Panākt infekcijas uzliesmojuma pārvaldības pasākumu saskaņotu lietošanu.
4. Nodrošināt visu TB pacientu individuālās vajadzības veselības aprūpes jomā.

5. joma. MDR un XDR TB

Lai gan šie mērķi attiecas uz visām dalībvalstīm, tomēr sevišķa uzmanība jāvelta valstīm, kurās MDR un XDR TB problēma ir izteiktāka.

1. Optimizēt un veicināt MDR un XDR TB uzraudzību un kontroli.
2. Pastiprinātu TB laboratorijas pakalpojumu kontekstā uzlabot TB jutīguma pret zālēm testēšanas pakalpojumus Eiropas Savienībā.
3. Uzlabot pacientu ar MDR vai XDR TB aprūpi un pārvaldību, tostarp infekciju kontroli un kontaktu izsekošanu/profilaksi.
4. Uzlabot piekļuvi pirmās un otrās rindas zālēm, kā arī uzlabot to pieejamību, nodrošinot TB zāļu racionālu izmantojumu.

6. joma. TB/HIV koinfekcija

1. Samazināt TB/HIV koinfekcijas slogu Eiropas Savienībā, pastiprinot sadarbību starp TB un HIV/AIDS plāniem vai attiecīgajiem pakalpojumiem veselības aprūpes sistēmā.
2. Veicināt izpētes darbību un klīnisko izpēti ES līmenī TB/HIV blakus slimību jomā.

7. joma. Jaunas iespējas TB kontrolei

1. Noteikt fundamentālo, lietišķo un metodikas pētījumu prioritātes ES.
2. Nodrošināt finansējumu un koordinēšanu.

8. joma. Veidot attiecības un sadarbību starp valstīm

1. Nodrošināt TB problēmas aktualitāti politiskā, tehniskā un pētniecības darbu kārtībā Eiropas Savienībā un valstu iestādēs, paturot prātā konkurējošās prioritātes un ierobežotos resursus.
2. Palīdzēt novērst stigmatizāciju, nodrošināt agrīnu un ātru TB, MDR TB un XDR TB noteikšanu, kā arī iedrošināt cilvēkus saņemt ārstēšanu saskaņā ar Tuberkulozes slimnieku aprūpes hartu.
3. Nodrošināt piekļuvi turpmākai ārstēšanai, tās pieejamību, īstenojamību, atbilstību un, vissvarīgākais, sekmīgumu.
4. Turpināt veicināt sadarbību starp ECDC, EK, atsevišķām valstīm, PVO un citām ieinteresētajām pusēm.

7. Infekcijas slimību uzraudzība Eiropas Savienībā, ilgtermiņa stratēģija: 2008–2013

(Publicēts 2008. gada maijā)

Šī ilgtermiņa vīzija un stratēģija par infekcijas slimību uzraudzību Eiropas Savienībā nākotnē ir izstrādāta ar mērķi pieņemt lēmumus, lai nodrošinātu Eiropas uzraudzības sistēmas ilgtermiņa attīstību. Šī stratēģija iekļauj laika posmu līdz 2013. gadam, saskaņojot ar ECDC stratēģisko daudzgadu programmu (ko 2007. gada jūnijā apstiprināja ECDC Valde). Turklāt tiek prognozēti sinerģiski rezultāti ar ECDC laboratoriju stratēģiju.

Stratēģija definē uzraudzības nosacījumus un mērogu, tās mērķus un uzdevumus, kā arī organizatoriskās prasības. Turklāt tajā izklāstīti veidi, kā atbalstīt dalībvalstis, un sniegtas norādes šā mērķa īstenošanai.

Vispārējie mērķi ir samazināt infekcijas slimību gadījumu skaitu un izplatību Eiropā, nodrošinot lēmumu pieņēmējus, speciālistus un veselības aprūpes darbiniekus ar datiem par sabiedrības veselību, informāciju un ziņojumiem, lai veicinātu infekcijas slimību savlaicīgu novēršanu un kontroli Eiropā. Lai sasniegtu šo mērķi, jāpanāk dalībvalstu datu par infekcijas slimībām augsta ticamība un salīdzināmība.

Koordinēta pieeja uzraudzībai:

- uzlabos datu salīdzināmību starp reģioniem;
- mazinās uzraudzības sarežģītību Eiropā;
- ļaus veikt uzraudzību sinerģiskā veidā;
- ļaus izvairīties no darbu dublēšanas;

- pamatojoties uz būtiskākiem un ticamākiem datiem, nodrošinās kvalitatīvāku sabiedrības veselības ainu;
- atvieglos valstu uzraudzības sistēmas pilnveidošanu;
- visticamāk, būs ekonomiski efektīvāka un ilgtspējīgāka;
- atvieglos piekļuvi datiem un to izmantošanu;
- ļaus sekmīgāk noteikt un kontrolēt slimību uzliesmojumus starptautiskā līmenī;
- veicinās iespēju attīstīšanu; kā arī
- nodrošinās slimību iekļaušanu uzraudzības un izpētes darbu kārtībā atbilstoši Eiropā noteiktajām prioritātēm.

ECDC Eiropas līmenī izstrādā uz indikatoriem balstītu infekcijas slimību uzraudzības sistēmu ar nosaukumu „Eiropas Uzraudzības sistēma (TESSy)”. TESSy ļaus uzlabot ES dalībvalstu un EEZ valstu uzraudzības datu iegūvi, apstiprināšanu, uzglabāšanu un izplatīšanu. Sākotnēji TESSy apkopos galvenos mainīgos lielumus, kuriem ir būtiska loma infekcijas slimību gadījumu regulārā uzraudzībā. Apstiprinot TESSy kā reģionālu standarta datu bāzi, ECDC ilgtermiņa mērķu īstenošanu saistībā ar darba sarežģītības un slodzes tālāku mazināšanu visiem dalībniekiem sekmēs:

- datu par infekcijas slimību uzraudzību vākšanas procedūras standartizēšana;
- "vienas pieturas aģentūras" izveide ziņojumu sagatavošanai un dalībvalstu datu iegūšanai;
- uz uzraudzības datiem pamatotu ziņojumu standartizēšana; kā arī
- konsekventu un viegli pieejamu pārskatu nodrošināšana par esošo situāciju Eiropas Savienībā.

Jāvēršas arī pret tādu aktuālu problēmu kā dubultu datu sniegšana par atsevišķām slimībām dažādās reģionālās organizācijās, kas ir iesaistītas slimību kontrolē, piemēram, PVO/Eiropa vai EMCDDA, lai samazinātu vai, iespējams, izskaustu darbu dublēšanu.

Jāizstrādā pagaidu procedūra saistībā ar sadarbības principiem par datu apmaiņu starp ECDC un dalībvalstīm, kā arī starp ECDC un specializētiem uzraudzības tīkliem (DSNs), lai skaidri definētu datu sniedzēju un datu lietotāju lomu gan dalībvalstīs, gan ECDC (un citur, piemēram, PVO). Šajā pagaidu procedūrā jāiekļauj arī tās procedūru sarakstā, kas paredzētas datu analīzes rezultātu publicēšanai. Pamatojoties uz šīs pagaidu procedūras izmantošanas pieredzi, sadarbībā ar ieinteresētajām pusēm tiks izstrādāta detalizētāka ilgtermiņa gala procedūra.

Turpmāko sadarbību ar konkrēto slimību ekspertiem (kurus ieceļ Kompetentās iestādes) strukturēs šādi: slimības/patogēnus iedalīs sešās pamatgrupās. Ja nepieciešams, jebkurā no šīm sešām pamatgrupām vai darba grupām tiks noteiktas konkrētākas slimību apakšgrupas. Reizi gadā notiks katras grupas sanāksme, lai apspriestu nozīmīgākos uzraudzības jautājumus, kas kopīgi visai slimību grupai. Ja nepieciešams, vienlaicīgi var paralēli sasaukt konkrētām slimībām veltītus „paralēlu sesiju” simpozijus. Katrai no sešām slimību pamatgrupām/darba grupām tiks izveidota koordinācijas grupa. Šīs grupas pārņems virkni funkciju, ko iepriekš veica specializēto uzraudzības tīklu (DSM) vadības grupas.

Kvalitatīviem laboratorijas pakalpojumiem valstī ir liela loma ES līmeņa uzraudzības pilnveidošanā. Pamatojoties uz jau paveikto, ECDC atbalstīs laboratoriju jaudu palielināšanu dalībvalstīs, EEZ/EBTA valstīs un kandidātvalstīs sadarbībā ar Komisiju, ECDC atbildīgajām iestādēm un dalībvalstu mikrobioloģijas koordinācijas centriem.

ECDC darīs visu iespējamo, lai katrā valstī nodrošinātu valsts atsaucēs līmeņa laboratoriju (NRL) pakalpojumu pieejamību vai nu tiešā, vai netiešā veidā, lai visās valstīs būtu iespējams apstiprināt diagnozi, izolēt un raksturot patogēnus, pēc tam ziņojot par apstiprinātiem un iespējamiem gadījumiem parastā režīmā un ārkārtas režīmā. ECDC veidos sadarbību ar šīm NRL, palīdzot tām iekļaut savus datus epidemioloģisko (un klīnisko) datu sastāvā valsts līmenī. Laboratorijas metožu kvalitātes nodrošināšana nepieciešama pareizu un precīzu datu iegūvei, turklāt šajā posmā tiks popularizēti Eiropas standarti.

ECDC uzraudzības stratēģiju ieviešīs divos posmos: pirmais posms ir pārejas periods, kas ilgs līdz 2010.gadam, un tajā galvenā uzmanība tiks vērsta uz esošo DSM infekcijas slimību uzraudzības Eiropas Savienībā pakāpenisku integrēšanu ar ECDC; otrajā posmā (no 2010.līdz 2013.gadam) ECDC uzņemsies pilnu atbildību par uzraudzību, bet pēc tam pievērsīsies augstākās kvalitātes sistēmu izstrādei un nostiprināšanai Eiropā.

Lai nodrošinātu šīs stratēģijas un tās mērķu atbilstību un aktualitāti, dalībvalstīs un galvenās ieinteresētās puses veiks tās pārskatīšanu, lai nepieciešamības gadījumā to papildinātu ar jaunām stratēģijām un jauniem pierādījumiem.

Apspriežu ziņojumi

8. Infekciju slimības un sociālie faktori

(Apspriede 2007. gada aprīlī; ziņojums publicēts 2008. gada februārī)

Šis ziņojums attiecas uz ECDC rīkoto darba semināru saistībā ar infekcijas slimību sociālajiem faktoriem, kurā piedalījās pētnieki, kas pārstāv infekcijas slimību un sociālo faktoru jomas. Semināra galvenie mērķi bija:

- izvērtēt sociālās nevienlīdzības nozīmi infekcijas slimību slogā;
- noteikt paraugprakses saistībā ar nevienlīdzību veselības aprūpē, kuras izmanto infekcijas slimību profilaksē un ārstēšanā;
- izstrādāt stratēģijas un pasākumus, lai novērstu nevienlīdzību veselības aprūpē, kuras pamatā ir sociālie faktori.

Ziņojuma pamatā ir semināra galveno tēmu un diskusiju jautājumi, un to veido piecas galvenās pamatiedaļas:

- infekcijas slimību sociālie faktori;
- ar slimībām saistītās problēmas;
- mērķtiecīga iesaistīšanās ar mērķi pārvarēt sociālo nevienlīdzību;
- sociālās nevienlīdzības pārvarēšanas politikas; kā arī
- prioritāro darbību noteikšana.

Semināra gaitā tika secināts, ka infekcijas slimību slogā pastāv sociālā plaisa, kas ir vismaz tikpat liela kā neinfekcijas slimību gadījumā. Šī plaisa, iespējams, ir pat izteiktāka atsevišķām grupām un konkrētu infekciju gadījumā. Lai gan kopumā marginālās grupas tiek ietekmētas visvairāk, sociālais faktors neietekmē visas infekcijas vienādi: augstāka līmeņa sociāli ekonomiskās grupas var būt pakļautas lielākam konkrētu infekciju riskam noteiktas uzvedības dēļ.

Lai noteiktu izvērtēšanas, izpētes, iesaistīšanās un darbības plānu izmaiņu prioritātes, ir jāiegūst vairāk informācijas par infekcijas slimību slogu Eiropā. Tika uzsākta šā plānošanas uzdevuma risināšana, piemēram, saistībā ar TB.

Seminārā izskanēja ieteikums infekcijas slimību uzraudzību papildināt ar vienu vai diviem sociālajiem faktoriem. Līdz ar to pētījumā iespējams iegūt gan pamatinformāciju, gan detalizētāku papildu informāciju. Infekcijas slimību bioloģiskos marķierus var iekļaut standarta veselības apsekojumos, iespējams, Eiropas mērogā.

Seminārā tika izdarīts vēl viens secinājums, ka sociālie faktori vairs nav iekļauti izpētes darba kārtībā. Tomēr, tā kā trūkst informācijas par faktoriem, kas izraisa infekcijas dažādos reģionos un populācijās, sociālie faktori atkal ir jāiekļauj izpētē. Būtu, tomēr bieži vien nepietiekami novērtēts rādītājs ir cilvēku dzīves un darba vide. Infekcijas slimību riska faktori nav individuāli riska faktori, tādēļ patogēni dažādās sociāli ekonomiskās grupās var atšķirties. Lai atklātu infekcijas slimību sociālos faktoros, nepieciešams maksimāli izmantot esošos datus. Īpašas jomas, kurās ir nepieciešams veikt papildu izpēti, ir migranti, aizspriedumu mazināšana un sociālie un politiskie procesi, kas ietekmē nevienlīdzību veselības aizsardzības jomā.

Apspriedē tika izteikts konkrēts pieprasījums izveidot veiksmīgas iesaistīšanās datu bāzi. Šādas datu bāzes mērķis būtu nodrošināt labu informācijas apriti, jo īpaši no reģioniem, kuri to plaši nepublicē, bet ir guvuši vērtīgu pieredzi.

Izglītība veselības jomā tika uzskatīta par politikas rīcības plāna prioritāti divos veidos. Izglītībai veselības jomā jau no pirmsākumiem jābūt vienai no prioritātēm, kas iekļautas izglītības politikas veidotāju darba kārtībā. Šai izglītībai veselības aizsardzības jomā jāiekļauj ar veselības problēmām saistīto sociālo faktoru perspektīvu, lai nākamajām paaudzēm nodrošinātu iespēju ietekmēt politiskos procesus. Mācībām jāaptver sociālās noslāņošanās ietekmi uz veselību, jāsniedz konkrētas zināšanas, kas ļautu izsargāties no draudiem veselībai, ļautu cilvēkiem domāt pašiem un pašiem ietekmēt riska faktoru iedarbību uz organismu. Otrkārt, medicīnas, aprūpes darbinieku, socioloģijas un citās mācību iestādēs jāveicina izglītošana jautājumos, kas saistīti ar sociālajiem faktoriem. Nākamajiem veselības aprūpes nozares darbiniekiem jāiesaistās apspriešanās un jāatbalsta noteicošo faktoru izmaiņas. Sabiedrības veselības jomai jāveicina debates par sociālo nevienlīdzību un tās ietekmi uz veselību.

Makrosociālu faktoru noteikšana ir prioritāta, turklāt jāsadarbjas arī ar jomām, kas ir ārpus sabiedrības veselības nozares jomas (politiskajiem, sociālajiem, inženierzinātņu utt.). Lai atvieglotu šo darbu, nepieciešams apsvērt un apspriest izvirzītos mērķus. Var tikt izmantota visu Eiropas valstu veiksmīgo piemēru pieredze. ECDC var būt svarīga loma infekcijas slimību kontroles nevienlīdzības jautājumu nozīmīguma skaidrošanā.

9. Apkārtējās vides pārmaiņām un infekcijas slimībām veltīts darba seminārs

(Apspriede 2007.gada martā; ziņojums publicēts 2008. gada maijā)

Apspriedes mērķi

- Aplūkot pierādījumus saistībā ar globālo klimata un ekoloģijas pārmaiņu ietekmi uz infekcijas slimību slogu Eiropā;
- apspriest zināšanas sabiedrības veselības jomā, kas nepieciešamas, lai risinātu klimata pārmaiņu un infekcijas slimību draudu problēmas; kā arī
- lai noteiktu izpētes vajadzības.

Klimata pārmaiņas

Klimata pārmaiņu starpvaldību padome (*Intergovernmental Panel on Climate Change - IPCC*) norāda uz sagaidāmajām klimata pārmaiņām; sagaidāma temperatūras paaugstināšanās, jūras līmeņa celšanās un ekstremāli laika apstākļi. Šīs pārmaiņas ietekmē ekosistēmu, ūdeņus, lauksaimniecību, sociāli ekonomisko attīstību, tādēļ tām ir tieša vai netieša ietekme arī uz iedzīvotāju veselību. Klimata pārmaiņas un citas ekoloģiskas izmaiņas dažādos veidos var ietekmēt infekcijas slimību izplatību. Visi dalībnieki vienojās, ka saistības saglabāt pastāvīgu sastāvu („*Constant composition commitment*”) – tādas klimata pārmaiņas, attiecībā uz kurām jau esam uzņēmušies saistības – prasa tūlītēju rīcību.

Slimību draudi

Apspriedes dalībnieki pārrunāja klimata pārmaiņu un citu ar to saistīto apkārtējās vides pārmaiņu saistību ar pārnēsājamām, graužēju pārnēsātām, ar ūdeni, pārtiku iegūtām slimībām un slimībām, kas izplatās pa gaisu. Lai gan pierādījumi bija nepietiekami, tika izdarīti šādi secinājumi:

- vairākas slimību pārnēsātāju – vektoru pārnēsātās un graužēju pārnēsātās slimības tika identificētas kā tādas, kas spēj mainīt izplatības diapazonu saistībā ar klimata pārmaiņām (temperatūru, strauju laikapstākļu maiņu, sezonālītāti) un apkārtējās vides faktoriem (zemes izmantošanu, ekosistēmām, atmežošanu, hidroloģiju, bioloģisko daudzveidību). Tās ir tādas arbovīrusu slimības kā tropu drudzis, čikungunjas vīrusa, rietumnilas vīrusa izraisītas slimības un, iespējams, malārija. Laika apstākļi ietekmē arī graužēju populācijas blīvumu un izplatību;
- Eiropai jābūt gatavai cīnīties pret ūdens izraisītām slimībām, kas ieceļojušas no citām valstīm, piemēram, holeru, pārmērīgu nokrišņu radītiem lokāliem slimību uzliesmojumiem un ar notekūdeņu pārplūšanu un notekūdeņiem saistītām veselības problēmām. Iespējamo diarejas slimības izmaiņu biežums arī tika atzīts par būtisku. Riskam visvairāk pakļautās grupas ir nabadzīgi, veci, ļoti jauni cilvēki, marginālās grupas, ceļotāji, kuri inficējas ārvalstīs, kā arī personas ar zemu imunitāti vai personas, kas cieš no citām veselības problēmām;
- ar pārtiku saistītas slimības tika aplūkotas cilvēku uzvedības izmaiņu un saskarsmes modeļu izmaiņu kontekstā starp savvaļas dzīvniekiem un mājdzīvniekiem, jo īpaši sausuma periodā;
- astmas un hronisko obstruktīvo plaušu slimību saasināšanās tika atzīta par klimata izmaiņu radīto nozīmīgāko pierādījumu ietekmei uz elpceļiem. Šo slimību plašā izplatība, domājams, ļauj tās izmantot kā marķierus, kas ļauj noteikt klimata pārmaiņu ietekmi.

Zināšanas par sabiedrības veselību

Dalībnieki bija vienprātīgi, ka zināšanām par sabiedrības veselību ir vislielākā nozīme, un tās atspoguļo vērtības, kas pastāv – vai kurām būtu jāpastāv – visās valstīs. Citi jautājumi, par kuriem tika panākta vienošanās, bija:

- iespēju pilnveidošana cīņai pret jaunajiem klimata pārmaiņu izraisītajiem infekcijas slimību draudiem kopumā uzskatāma par sabiedrības veselības nostiprināšanu. Īpaši svarīga ir nepieciešamība koordinēt darbu starp nozarēm un aģentūrām;
- četras iesaistītās zināšanu par sabiedrības veselību jomas bija uzraudzība, izpēte, garantēšana un politika. Lai gan atsevišķām klimata pārmaiņu radītām problēmām jau eksistē uzraudzības stratēģijas, infekcijas slimību jomā vēl joprojām vērojamas nepilnības;
- pirmais solis būtu veikt riska novērtējumu, ar kura palīdzību tiktu noteikti riska faktori un jutīgās grupas. Tādējādi tiktu izveidota pierādījumu platforma turpmākai sabiedrības veselības/klīnisko vadlīniju un politikas ieteikumu izstrādei;
- liels šķērslis ir entomoloģisko zināšanu trūkums. Entomoloģijas zināšanu paplašināšana ļautu novērst šo problēmu;

- lai gan trūkst visaptverošas uzraudzības sistēmas, grupa vienojās, ka nav nepieciešams veidot sistēmu, kas iekļautu visas Eiropas valstis, jo lielākajā daļā valstu daudzas potenciāli apdraudošās slimības ir reti sastopamas;
- tika panākta uzskatu vienprātība saistībā ar pieeju "reaģēt nepieciešamības gadījumā". Šī pieeja ir vērsta uz to, lai nodrošinātu elastīgumu un ļautu reaģēt uz problēmām, tiklīdz tās rodas. Tā ir balstīta uz pieņemumu, ka līdz šim tikai dažas no šīm infekcijas slimībām – aplūkojot tās klimata pārmaiņu vai citu ar apkārtējo vidi saistītu problēmu kontekstā – ir radījušas nopietnas problēmas;
- lai ļautu izprast gaidāmās pārmaiņas, jāveicina sabiedrības (un, iespējams, pat speciālistu) informētība par dažiem vispārējiem jautājumiem;
- jaunākais Zaļās grāmatas izdevums, kas veltīts klimata pārmaiņām, sniedz unikālu iespēju pilnveidot ES Komisijas iespējas darboties sabiedrības veselības labā.

Izpētes nepieciešamība, izaicinājumi un šķēršļi

Apspriedē apzināja vairākus ar izpēti saistītus jautājumus, tostarp nepieciešamību izstrādāt indikatorus un noteikt neaizsargātās grupas. Dalībnieki atzīmēja, ka dažādās dalībvalstīs pastāv atšķirīgas iespējas saistībā ar klimata pārmaiņu uzraudzību un izpēti. Tika izteikts ierosinājums visās valstīs izmantot kontroles centrus (*sentinel sites*), kas nodrošinātu ātru datu iegūvi no Eiropas valstīm līdz brīdim, kad tiktu nodrošināta visu sabiedrības veselības un uzraudzības sistēmu darbība.

Nepieciešama arī piekļuve ilgtermiņa datiem. Ievērojams izaicinājums ir rast iespēju saistīt šos datus ar datiem, kas ir iegūti no satelītiem, lai izdarītu noderīgus secinājumus par cilvēku veselības jautājumiem. Vēl viens izaicinājums pētniecībai ir ilgtermiņa procesu saistīšana ar klimata pārmaiņām.

Rīcības ieteikumi

Izstrādājot darbības programmas un no tām izrietošo sabiedrības veselības politiku, kas vērsta uz klimata pārmaiņu un infekcijas slimību saistību, nepieciešams veikt šādus pasākumus:

- turpināt attīstīt esošās iniciatīvas un iespējas;
- izstrādāt vispusēji izdevīgu sadarbību starp nozarēm un aģentūrām;
- apzināties, ka klimata pārmaiņu ietekme dažādās reģiona daļās būs atšķirīga;
- apzināties, ka dažādās dalībvalstīs ir atšķirīgas reaģēšanas iespējas;
- izpētīt dažādas uzraudzības metodes;
- novērst šķēršļus, kas kavē uzraudzības veikšanu;
- sadarboties un izstrādāt visaptverošu riska stratēģiju;
- atvieglot speciālās izglītības programmu izstrādi un ieviešanu, kā arī veicināt komunikācijas iespējas.

Pielikums: *ECDC* 2008.gada publikācijas

Šajā sarakstā ir iekļautas vienīgi *ECDC* oficiālās publikācijas 2008. gadā. Tomēr *ECDC* rīcībā ir šeit neminēti publicēti vai sadarbībā ar citām iestādēm sagatavoti zinātniski raksti un publikācijas, tostarp izdevumā *Eurosurveillance*. Visi turpmāk minētie dokumenti ir pieejami *ECDC* tīmekļa vietnē (<http://ecdc.europa.eu>).

Tehniskais ziņojums

Maijs

Review of Chlamydia control activities in EU countries

Eiropas Slimību profilakses un kontroles centra (ECDC) norādījumi

Janvāris

Guidance for the introduction of HPV vaccines in EU countries

Augusts

Priority risk groups for influenza vaccination

Uzraudzības ziņojumi

Decembris

Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2008

HIV/AIDS surveillance in Europe 2007

Misijas ziņojums

Augusts

Measles outbreak in Austria: risk assessment in advance of the EURO 2008 football championship

Īpašie ziņojumi

Marts

Framework action plan to fight tuberculosis in the European Union

Maijs

Surveillance of communicable diseases in the European Union. A long-term strategy: 2008–2013

Jūlijs

ECDC strategic multi-annual programme 2007–2013

Apspriežu ziņojumi

Janvāris

Networking for public health (27–28 February 2007)

Februāris

Consultation on vector-related risk for chikungunya virus transmission in Europe (22 October 2007)

Infectious diseases and social determinants (26–27 April 2007)

Marts

Now-casting and short-term forecasting during influenza pandemics (29–30 November 2007)

Second consultation on outbreak investigation and response in the EU (15 November 2007)

Third meeting of the Chairs of Commission and Agency scientific committees/panels involved in risk assessment (6–7 November 2007)

Maijs

Environmental change and infectious disease (29–30 March 2007)

Jūnijs

Training strategy for intervention epidemiology in Europe (11–12 September 2007)

Oktobris

Annual meeting on TB surveillance in Europe (3–4 June 2008)

HIV testing in Europe: from policies to effectiveness (21–22 January 2008)

Decembris

Workshop on linking environmental and infectious diseases data (28–29 May 2008)

Tehniskie dokumenti*Janvāris*

Core competencies for public health epidemiologists working in the area of communicable disease surveillance and response, in the European Union

Korporatīvās publikācijas

Ceturkšņa izdevums (marts, jūnijs, septembris, decembris)

ECDC Insight

Executive science update

Jūnijs

Annual report of the Director 2007

Decembris

Keeping Europe healthy: ECDC in action

Protecting health in Europe: our vision for the future